



ENSAYO

Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia

Carlos Enrique Yepes^{1,2}, Yuly Andrea Marín¹

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

² Unidad de Investigaciones y Docencia, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

“Los hombres se complacen en mirar por un tubo; si este está enfocado justamente para su vista, lo elogian y lo enaltecen. Pero si alguien cambia el enfoque y, en consecuencia, los objetos aparecen borrosos, se desconciertan, y si bien no desprecian el tubo, no saben reenfocarlo solos. Se sienten tranquilos y prefieren dejarlo”. GOETHE

El análisis de la situación general o local de la salud pasó de ser un asunto exclusivamente técnico del sector de la salud a convertirse en un asunto político, con implicaciones para la población objeto del análisis y para quienes toman las decisiones, ya que involucra las esferas del poder, así como aspectos económicos, sociales y culturales de suma importancia.

Como función esencial de la salud pública, dicho análisis se sustenta en parámetros de evaluación que permiten orientar su desarrollo y medir sus implicaciones, lo cual constituye el primero de los retos que enfrenta; sin embargo, sus desafíos van más allá de los criterios técnicos planteados en el año 2000 por la Organización Panamericana de la Salud.

Las dinámicas locales en las cuales se inserta el análisis de la situación de salud están cada vez más permeadas por procesos de globalización que, a su vez, demandan la articulación de las políticas internacionales adoptadas por el país. La transición demográfica y epidemiológica requiere dar cuenta de perfiles heterogéneos de temas que cobran importancia, que comprenden la salud mental, la laboral y la ambiental.

Además, tal análisis se hace más complejo en un contexto como el nuestro, con profundas desigualdades aún por subsanar, y en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud, lo cual implica desafíos técnicos y políticos, así como de conocimiento y de articulación.

Palabras clave: salud pública; sistemas de salud; política social; objetivos de desarrollo sostenible; equidad en salud; necesidades y demandas de servicios de salud.

doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3594>

The challenges of health situation analysis in Colombia

General and local health situation analyses have increasingly become a political issue with implications for the population under study and for decision makers, as it involves the spheres of power, and entails economic, social and cultural responsibilities.

As an essential function of public health, health situation analysis has assessment parameters that make it possible to direct its development and measure its implications. This is where the first challenge lies. However, the most important ones go beyond the technical criteria established in the year 2000 by the Pan American Health Organization.

The local dynamics where health situation analyses are inscribed, are increasingly more influenced by globalization processes, which in turn demand that international policies be articulated in our country, as is the case with the Sustainable Development Goals. Moreover, the demographic and epidemiological transition requires accounting for heterogeneous profiles including mental, occupational and environmental health.

In addition, complexity increases in a context like ours, with deep inequalities that should be addressed within the framework of the Social Security System, which imply challenges in terms of knowledge, technical aspects, articulation, context, coherence, and policies.

Key words: Public health; health systems; public policy; sustainable development goals; health equity; health services needs and demand.

doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3594>

Contribución de los autores:

Ambos autores participaron en igual medida en la revisión del tema y la escritura del ensayo.

El análisis de la situación de salud referido a un hecho específico o coyuntural en alguna región, o al comportamiento de uno o varios fenómenos en el tiempo, permite caracterizar tendencias (1) y, por ello, implica una gran responsabilidad. Desde una perspectiva sistémica, es clara la gran cantidad de elementos involucrados en el análisis de la situación de salud y sus diferentes niveles de relación, los cuales se expresan por medio de múltiples condiciones y factores determinantes, por lo que puede afirmarse que se trata de un asunto muy complejo que exige una aproximación integral e integradora.

De lo anterior da cuenta la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al concebir el análisis de la situación de salud como el conjunto de “procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis y permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos competencia del sector salud o de otros sectores” (2). De ahí que su aplicación local, regional, nacional o global modifica las responsabilidades y las funciones de quienes se encargan de la captación de los datos, los procesos analíticos y, por último, de la adopción de decisiones según los objetivos de cada nivel.

Dicho análisis permite determinar las necesidades y facilitar la ‘priorización’ en salud, y sustenta la formulación de estrategias de intervención y su consecuente evaluación. Todo ello exige complejos procesos de negociación política que implican la movilización de cantidades considerables de recursos y la definición de criterios en las instituciones responsables.

Los fundamentos de este análisis situacional son las relaciones establecidas entre la dialéctica de la salud y la enfermedad en un espacio geopolítico y en un tiempo determinado, y las condiciones de vida de la población implicada (3). En lo concerniente a las poblaciones, dicho análisis necesariamente involucra aspectos generales históricos, geográficos, demográficos, sociales, económicos, políticos, culturales y, por supuesto, epidemiológicos, así como aquellos inscritos en la esfera de lo doméstico, lo relacional y lo privado.

Correspondencia:

Carlos Enrique Yepes, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Carrera 51D N° 62-29, oficina 314, Medellín, Colombia
Teléfono: (574) 219 6040; fax: (574) 219 6042
ceyepes@hptu.org.co

Recibido: 24/08/16; aceptado: 15/06/17

En resumen, se establece en su marco una relación de determinación que va desde los niveles más generales hasta los más singulares, y que opera en sentido contrario en una relación de condicionamiento.

