

# EQUIDAD EN MATERIA DE SALUD Y OPORTUNIDAD DE VIDA EN VENEZUELA Y COLOMBIA

*Hernán Málaga,<sup>1</sup> Marisela Perdomo,<sup>2</sup> Ángela González<sup>3</sup>  
y Helena Restrepo<sup>3</sup>*

---

Se presentan en este trabajo los resultados de dos estudios llevados a cabo en Colombia y Venezuela con objeto de analizar las inequidades en salud, en particular en materia de acceso a los servicios de salud y a servicios de salud de igual calidad, y proponer una estrategia de justicia social y de reforma del sector encaminada a corregirlas.

En Venezuela, el estudio se realizó en 1992, sobre la base de datos del censo de 1981 relativos a 707 parroquias con una población de 15 millones de personas (1). El estudio sobre Colombia, llevado a cabo en 1998, se basó en el censo de 1993, que estimó una población de 38 millones de personas (2). El análisis de las inequidades tomó en cuenta las divisiones políticas y el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) en cada unidad geográfica poblacional, agrupadas en Venezuela y Colombia en 10 y 4 estratos socio-económicos respectivamente.

En Venezuela, 38% de las parroquias pertenecen a estratos con un índice de NBI de 70% a 100%, frente a 23% de los municipios de Colombia. El 8% de los municipios de Colombia

presentan un índice de NBI inferior a 30%, frente a 10% de las parroquias de Venezuela. El 10% de la población venezolana vive en parroquias con un índice de NBI de 70% a 100%, frente a 12% de la población colombiana. El 30% de la población venezolana vive en zonas mayormente desarrolladas, frente a 49% de la población colombiana.

En Colombia, el hacinamiento es más frecuente en los municipios con un índice de NBI superior a 70%. En las zonas rurales, los servicios de recolección de basura son prácticamente nulos. La educación presenta una correlación con el desarrollo; la instrucción secundaria y superior tiene una correlación positiva, y el analfabetismo, negativa.

## EL MODELO RURAL

Al analizar la mortalidad por estratos socio-económicos, se observa que en Venezuela el porcentaje correspondiente a la mortalidad por enfermedades transmisibles varía entre 8% y 26%; la mortalidad infantil presenta valores que oscilan entre 10 por 1.000 nacidos vivos y 30 por 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños de 1 a 4 años varía de 0,25 a 2,5 por 1.000. El 80% de los casos de tétanos

<sup>1</sup> Representante de OPS/OMS en Colombia.

<sup>2</sup> FUNDEPI, Venezuela.

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Salud, Colombia.

neonatal se presenta en comunidades con un índice de NBI superior a 70%.

En Colombia, el porcentaje de enfermedades transmisibles oscila solo de 8% a 10% entre los estratos que presentan menos de 30% de población con NBI y los que tienen más de 70%, pero la proporción de defunciones por diarrea varía de menos de 1% a 2,5%. La escasa correlación probablemente se explique por el hecho de que el porcentaje de defunciones en instituciones de salud varía de 25% a 50%, y el de defunciones sin certificación médica oscila de menos de 1% a más de 28% en los municipios con más de 70% de población con NBI. Hay igualmente una correlación entre el desarrollo y el diagnóstico inexacto de la causa de muerte que oscila entre 1% y 18%, debido sobre todo a que el subregistro de dicha causa se estima en 86% en el estrato más pobre frente a solo 16% en los estratos más desarrollados (3).

