

Bogotá, 9 de marzo de 2013.

Doctora

MARTHA LUCÍA OSPINA M.

Directora de Epidemiología y Demografía

Ministerio de Salud y Protección Social.

La Ciudad.

Doctora Ospina.

Deseo expresar a Usted y a su equipo mi agradecimiento por la invitación del miércoles pasado a la presentación ante un grupo de expertos del Plan Decenal de Salud Pública –PDSP-. Teniendo en cuenta la imposibilidad de estudiar a fondo todos los aspectos de la propuesta en el corto tiempo asignado para tal efecto, a título exclusivamente personal me permito presentar a su consideración y a la de la comunidad académica de la salud pública en el país las siguientes consideraciones marginales.

1. **La línea de base ausente.** Me sorprendió evidenciar que la propuesta del PDSP no tomaba como punto de partida la evaluación de los resultados del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Desconozco si dicha evaluación se hizo, pero de las 13 intervenciones de los funcionarios/as del Ministerio, sólo una trató de establecer una relación con el plan anterior. No se trata sólo de mirar resultados en términos de cifras e indicadores. Se trata en cambio de poder saber si los objetivos del plan anterior pudieron cumplirse, si hubo una mayor apropiación por parte de las autoridades regionales y locales de los temas relacionados con el bienestar colectivo y, en términos de política pública, poder saber si el Estado cumplió sus objetivos misionales en salud pública y si la población colombiana se siente ahora mejor que hace seis años y si alcanzó los niveles de participación programados. Considero, doctora, que esta falencia expresa un cierto desconocimiento o subvaloración de lo que debió hacerse y representa la pérdida de una gran oportunidad en términos de lecciones aprendidas, de recursos y de posibles continuidades y transformaciones.
2. **Del optimismo al realismo recomendable.** Quisiera compartir su optimismo y el de su equipo en cuanto al estado actual de la salud pública en el país. Pero ni la lectura cuidadosa de los indicadores presentados por usted misma, ni la información disponible por otras fuentes me lo permiten. Sólo tres ejemplos. El primero es el relacionado con los niveles de vacunación en el país. Aún las cifras presentadas por Usted dejan un sabor agríndice, en un país que fue modelo y logró coberturas aceptables. Pero las realidades

conocidas de ciudades como Buenaventura, o regiones como el Chocó y los departamentos orientales del país, muy por debajo de las cifras promedio, son más que alarmantes. El segundo ejemplo, relacionado en parte con el anterior, es el de la aparición de verdaderas epidemias, que no han sido aceptadas oficialmente, tal como lo expresamos un grupo de académicos en reciente comunicación al Señor Ministro de Salud. Es el caso de la tosferina, como saldo rojo de las bajas coberturas de vacunación, o la epidemia de dengue que padecemos en la actualidad, como expresión de precarias condiciones ambientales y de atención básica. Y el tercer ejemplo se refiere a la situación de la tuberculosis. Que sigamos con un promedio mensual aproximado de 1000 casos nuevos de esta enfermedad prevenible y controlable, es ya un fracaso intolerable de la salud pública colombiana. Y peor aún si vemos el altísimo riesgo de poblaciones específicas, como la carcelaria, o si nos enteramos que el 50% del gasto que ocasiona la atención de la enfermedad proviene directamente del bolsillo de las personas que la padecen, como lo han demostrado las rigurosas y sostenidas investigaciones del grupo coordinado por la actual decana de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Obviamente, doctora, para avanzar hay que mirar por el panorámico y no sólo por el retrovisor, pero el panorama de conjunto nos debe convocar mucho más al realismo y a la urgencia de cambios de fondo y priorización de tareas, que al optimismo y a un mapeo difuso que pretende abarcarlo todo sin resolver nada.