Es justamente en el entrecruzamiento de los niveles general, particular y singular de determinación de la realidad (4), donde se encuentra la explicación de la relación entre lo biológico y lo social mediante la articulación de los modos de vida (sociedad), las condiciones de vida (grupos poblacionales) y los estilos de vida (individuos). La situación de salud del individuo, del grupo social y de la sociedad se enmarca en cada momento histórico, y está determinada por procesos físicos, químicos, biológicos, sociales, tecnológicos e ideológicos que, a su vez, están predeterminados por los primeros (5). En ese mismo sentido, el proceso de salud y enfermedad, entendido como un proceso social, tiene un carácter histórico evidenciado en las tendencias de los análisis situacionales efectuados en diferentes periodos y territorios que, más allá de reflejar los perfiles epidemiológicos, ayudan a entender las diferencias entre grupos poblacionales y clases sociales y su vinculación a los procesos estructurales y de superestructura (6).

En este marco referencial se inscribe la presente reflexión sobre los retos que implica el análisis de la situación de salud, primero, a partir de las funciones esenciales de la salud pública y, en segundo lugar, en el contexto de la globalización y de los “objetivos de desarrollo sostenible”. Por último, se discuten los desafíos de dicho análisis en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, del Plan Decenal de Salud Pública y de la Política de Atención Integral en Salud en Colombia, y se señalan algunas posibles respuestas frente a tales retos.

En el año 2000, el Consejo Directivo de la OPS, en colaboración con los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud (CLAISS), aprobó la iniciativa del fortalecimiento de la salud pública en las Américas, con el fin de mejorar sus prácticas y fortalecer el liderazgo mediante la definición y medición de sus funciones esenciales. El seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación de salud, es la primera de las once funciones esenciales de la salud pública establecidas, la cual debe medirse mediante siete parámetros (7).

La medición de tales parámetros constituye el primer reto. El objetivo es hacer una evaluación actualizada de la situación de la salud y de sus tendencias en cada país, con base en los factores determinantes, fundamentalmente, las desigualdades frente a los riesgos, los daños y el acceso a los servicios. Es difícil hacer una evaluación actualizada cuando no se dispone de la información de base, o la existente presenta limitaciones significativas de calidad. Para la construcción del análisis de la situación de salud del 2016 en Colombia, por ejemplo, se consultó la información correspondiente al periodo de 2005 a 2014 (8), es decir, datos referidos al pasado reciente.

Por otro lado, la caracterización y el análisis de los factores determinantes requieren de modelos teóricos que den cuenta de la complejidad del objeto de análisis, y de métodos y técnicas que permitan abordar estos fenómenos desde un punto de vista que trascienda lo exclusivamente disciplinario. Resulta relevante entender cuál es el modelo teórico que subyace al análisis de la situación de salud para explicar dicha situación en una población, puesto que el enfoque basado en los factores sociales determinantes de la salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la llamada medicina social latinoamericana, implica supuestos diferentes para la comprensión del proceso de salud y enfermedad y, por lo tanto, una aproximación distinta a la recolección de los datos y a su análisis, así como a las causas de las desigualdades en salud, lo cual necesariamente establece diferencias sustanciales a la hora de adoptar decisiones (9).

Los siguientes son los parámetros mencionados.

Determinar las necesidades de salud de la población, los riesgos en salud y la demanda de servicios de salud. Es importante aclarar que, en la práctica de la salud pública, aún no se ha superado la concepción de la necesidad como carencia. Si bien Max Neef, en su libro “Desarrollo a escala humana” (10), marca un hito al romper con la concepción clásica del concepto de necesidad en el campo de la economía, concibiéndolo en términos de potencialidad, no es este al que se alude al referirse a la población sujeto de intervenciones en salud pública, ni tampoco al que recurren la mayoría de los planificadores de la salud.

Por otro lado, la interpretación del concepto de riesgo en salud también ha sufrido un cambio marcado por el interés economicista que impera en la actualidad, lo cual limita su análisis y su

medición. El concepto del riesgo de enfermar o de morir en el contexto de la seguridad social clásica pretendía ser integral y universal, mientras que el concepto de riesgo desde la lógica de la protección social actual, responde a intereses paliativos y a una perspectiva de estado minimalista (11,12), y se refiere exclusivamente al riesgo financiero de enfermar o de morir; en otras palabras, la principal preocupación es quién paga por una enfermedad o una muerte.

Por último, se debe señalar que la gran mayoría de los estudios de oferta y demanda de servicios de salud, se centran en la oferta más que en la demanda, lo cual se explica por la aún incipiente forma de determinar, real e íntegramente, la relación de las circunstancias que llevan a la comunidad a sentirse enferma, tener la necesidad de consultar y hacerlo efectivamente. Mientras siga habiendo tantas limitaciones conceptuales y operativas para abordar la demanda, la evaluación de este aspecto seguirá siendo un reto. Más allá del inventario de recursos sanitarios y de señalar las barreras percibidas para el acceso a los servicios de salud en el análisis de la situación de salud (13,14), se requieren elementos que evidencien las relaciones existentes entre las necesidades de la población, la oferta sanitaria, las causas de las barreras para el acceso y los intereses de los diferentes implicados en esta dinámica.