## EL MODELO URBANO

En Colombia y Venezuela, la mayoría de los municipios o parroquias con altos índices de NBI presentan una elevada proporción de población rural. La búsqueda de mejores oportunidades explica en parte el rápido crecimiento poblacional en las grandes ciudades de ambos países; pero las personas que emigran encuentran deficiencias en lo concerniente a la vivienda, el saneamiento ambiental, el suministro de agua, tanto en cantidad como en calidad, y los servicios de alcantarillado y recolección de basura. Se reproduce así el panorama nacional, con enfermedades relacionadas con la pobreza, como concluye un estudio efectuado en Barquisimeto, Venezuela (4), según el cual la mortalidad infantil varía del 10 por 1.000 nacidos vivos a más de 30 por 1.000 en los barrios más carenciados. De acuerdo con este estudio, el bajo peso al nacer se relaciona con las condiciones de vida, como lo demuestra el hecho de que la mayor cantidad de niños con menos de 2,5 kg de peso nacen en barrios con un índice de NBI superior a 90%. Otros estudios realiza-

dos en Venezuela indican que la talla de los niños que pertenecen a estratos ubicados en los extremos varía de 1,15 m a 1,22 m a los 7 años de edad. Méndez Castellanos señala que esto se traduce en 20 años de diferencia en cuanto al desarrollo biológico entre ambos estratos. Otros datos indican que en Caracas la diferencia entre estratos socioeconómicos en cuanto a la esperanza de vida al nacer varía de 64 a 74 años de edad (5).

En las grandes ciudades también se advierte una correlación entre el desarrollo y las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En Venezuela, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares varía entre 35% en las ciudades más grandes y 12% en las más pequeñas. Las neoplasias presentan el mismo cuadro, y si se estudia el cáncer del cuello del útero se puede ver que gran parte del problema radica en las condiciones de pobreza estructural (6). Los mismos resultados se dan en Colombia, donde se advierte una correlación entre el infarto del miocardio y el desarrollo.

En ambos países, la inestabilidad social favorece las enfermedades de transmisión sexual, así como el incremento de los problemas de alcoholismo, drogadicción, crímenes y violencia. En Venezuela los accidentes de vehículos de motor, resultantes de actos de negligencia y violencia, representan 25% del total de años potenciales de vida perdidos, y su prevalencia es mayor en las ciudades con un índice menor de NBI (7). En Colombia los homicidios tienen una correlación con el desarrollo, y en las grandes ciudades se puede observar que los estratos más pobres acusan mayor cantidad de muertes (8).

## CONCLUSIÓN

En Colombia y Venezuela, las prioridades sanitarias nacionales declaradas son aumentar la equidad en salud y asegurar el acceso a servicios de salud y a servicios de salud de igual calidad. En el primer caso, la solución es una estrategia de justicia social, y en el segundo, de justicia sanitaria.

## ESTRATEGIA DE MUNICIPIOS SALUDABLES

Para impulsar la estrategia de justicia social se ha puesto en marcha el proyecto de municipios saludables (9), en el que la atención primaria de salud busca resolver los problemas sanitarios esenciales en el ámbito local. Esto se ve favorecido por el proceso de descentralización en ambos países y la transferencia de competencias en salud a los municipios. Se privilegia la promoción de la salud y las acciones preventivas, y se ratifica el derecho de todos los habitantes a la salud y a la universalidad de la cobertura, combatiendo las desigualdades sociales y promoviendo la participación ciudadana. La función de liderazgo la ejerce el alcalde, que es quien convoca a todos los sectores de la sociedad. Mediante esta estrategia, y como parte de la misión de salud pública, se busca asegurar las condiciones para el desarrollo de una vida saludable (10). Las principales líneas de acción son la formulación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes sanos, el fortalecimiento de la acción comunitaria, la reorientación de los servicios, y el desarrollo de habilidades personales para lograr cambios en el modo de vida (9) y las oportunidades de vida (11).

Un buen ejemplo de políticas públicas saludables es la prohibición del uso de la pólvora en la época de Navidad y Año Nuevo en Bogotá, Colombia, medida que ha logrado reducir la cantidad de niños quemados de 200 a menos de 60 (12). También se ha implantado una política de restricción de la portación de armas, que permitió la disminución de los homicidios con armas de fuego (13). Sobre la base de esta experiencia, una reciente decisión del Presidente de la República impulsa la implantación de esta política en 59 ciudades del país.