- 3. El problema de la violencia.** Como investigador de la violencia en la región y en el país en los últimos 25 años, debo también hacer algunas consideraciones, a manera de ejemplo, sobre el manejo que se le da al tema en la propuesta del PDSP. Si bien las tasas de mortalidad por homicidio se han reducido significativamente en lo que va de este nuevo siglo, seguimos desde la década del ochenta con la pesadilla de un promedio de un homicidio cada media hora. Pero hay hechos relativamente nuevos que ensombrecen aún más la situación y que merecerían especial atención si el problema se abordara a profundidad. Enuncio sólo uno de ellos: la principal causa de muerte en la población entre los 15 y los 45 años, es el homicidio. Esto que hace más de dos décadas es cierto para el grupo masculino, lo es ahora también para el de mujeres, superando de lejos a problemas tan sensibles como la mortalidad materna. Y más allá de las cifras, me preocupa en la propuesta la manera inespecífica y psicologizada como se aborda el tema de la violencia. Inespecífica porque casi nunca se nombra como tal y se cuelga siempre como un apéndice a los problemas de salud mental. Y psicologizada porque, deshistorizándola y despolitizándola, se asume como cuestión comportamental, de convivencia, producto de alteraciones psico-emocionales. Sin desconocer la importancia de este determinante, un enfoque de determinantes sociales – como el que dice tener el plan – obliga a una mirada más abierta, a la necesidad de otras disciplinas para entender el problema, y a una acción realmente intersectorial y social en su conjunto para enfrentarlo con decisión y sin pena de nombrar y reconocer uno de los mayores problemas de salud pública en nuestro país.

4. **Los temas de formación, información e investigación en salud pública.** Una de las peores consecuencias para la salud pública del modelo de salud vigente, ha sido la privatización de la información en salud. Sometida también a los intereses económicos y a la pérdida de la autoridad y el control por parte del Estado, la información en salud se convirtió en otra mercancía y se fragmentó en tal forma que se hizo imposible tener certeza sobre indicadores tan elementales como cobertura de vacunación, mortalidad materna, prevalencia de ciertas patologías, cobertura y acceso reales a servicios de salud. Una meta básica y prioritaria en salud pública en Colombia es recuperar para el Estado y la ciudadanía información confiable, rigurosa y sostenible en salud pública. El silencio a este respecto de las presentaciones hechas por los funcionarios/as del Ministerio ante el Grupo de Expertos fue bastante preocupante, como parece serlo también por su debilidad y falta de autoridad y contundencia el manejo del tema en la propuesta escrita del PDSP.

Otro tema que merecería un mejor tratamiento en el Plan en cuestión es el de la formación en salud pública, desde los niveles básicos poblacionales, pasando por los niveles técnicos y de pregrado en todas las profesiones afines a la salud pública, hasta los programas de especialización, maestrías y doctorados. En la actual propuesta el tema tiene un bajísimo perfil y padece su fraccionamiento en las siete dimensiones seleccionadas. El asunto de la formación tiene tanto que ver con los contenidos de lo que entendemos y enseñamos como salud pública, como con los métodos de enseñanza empleados – escenarios, tecnologías, intensidad, participación -. Más aún: la actitud, la convicción y el compromiso de quienes la practicamos y tratamos de enseñarla, tienen un valor ejemplar que puede ser mayor al de métodos y contenidos. Una salud pública sin alma, burocratizada, casi vergonzante ante la prepotencia de las gerencias, facturaciones y auditorías, no sólo no atrae sino que aleja y disuade a quienes al asomarse al amplio campo de la salud manifiestan intereses iniciales y juveniles por la salud pública. Obviamente una estrategia de fondo para abordar este aspecto de la formación en salud pública, pasa por decisiones acerca del modelo de salud que el país requiere, tal como se verá en el numeral 5 de esta comunicación.

Algo similar a lo dicho sobre formación e información, podría decirse sobre la investigación en salud pública. Agregando solamente que merecen un especial reconocimiento los grupos de investigadores en salud pública que, casi contra corriente, han logrado mantenerse o abrirse campo entre el desinterés de unos, los ataques de otros, la escasez de recursos y la falta de reconocimiento social. Y que sin formación e información adecuadas en salud pública, el campo de la investigación seguirá siendo árido, difícil y muy poco valorado.