Manejo de las estadísticas vitales y la situación específica de grupos de especial interés o de mayor riesgo. La selección de estos grupos de interés está permeada por decisiones ancladas en intereses políticos, así como en determinados paradigmas y modelos teóricos. En contextos heterogéneos como el colombiano, se han ido adoptando enfoques diferenciales en la formulación de las políticas públicas, e, incluso, en el análisis de la situación de salud, al considerar aspectos como el “ciclo de vida, la orientación sexual o la identidad de género, la pertenencia étnica, la discapacidad y las situaciones generadoras de inequidades sociales (desplazamiento forzado, trabajo sexual, región de origen o de residencia)” (14,15). Sin embargo, la comprensión de la situación de salud de estos grupos y las desigualdades que padecen requiere, además, superar el subregistro de los indicadores básicos, y propiciar la búsqueda de información y un análisis que favorezca su comprensión. Para citar un ejemplo, las etnias se consideran como una sola categoría sin reconocer las diferencias culturales que existen entre las poblaciones indígenas, los afrocolombianos y el pueblo gitano o

rom, diferencias que pueden explicar las desigualdades en su situación de salud y orientar intervenciones más acertadas (16).

Generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud. Es muy importante que esta evaluación contemple los intereses de todas las partes involucradas. El desempeño de los servicios de salud se está evaluando a partir del principio de eficiencia como fin en sí mismo, y no como medio para el bienestar. De ahí la importancia de definir el uso del término “utilidad”, pues en la actualidad parece responder exclusivamente a su acepción financiera y no a la social. Variables como el aseguramiento, la infraestructura y el recurso humano, sugeridas por el Ministerio de Salud en la guía para la elaboración del análisis de la situación de salud (14), son insuficientes para evaluar el desempeño de los sistemas y servicios de salud, más cuando se sabe que el aseguramiento no implica el acceso real ni necesariamente da respuesta a las necesidades en salud de la población. Un acercamiento más amplio, tanto conceptual como metodológico, a la evaluación de los sistemas y servicios de salud, puede aportar elementos para la comprensión y la transformación de nuestra situación actual.

Recursos de otros sectores que aportan a la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida. Mientras se tengan vacíos en la definición y delimitación de la promoción de la salud y del objeto de la salud pública, será sumamente difícil establecer los recursos provenientes de otros sectores que realmente se invierten en este campo. En este sentido, no es frecuente encontrar estudios como el de Dever (17) sobre “un modelo epidemiológico para el análisis de la política de salud”, en el cual se reconoce, por ejemplo, que la distribución del gasto en salud en los Estados Unidos en 1975 correspondía a los rubros equivalentes a los cuatro grandes factores determinantes en el campo de la salud establecidos por Lalonde y Blum. El desarrollo y la aplicación de este modelo o de otros similares permitirían una aproximación adecuada a estos aspectos. La adopción de una visión amplia de la promoción de la salud y, por lo tanto de los sectores implicados en ella, permitiría detectar un mayor número de instituciones y organizaciones que contribuyan a mejorar la salud de la población en los territorios.

Desarrollo de la tecnología e intercambio de experiencias y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los

responsables de la salud pública (otros sectores, proveedores y ciudadanos). Una de las grandes limitaciones en este campo se relaciona con el talento humano en salud, especialmente, el dedicado a la salud pública, situación que se acentúa a nivel municipal y que involucra diferentes aspectos: en primer lugar, el desarrollo de capacidades y experiencia del personal a cargo del análisis de la situación de salud; en segundo lugar, las condiciones laborales del personal de salud pública, caracterizadas por la gran rotación y las contrataciones tardías para periodos cortos (17,18); y, por último, los problemas para articular el trabajo de las diferentes disciplinas y dependencias a nivel territorial, articulación necesaria para dar cuenta de los factores sociales determinantes que deben considerarse en el análisis de la situación de salud (17).

Pasando a otro punto, si bien existen avances en la información que se recolecta en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), persisten problemas en la documentación sobre las variables de salud y otros ámbitos necesarios para dar cuenta de los factores sociales determinantes a nivel territorial, así como en la oportunidad del suministro de la información, la concordancia entre las diferentes fuentes oficiales y de estas con la realidad de los territorios, y en la articulación de los análisis de la situación de salud departamentales y municipales. Además, la información necesaria para realizar dicho análisis, específicamente para la ‘priorización’ de problemas, debe provenir de diferentes fuentes y metodologías, dado que los datos estadísticos convencionales y las metodologías cuantitativas empleadas en la ‘priorización’ de necesidades pueden ser insuficientes para comprender la realidad. En el diálogo con las instituciones y las comunidades, es necesario dar cabida a metodologías cualitativas que ayuden a entender la situación de salud de los territorios y a mejorar los procesos de participación y de empoderamiento que se requieren para que las propuestas institucionales que surgen del análisis de la situación de salud efectivamente surtan efecto (17).

Por último, hay dificultades en la entrega de la información proveniente del análisis de la situación de salud a los responsables de las decisiones (lo cual implica tomarlas sin considerar el diagnóstico y desaprovechar la oportunidad de mejorar el impacto), y a la comunidad. Esto quiere decir, por un lado, que un gran porcentaje de la población no accede a información suficiente, oportuna y pertinente, y por otro, que los intereses de quienes

poseen y financian los medios de comunicación con frecuencia no coinciden con los propios de la salud pública.

Determinación y desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis. En el análisis de la situación de salud, constituye un gran reto el establecimiento de estándares de calidad que respondan a las necesidades locales desde una perspectiva global y posibiliten el desarrollo de procesos de análisis pertinentes que exhiban coherencia social, política y económica.

Para entender las implicaciones del análisis de la situación de salud y de su evaluación con base en los parámetros descritos, es necesario considerar diferentes aspectos globales y locales. Hoy más que nunca todos los aspectos de la vida cotidiana relacionados con lo global están interrelacionados y, por consiguiente, se requiere de una visión totalizadora e integradora. El contexto en el cual nos inscribimos como resultado de la globalización, responde a dos referentes reconocidos: “la perspectiva del sistema mundo, [entendida] como la sucesiva expansión del sistema capitalista, proveniente desde la época del Descubrimiento, y la otra como la revolución tecnológica y electrónica actual que soporta redes complejas que atrapan a los individuos en los mercados financieros y en los medios de comunicación, incluidos los actores sociales, culturales y políticos, y no sólo los económicos” (19). Ello pone de relieve el problema del modelo económico dominante que privilegia los aspectos financieros y hace énfasis en el desarrollo instrumental para perfeccionar el modo de producción capitalista con las corrientes neoliberales. Se reafirma, así, el papel del mercado, a pesar de sus imperfecciones, y se deja exclusivamente al Estado la función de la modulación, y este, al abstenerse de intervenir, facilita el desarrollo del libre mercado, salvo en casos extremos. La sociedad, por su parte, es el sustrato para que ambos existan y se justifiquen (7).

En este contexto, son varios los retos del análisis de la situación de salud: insertar su aporte en los procesos de desarrollo y en sus diferentes dimensiones convirtiendo la intervención intersectorial en la gran estrategia; evidenciar la necesidad de avanzar en el desarrollo de un sistema de salud equitativo, coherente con el carácter público de la responsabilidad en salud del Estado (20), y aprovechar al máximo todo el arsenal de conocimiento científico y tecnológico para ponerlo al servicio de los intereses colectivos.

Por otra parte, las decisiones en torno a las políticas públicas que rigen el sistema de salud “están influenciadas por el contexto político, es decir, se hacen bajo restricciones institucionales, generalmente requieren de negociación o acuerdos debido a la presión de grupos de interés, y están influenciadas por muchos tipos de ideas, además de las ideas que provienen de la investigación” (21). Están, además, los desafíos éticos que hoy se plantean al hacer el análisis de la situación de salud, pues solo si se tiene una gran claridad sobre los principios éticos y se aprovecha de manera óptima el conocimiento generado por la ciencia, se logra el ambicioso objetivo de convertir la salud en medio y fin de un desarrollo humano sostenible.

En el marco de la globalización, la transición demográfica y los cambios progresivos de los factores determinantes que se vienen dando en Colombia, han determinado que la transición epidemiológica se experimente de forma diferente, ya que todavía se padecen enfermedades infecciosas y otras dificultades producto de las precarias condiciones de vida de la población y, simultáneamente, las enfermedades crónicas y degenerativas no dan tregua (22). Esta situación se agrava con el resurgimiento de enfermedades como la tuberculosis, que, asociada al sida, produce considerables víctimas. Todo ello es agravado por problemas de índole ambiental, y de salud mental y laboral, que obligan a convertir el análisis de la situación de salud en una herramienta eficaz para la comprensión integral y totalizadora de esta compleja situación, de manera que pueda enfrentársela de la mejor manera.

Este reto se hizo visible en los objetivos de desarrollo del milenio y ha cobrado mayor fuerza en los objetivos de desarrollo sostenible. En la Cumbre de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible del 2015, los Estados Miembros aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la cual se formularon los 17 objetivos de desarrollo sostenible. En el objetivo 3, directamente relacionado con el sector de la salud, se establece el deber de “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y se trazan metas similares a las planteadas en los objetivos de desarrollo del milenio, como la reducción de la mortalidad materna e infantil y del impacto de la epidemia de enfermedades infecciosas como el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis, así como el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Estas, sin embargo, se amplían con otras nuevas que dan cuenta de la transición

epidemiológica y demográfica, como la reducción de la muerte prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, la reducción de las muertes por accidentes de tránsito, químicos y contaminantes, y la cobertura sanitaria universal (23).

Desde una visión amplia del concepto de salud se evidencia, además, que la mayoría de los objetivos de desarrollo sostenible necesariamente inciden en ella, ya que la seguridad alimentaria, la educación, el trabajo decente, la igualdad de género, el acceso al agua, el saneamiento y la energía, la reducción de la pobreza y el cuidado del medio ambiente, son determinantes en el proceso de salud y enfermedad.

Dichos objetivos representan un gran desafío para nuestro país pues, a pesar de los esfuerzos desplegados para alcanzar las metas trazadas en los objetivos de desarrollo del milenio, los avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil no tuvieron el mismo alcance en indicadores como la mortalidad materna y la epidemia de VIH, a lo cual se suman las nuevas metas en enfermedades no transmisibles, que hoy representan la mayor carga de los problemas de salud en Colombia, así como la deuda frente a la cobertura universal y el acceso a los servicios de salud.