5. **El Plan Decenal y la Reforma en Salud.** Como lo expresaron dos de los cuatro académicos que intervinieron al final de las presentaciones del Ministerio, el Plan propuesto no tiene ninguna viabilidad dentro del sistema de salud vigente, aún con las modificaciones que de manera fragmentada ha venido divulgando el Señor Ministro. Pretender aplicar este plan

en el actual modelo es como intentar ir a casarse con el vestido de la primera comunión. El cuerpo no cabe y el traje se rompe. Resulta entonces ingenuo, por decir lo menos, pretender que asignando unas cuantas funciones específicas a los distintos actores del actual sistema, el Plan funcionaría adecuadamente. Véase por ejemplo en las páginas 175 y 176 de la propuesta las diez responsabilidades que se asignan a las EPS para el funcionamiento del plan. Y todo por una cuestión elemental: porque son dos realidades de signo contrario. Mientras el modelo de salud sigue estando dominado por intereses de rentabilidad y ganancia económica, centrado en la atención de enfermedades individuales por instituciones asistenciales de diferentes niveles fragmentados y aprisionadas por el corto plazo, la salud pública es el ámbito del bienestar colectivo, del bien común, de los resultados en salud y no en dinero, del corto, mediano y largo plazo, de los diferentes escenarios donde acontece la vida de las personas.

Mientras no recuperemos para los intereses de la salud pública el modelo de salud colombiano, los planes de salud pública serán inviables, muy a pesar de los sueños y la buena voluntad de muchos/as, y de la competencia técnica de algunos/as. Cobra en ese sentido validez el Comunicado que justamente el mismo día de la reunión del Grupo de Expertos – miércoles 6 de marzo - enviamos a la ciudadanía, a la opinión pública y a los principales actores del sistema más de 120 académicos reunidos en el *VIII Seminario Internacional de Salud Pública: saberes en Epidemiología en el siglo XXI*. Allí se señala la racionalidad del actual modelo, su incompatibilidad con los postulados del bienestar colectivo, su costosa e insostenible crisis actual, se reconocen los riesgos de continuar por el mismo camino y se invita a no perder la oportunidad de cambio ni a desviarse hacia ajustes insubstanciales.

6. **Participación académica: aspectos de forma y de fondo.** Termino estos comentarios marginales, doctora Ospina, reafirmando la importancia de la participación de todos los sectores sociales, incluido el académico, en la formulación, la implementación y la evaluación del plan nacional de salud pública. Sé que el Equipo actualmente a su cargo viene haciendo desde tiempo atrás, con la participación de varias instituciones universitarias, un esfuerzo importante por lograr escuchar diferentes voces e incluir sus inquietudes en la planificación en salud pública. Ojalá dicha participación no sea sólo formal e instrumental, sino que llegue a permear las orientaciones, los contenidos y las estrategias que finalmente se tracen.

Pero, con el mayor respeto, me permito manifestarle el sentimiento negativo que me ha producido el hecho de que la consulta al denominado Grupo de Expertos, del cual me dio el honor de hacer parte, se haya dado en las condiciones en que finalmente se dio. Es decir: una única sesión vespertina, en una especie de monólogo del propio Ministerio ante el grupo, con mínimas y tardías intervenciones de los agotados participantes, y con la irrespetuosa e inadecuada fijación de un plazo de 72 horas para revisar un documento virtual de 197 páginas y hacer los comentarios, que en las 24 horas del domingo siguiente revisarían los funcionarios del ministerio, para cumplir con su presentación pública en la siguiente semana. Una tarea tan importante como la formulación de un Plan Decenal de Salud Pública en los actuales momento y contexto del país, merece un mejor proceso. Y un grupo académico como el convocado por usted, merece un mejor manejo y una mayor

participación. No hace bien pretender imponer los tiempos administrativos a los tiempos de la realidad. Ni convertir en validación lo que es apenas una tardía exposición con mínimas garantías de escuchar y acoger las voces diferentes.

Puede seguir contando en todo caso, Doctora Ospina, con mi permanente colaboración para todo aquello que tenga que ver con el logro de un nuevo modelo de salud para el país, y con la recuperación del valor, la dignidad y los aportes de la salud pública al bienestar de los colombianos/as.

Con toda atención,

Saúl Franco. MD. PhD en Salud Pública.

Docente-investigador. Universidades Nacional de Colombia y Santo Tomás.