En Colombia persisten las desigualdades en diferentes ámbitos y las brechas entre regiones, entre áreas rurales y urbanas y las de género, entre otras. Un examen detallado de los resultados muestra que en regiones como Chocó, Cauca y La Guajira, la tasa de pobreza sigue estando por encima del 50 %, principalmente en la población rural. Las desigualdades entre las áreas rurales y las urbanas se perciben en indicadores como la mortalidad materna (95 por 100.000 nacidos vivos en el campo frente a 46 en las ciudades). En cuanto al género, la tasa de desempleo es el doble en mujeres que en hombres (24).

La adaptación de la Agenda 2030 al contexto colombiano constituye un gran desafío. El conflicto armado que ha asolado al país, los diálogos de paz y el posconflicto, plantean exigencias especiales que hacen más complejo el logro de estas metas globales. El conflicto armado ha generado situaciones de salud claramente visibles, como las lesiones externas producto de la violencia, pero también, efectos en la salud mental (25) que deben ser incorporados en los análisis de la situación de salud a nivel nacional y local para enfrentarlos adecuadamente. Asimismo, el conflicto armado ha

limitado la capacidad de los gobiernos locales para proveer servicios, entre ellos, el de salud y otros relacionados con este (26).

La incorporación de lo global en los contextos locales está directamente relacionada con el sistema de salud y trasciende lo contemplado en la Ley 100 de 1993, ya que, más allá de las normas, hay recursos técnicos y políticas anteriores a esta que hoy siguen vigentes. El modelo de salud es mucho más que el sistema de seguridad social, e involucra, además, la estructura y el rol del Estado, y la posición que ocupa el mercado en la organización social. Así pues, es importante tener en cuenta que, aunque existen factores externos determinantes del desarrollo del modelo de salud, este juega un papel importante en la crítica situación actual de la salud pública en el país (27).

Después de dos décadas de implementación del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), aún no se alcanza la meta de universalización de la cobertura. Aunque en un primer momento se observó un incremento progresivo en el porcentaje de población afiliada al sistema (lo cual no implica acceso real a los servicios de salud), el porcentaje de algo más del 90 % alcanzado no muestra incrementos relevantes desde hace varios años y ha sido más significativo en el régimen subsidiado que en el contributivo, con las consecuentes repercusiones económicas; asimismo, persisten desigualdades en regiones menos desarrolladas y en poblaciones rurales (28). En cuanto al acceso a los servicios de salud, a pesar de las diferencias regionales, en general, se evidencia una disminución (29), con una menor posibilidad de acceso para las poblaciones de estratos socio-económicos bajos, de las áreas rurales o no afiliadas al sistema (30).

Estos y otros problemas estructurales de nuestro sistema de salud tienen como origen el modelo implementado por el SGSSS, el cual se sustenta en un modelo de mercado regulado para el aseguramiento en salud y en la teoría neoclásica de bienes, lo que permitió la entrada de proveedores privados de servicios individuales (bienes privados), separando, así, la gestión sanitaria individual de la colectiva (bienes públicos), la cual recae en manos del Estado (Hernández M. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En: Memorias del 1er Seminario La Falacia Neoliberal: Crítica y alternativas; 2002 Abr. 4-5; Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. p. 347-61). Este supuesto teórico generó efectos

deletéreos en la salud pública, lo que, aunado a la carencia inicial de un plan nacional de salud pública, ocasionó en sus comienzos un retroceso en los indicadores de enfermedades tropicales, en la vacunación y el control de la tuberculosis (31). Solo hasta el 2007 se promulgó el Plan Nacional de Salud, 2007-2010, mediante la Ley 1122, y en el 2011 se definió el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) mediante la Ley 1438, el cual se propone como la “carta de navegación para dar respuesta a los desafíos de salud pública” (32).

La reciente formulación de una política nacional de salud pública proyectada a un mediano plazo también implica un reto, dada la limitada capacidad técnica de los territorios para la gestión de la salud pública y la ejecución presupuestal de los recursos destinados para tal fin (32).

Colombia presenta hoy un perfil epidemiológico producto de la transición demográfica, dominado por las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales pasaron de representar el 76 % de la carga total de enfermedad en el 2005, al 83 % en el 2010. Sin embargo, en el análisis por regiones, se evidencia que las enfermedades transmisibles siguen siendo relevantes en zonas dispersas y selváticas, las causas externas en zonas de conflicto armado, y las materno-infantiles en las zonas de mayor pobreza (32). Cuando se elabora el análisis de la situación de salud debe darse cuenta de estas realidades y develar sus particularidades en los territorios, para permitir una planeación en salud pública pertinente, eficaz y eficiente.

Como herramienta para la planeación y gestión de la salud de la población, el análisis de la situación de salud cobra relevancia a la luz de la crisis financiera que atraviesa el sistema, toda vez que dicha evaluación debe incluir, no solo elementos económicos, sino un buen diagnóstico en salud para el manejo adecuado de los recursos. En el panorama actual, persisten las enfermedades infecciosas, otras han reaparecido, y prevalecen las crónicas no transmisibles, todo ello acompañado del aumento en el gasto de salud derivado del creciente desarrollo de la tecnología y el alto costo de los medicamentos, así como de las expectativas de una ciudadanía más informada (33) en el contexto de una ley estatutaria que aspiraba a hacer explícitas las exclusiones y lograr el acceso de la población a todos los servicios y tecnologías no excluidas como meta para el 2017 (20).

Esta creciente demanda de servicios de salud, requiere que la información del análisis de la

situación de salud contribuya a una gestión eficiente de los recursos que garantice la salud de la población y pueda, incluso, disminuir el gasto debido al empleo de medios de alta complejidad. El reto va más allá de mostrar perfiles epidemiológicos. Se requiere que dicho análisis facilite los elementos que permitan modificarlos e intervenirlos en estadios tempranos, y se traduzcan en decisiones políticas para una gestión sanitaria eficiente; de lo contrario, será una información inerte, útil solo como referente teórico, lo cual desvirtúa su propósito inicial. De ahí que los desafíos técnicos y éticos planteados requieran de decisiones políticas con efecto en la situación financiera del sistema.

Como una respuesta a los problemas de salud de la población en el 2016, se formuló la política de atención integral en salud (34), cuyos antecedentes normativos son la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional de 2008 (35), la Ley 1438 de 2011 (36) y la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 (20), en las cuales se exigió la adopción de un modelo de atención en salud. El modelo integral de atención en salud propuesto en dichas normas, incorpora las líneas estratégicas de atención primaria en salud orientadas hacia la salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial; además, reconoce la heterogeneidad del territorio proponiendo una gestión diferenciada para las zonas urbanas, rurales y dispersas. En el marco de esta política, el análisis de la situación de salud tiene un papel protagónico, puesto que su implementación requiere que las entidades territoriales conozcan la situación de sus poblaciones.

Esta nueva propuesta, que incluye elementos reclamados por diversos sectores desde hace años, permite abrigar esperanzas de ir transformando nuestro sistema de salud, sin desconocer que el contexto en que se implementará continúa siendo el de un sistema basado en el aseguramiento y en la gestión del riesgo financiero, y en la continua tensión entre la salud como derecho humano fundamental y la concepción de la salud como objeto de intercambio comercial o mercancía a la cual no todos pueden acceder.

Conclusiones

En la última década se han presentado avances importantes en términos de la formulación de políticas públicas, como el Plan Decenal de Salud Pública y la Política de Atención Integral en

Salud, de la elaboración de guías metodológicas y lineamientos estratégicos para su implementación, de los sistemas de información y de las capacidades técnicas para la planificación en salud a nivel local.

Además, la inclusión de los enfoques diferenciales en cuanto al territorio, los derechos y los factores sociales determinantes de la salud, seguramente permitirá ampliar la forma de comprender la realidad de la situación de salud. Sin embargo, ante la persistencia de profundas desigualdades y de un sistema de salud en constante crisis, la reflexión sobre los desafíos que enfrenta el análisis de la situación de salud resulta relevante y de gran actualidad. Se resumen a continuación los principales desafíos para este análisis.

1. Desafíos de conocimiento: sin abandonar la mirada epidemiológica y cuantitativa tradicional, se requieren aproximaciones cualitativas que contemplen el conocimiento de las instituciones y comunidades locales, de sus contextos, necesidades y prioridades. Para ello, deben mejorarse los sistemas de información para hacerlos más ágiles, así como los procesos de intercambio de dicha información y la adopción de decisiones oportunas y coherentes. En ese sentido, la construcción de indicadores cuantitativos y cualitativos, con claros criterios de exigencia técnica y rigor científico, permitirá un manejo más integral de los problemas sanitarios y el paso de una planificación normativa a una estratégica (37), con lo cual la población objeto de las mediciones y de las políticas tendrá un rol protagónico.

2. Desafíos técnicos: ante la necesidad de desarrollar modelos, teorías, métodos, técnicas e instrumentos para medir adecuadamente las diversas funciones esenciales de salud pública, es imprescindible revisar la forma en que actualmente se hace el análisis de la situación de salud y discutir si estos criterios están actualizados y son pertinentes, o si deben replantearse. El contraste entre los propósitos del análisis y los enfoques y mediciones establecidas en las guías puede abrir el camino para ampliar la visión y establecer nuevos criterios técnicos. Este desafío, además de directrices, requiere de un recurso humano que las ejecute, por lo cual es urgente reflexionar sobre las implicaciones de la inadecuada gestión del talento humano en salud porque, de otra manera, las capacidades y experiencias que se desarrollan en los territorios no producirán los cambios esperados.

3. Desafíos de articulación: el análisis de la situación de salud demanda de un trabajo de articulación entre lo global y lo local, entre políticas y normas, entre modelos teóricos y enfoques, y entre sectores. Se deben compaginar los requisitos de las políticas internacionales y nacionales con la situación de salud del país y las particularidades de los territorios, ya que los objetivos que se trazan para el país se construyen con la suma de los esfuerzos locales; si no se comprende esto, seguiremos escondiendo en promedios nacionales las desigualdades territoriales. La articulación entre modelos y enfoque demandará esfuerzos para hacer realidad la apuesta por los derechos humanos y la atención a los factores sociales determinantes de la salud en el marco del modelo neoliberal.

Dado que el análisis de la situación de salud es un insumo para la planificación en salud, se requiere adoptar las políticas y normas que rigen dicha planificación. La Ley Estatutaria en Salud apenas comienza a abrirse camino en el contexto del aseguramiento en salud, y es de prever que su implementación deje ver la incompatibilidad de los dos modelos subyacentes.

Por otra parte, la política de atención integral en salud y el modelo que propone tendrán que armonizarse en el marco del sistema de salud sin que se haya superado la fractura entre lo individual y lo colectivo.

También, se requiere la articulación entre las partes involucradas. En el sector de la salud ya es un reto articular lo local, lo regional y lo nacional, y la acción de las autoridades sanitarias, de las aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios de salud. Además, esta visión amplia de la salud y su análisis basado en los factores sociales determinantes, requiere la coordinación de diferentes sectores que aporten a la información, el análisis y la construcción de propuestas.

Por último, debe promoverse una articulación entre las instituciones y la comunidad, que supere las tradicionales prácticas de intervenciones verticales desde arriba y posibilite la participación y la gestión desde abajo.

4. Desafíos de contexto: a partir de las directrices nacionales, el análisis de la situación de salud como herramienta requiere de flexibilidad para dar cuenta de la situación de salud en los contextos específicos, lo cual exige ir más allá del mejoramiento de los procesos normativos y técnicos, para conocer los procesos estructurales

económicos, políticos y sociales que han afectado históricamente a cada territorio. Los problemas de salud pública en el país tienen una distribución territorial que debe abordarse de forma diferencial para comprender las causas estructurales de las desigualdades. Asimismo, la salud ambiental, la ocupacional y la mental, que antes no se visibilizaban en las agendas públicas, deberán abordarse desde una perspectiva territorial para su cabal comprensión.

5. Desafíos de coherencia: debe mantenerse una relación estrecha entre los propósitos consignados en el análisis de la situación de salud, los métodos empleados en su elaboración y la entrega de la información en los diferentes contextos y a las diversas partes involucradas, con el fin de proponer de forma coherente intervenciones adecuadas y efectivas. Esta tarea se dificulta cuando los intereses económicos priman sobre la salud pública y el bienestar colectivo.

6. Desafío político: la importancia del análisis de la situación de salud para la formulación de políticas y planes en los diferentes niveles, requiere posicionar el tema en las agendas públicas y, por qué no, en las privadas. Este desafío va más allá del desarrollo técnico y normativo, y exige mejorar los procesos de divulgación y apropiación de la información, no solo por parte de las instituciones, sino también de las comunidades.

Además de formular directrices, el Estado debe ejercer su rectoría y velar por su cumplimiento; por su parte, la comunidad debe organizarse para transformarse de receptora de políticas en protagonista de las decisiones en salud. De no lograrlo, las buenas intenciones de los objetivos de desarrollo sostenible y de las políticas de salud no serán más que otro intento fallido por poner el bienestar colectivo en el centro de los muchos intereses en juego.

La academia tiene una gran responsabilidad en este sentido, no solo en cuanto a la formación de un recurso humano que responda a las necesidades de salud de la población, sino también propiciando procesos de investigación, pues es esta la que genera el desarrollo y no al contrario, por lo cual es importante comprometer a todos los sectores en su patrocinio para que el sector educativo no siga asumiendo solo esa carga.

Es importante recordar que con esto no se pretende fortalecer las llamadas élites del conocimiento, que tienden a estar al servicio de intereses particulares,

lo cual genera mayor inequidad (38). Por el contrario, debe recabarse más formación de investigadores competentes (39) cuyo trabajo incida directamente en los responsables de las decisiones. Hoy el científico tiene que ser un gran político, de manera que sepa posicionar su conocimiento al más alto nivel y, así, darle viabilidad a las intervenciones que se desprenden de sus estudios (40).

El análisis de la situación de salud debe servir a todos aquellos comprometidos con las transformaciones en este campo, sobre todo cuando se trata de posiciones que contradicen los planteamientos hegemónicos.

Conflicto de intereses

Los autores manifestamos que no existe conflicto de intereses con respecto a este trabajo.

Financiación

El presente trabajo se realizó con recursos propios de los autores.

Referencias

1. **Agudelo CA.** ¿Podemos comprender las problemáticas de salud pública? En: Franco S, editor. La salud pública hoy. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 424-33.
2. **Organización Panamericana de la Salud.** Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud (ASIS). Boletín Epidemiológico. 1999;20:1-3. Fecha de consulta: 11 de junio de 2017. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/sha/BE_v20n3.pdf.
3. **Fals O.** Participación popular: retos del futuro. Bogotá: ICFES; 1998. p. 215-32.
4. **Yajot O.** Qué es el materialismo dialéctico. Bogotá: Ediciones Suramericana, Ltda.; 1973. p. 142-7.
5. **Castellanos P.** Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales. En: Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Pili M, Marsset P, Navarro V, editores. Salud pública. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1998. p. 81-102.
6. **De Infante N, Álvarez L.** Los procesos de trabajo y de salud-enfermedad: una relación dialéctica. Educ Med Salud. 1987;21:92-105.
7. **Organización Panamericana de la Salud.** Funciones esenciales de la salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas, nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2002. p. 67-8.
8. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Análisis de situación de salud Colombia, ASIS, 2016. Bogotá: Minsalud; 2016. p. 13-4. Fecha de consulta: 11 de junio de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>.

9. **Morales C, Borde E, Eslava J, Concha S.** ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Pública.* 2013;15:797-808.
10. **Max-Neef M.** Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Segunda edición. Barcelona: Icaria Editorial, S.A.; 1998. p. 49.
11. **Jaramillo C, Quintero A, Yepes C.** La protección social... una sombrilla. *Nuevos Tiempos.* 2004;12:107-13.
12. **Holzmann R, Jorgensen S.** Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Banco Mundial; 2000. Fecha de consulta: 11 de junio de 2017. Disponible en: http://scp.com.co/ArchivosSCP/manejo_social_del_riesgo.pdf
13. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Análisis de Situación de Salud Colombia 2014. Bogotá: Minsalud; 2014. p. 193-208.
14. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales. Bogotá, D.C. Minsalud; 2014. p. 119-23. Fecha de consulta: 11 de junio de 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>.
15. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Plan Decenal de Salud Pública. 2012-2021. Bogotá, D.C.: Minsalud; 2012. p. 63-4.
16. **Instituto Nacional de Salud.** Una mirada al ASIS y análisis en profundidad. Informe Técnico ONS/2016-I. 7ª edición. Bogotá: INS; 2016. p. 42-78.
17. **Dever A.** Epidemiología y administración de servicios de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.; 1991. p. 417.
18. **Muñoz I, Higuera Y, Molina G, Gómez L.** Características de la gestión del talento humano en salud pública. En: Molina G, editor. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso & Letra Editores; 2013. p. 275-92.
19. **Franco A.** Globalización, gobernabilidad y salud. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2006;24:37-45.
20. **Congreso de la República.** Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 2. Bogotá: Congreso de la República; 2015.
21. **Patiño D, Lavis J, Moat K.** Rol de la evidencia científica en las decisiones políticas relacionadas con los sistemas de salud. *Rev Salud Pública.* 2013;15:684-93.
22. **Mariachiara DC.** El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. Santiago de Chile: CEPAL; 2011. Fecha de consulta: 11 de abril de 2016. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3852/S2011938.pdf?sequence=1>
23. **Naciones Unidas.** Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Fecha de consulta: 8 de abril de 2016. Disponible en: http://www.un.org/pga/wp-content/uploads/sites/3/2015/08/120815_outcome-document-of-Summit-for-adoption-of-the-post-2015-development-agenda.pdf
24. **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD.** Objetivos de Desarrollo Sostenible, Colombia. Herramientas de aproximación al contexto local. Fecha de consulta: 7 de abril de 2016. Disponible en: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-ODSColombiaVSWS-2016.pdf>
25. **Médicos sin Fronteras.** Las heridas menos visibles: salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia. *Médicos sin Fronteras;* 2013. p. 18-9. Fecha de consulta: 11 de abril de 2016. Disponible en: http://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/Colombia_Report_2013_ES.pdf
26. **Rodríguez L.** Los municipios colombianos y el conflicto armado. Una mirada a los efectos sobre la efectividad en el desempeño de los gobiernos locales. *Colombia Internacional.* 2009;70;93-120.
27. **Ministerio de Protección Social.** Mesa de salud pública. Diez años del SGSSS. Balance y Futuro. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 2004. p. 5-6.
28. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Seguimiento al sector salud en Colombia. Así vamos en salud. Aseguramiento. 2014. Fecha de consulta: 8 de abril de 2016. Disponible en: <http://asivamosensalud.org/indicadores/aseguramiento>
29. **Bonet-Morón J, Guzmán K.** Un análisis regional de la salud en Colombia. Bogotá: Banco de la República; 2015. Fecha de consulta: 6 de abril 2016. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_222.pdf
30. **Ayala J.** La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso Bogotá: Banco de la República; 2014. p. 23-26. Fecha de consulta: 6 de abril 2016. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf
31. **Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R.** Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Cienc Saúde Colectiva.* 2011;16:2817-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
32. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Plan Decenal de Salud Pública Colombia 2012- 2021. Bogotá: Minsalud; 2013.
33. **Grupo de Economía de la Salud.** El gasto y la prioridad de la salud en Colombia. Observatorio de la Seguridad Social. 2015;15:1-16.
34. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: Minsalud; 2016. p. 18-9.
35. **Valencia M, Borrero Y, Pérez E, Muñoz N, Cáceres F.** Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de una sentencia de la Corte Constitucional de Colombia: una propuesta. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2009;27:360-1.
36. **Congreso de la República.** Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Capítulo II. Bogotá: Congreso de la República; 2011.

37. **Yepes C, Martínez O.** La planificación en salud y su relación con las políticas. *Universalud*. 2014;10:100-9.
38. **Banco Mundial.** El conocimiento al servicio del desarrollo: índices del informe sobre el desarrollo mundial, 1998-1999. Washington, D.C: Banco Mundial; 1999. p. 28.
39. **Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gómez L.** La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gaceta Sanitaria*. 2003;17:23-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0213-91112003000900005>
40. **Walt, G.** Health policy: An introduction to process and power. Johannesburg: Witwatersrand University Press: London and New Jersey: Zed Books; 1994. p. 208-18.