Para analizar los problemas de salud hemos recurrido al modelo de Lalonde (14), que facilita el desarrollo de políticas de salud. El control del embarazo en la adolescencia constituye un ejemplo de la aplicación de este modelo. Por ejemplo, tomando en cuenta que el embarazo, que se correlaciona en forma inversa con

el desarrollo, es más prevalente en jovencitas que inician su actividad sexual a temprana edad, la intervención modifica el ámbito biológico, el modo de vida. En este sentido, el hecho de estar ocioso explica gran parte del problema y es igualmente relevante el hecho de que la mayor incidencia de embarazo en la adolescencia se observa en muchachas que abandonan los estudios antes de 6 años. Estas variables, junto con algunas respuestas limitadas por parte de los servicios de salud, explican el problema y crean posibilidades de intervención (15).

Con objeto de intervenir ante un problema hemos utilizado el método del marco lógico para diseñar proyectos. Por medio de esta metodología, en Venezuela se estableció un banco con 256 proyectos en 33 de los 64 municipios que están aplicando la estrategia: 36% de los proyectos pertenecen a la esfera de saneamiento básico, 24% a prevención y promoción, 11% a educación, 10% a empleo, y 19% a desarrollo de servicios públicos, incluidos los servicios de salud (16). La ejecución de estos proyectos y programas en el Municipio de Versalles, Colombia, ha afianzado la democracia, favoreciendo la plena participación de la comunidad, ya que es esta la que elabora el plan local de desarrollo. Un efecto indirecto de esta estrategia ha sido la disminución de los homicidios.

## REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

Para superar el problema de falta de equidad en el acceso a los servicios de salud, Colombia ha implementado la Ley 100, pero como resultado de los primeros tres años de aplicación, y en un contexto regido por el libre mercado, se han ampliado las brechas, porque las ciudades más grandes recibieron más dinero del régimen subsidiado, mientras que los departamentos más pobres tienen menos población afiliada al sistema de seguridad social. A su vez, esto ha incrementado la inequidad en la cobertura de inmunizaciones debido a la diferencia en el desarro-

llo de los servicios locales de salud, y así han caído las coberturas de vacunación contra la poliomielitis en todos los departamentos. Este descenso ha sido mayor en los departamentos con elevados índices de NBI (17).

El Plan Nacional de Desarrollo para los años 1999–2000 prevé el incremento de cupos en la cobertura del régimen subsidiado. Este incremento se hará teniendo en cuenta los niveles de NBI y de menor cobertura sanitaria de los diferentes municipios, con miras a corregir el desequilibrio existente entre las diferentes regiones del país. El nivel nacional, por conducto del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), destinará más recursos para los municipios con mayores porcentajes de población con NBI y menor cobertura, a fin de cumplir con el *principio de equidad y obligatoriedad* que establece la Ley 100 de 1993.

### ASPECTOS RELACIONADOS CON LA COOPERACIÓN TÉCNICA

Los principales aspectos relacionados con la cooperación técnica que se ha decidido fortalecer o desarrollar con objeto de aumentar la equidad en salud y el acceso y utilización de los servicios de atención de salud son:

- Focalizar la cooperación técnica en los departamentos y municipios más pobres del país.
- Incluir entre los compromisos de consultores y profesionales nacionales objetivos de disminución de inequidades.
- Desarrollar un sistema de información municipal que comprenda datos de determinantes sociales y ambientales de problemas en salud y promueva el trabajo intersectorial.
- Fomentar la cooperación horizontal mediante la Red Colombiana de Municipios Saludables por la Paz.
- Promover el respeto universal a los derechos humanos, afianzando los procesos de paz y propiciando el incremento del acceso a servicios de salud y educación en las zonas excluidas, por ejemplo mediante propuesta de asignación de recursos del régimen subsidiado a departamentos y municipios con mayores porcentajes de NBI y menos afiliados al sistema de seguridad social, rearticulación de los sistemas locales de salud, abastecimiento universal de agua potable por regímenes de condominio y tecnologías apropiadas, etcétera.
- Reducir las inequidades individuales y sociales por medio de intervenciones preventivas y de promoción de la salud, incluida la capacitación de nuevos actores: alcaldes, secretarios municipales de salud, gerentes de Entidades Promotoras de la Salud (EPS) y de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), y directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Por ejemplo: disminuir la relación entre pobreza estructural y coberturas de inmunización, introducir el enfoque de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en el Plan Obligatorio de Salud (POS), municipios saludables por la paz en los municipios excluidos, CARMEN en grandes ciudades, programas de control de malaria, tuberculosis y lepra en poblaciones vulnerables, etc.
- Asesorar la elaboración de planes de desarrollo de recursos humanos en los niveles departamentales con participación de los nuevos actores.
- Construir un banco de proyectos municipales y propiciar el liderazgo de la Primera Dama, con el propósito de buscar financiamiento para intervenciones locales en municipios y comunidades excluidas.
- El incremento del desplazamiento de población a causa de la violencia ha incrementado las inequidades en el acceso a los servicios de salud. Por ley, la respuesta del Gobierno a esta población sobrepasa la oferta existente en el POS del régimen subsidiado, y se ha creado así un régimen paralelo, por lo que debe propiciarse la elaboración de un modelo cuya aplicación ayude a resolver este grave problema.
- Fomentar la cooperación técnica entre países, sobre todo en las fronteras, con el pro-

pósito de disminuir inequidades en salud, e intercambiar experiencias de estrategias de reforma que hayan ayudado a disminuir las diferencias.

- Divulgar resultados de intervenciones locales, departamentales y nacionales, que reduzcan las inequidades.

#### REFERENCIAS

1. Universidad Central de Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Perfiles de mortalidad según condiciones de vida: experiencia en Venezuela. *Boletín Epidemiológico* 1993;14(3):11-14.
2. Departamento Autónomo Nacional de Estadística, Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de vida y salud en Colombia. Informe Preliminar. Santa Fe de Bogotá, 1998.
3. Departamento Autónomo Nacional de Estadística, Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad según condiciones de vida en Colombia. Jornada Colombiana de Epidemiología, Santa Fe de Bogotá, 1998.
4. Ludewig C, Finizola B, B Gil M, Rivera E, Ugel E, Zeeman P. Propuesta para el análisis de la situación según condiciones de vida de la población para el apoyo a la gestión en niveles locales. IV Reunión Científica Nacional de Epidemiología, San Cristóbal, Venezuela, 1994.
5. Méndez Castellanos H, Paez J. Las circunstancias de enfermarse y morir en Caracas. Estudio sobre mortalidad diferencial en el área metropolitana de Caracas. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría* 1998;61(1):16-26.
6. Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Dirección de Oncología. Epidemiología y la prevención del cáncer uterino. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; 1991. (Informe fotocopiado).
7. Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. *Políticas de salud en Venezuela*. Caracas: Editorial Gráficas, Chemar; 1992.
8. Guerrero R. La violencia como problema de salud pública en la Región de las Américas. El caso Colombia. En: Memorias de la Conferencia Prevención de la violencia: una oportunidad para los medios de comunicación. 1998. pp. 41-49.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Municipios saludables: una estrategia de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud en el contexto local*. Washington, DC: OPS; 1992.
10. Mann E. Medicine and public health ethics and human rights. *Hasting Center Report* 1997;27(3):6-13.
11. Kadet E, Tasca R. *Promover la equidad, un nuevo enfoque desde el sector salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Serie Salud en el Desarrollo).
12. Colombia, Instituto Distrital de Cultura y Turismo, Secretaría Distrital de Salud. Impacto de la restricción para venta y uso de pólvora en Santafé de Bogotá. *El Observatorio de Cultura Urbana* 1997;1(3):1-8.
13. Acero H, Martínez H, Suárez GI, Hernández W. Prevención de lesiones de causas externas en Santafé de Bogotá. *Boletín CRNV* 1996;17(Dic):61-62.
14. Lalonde M. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En: Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: OPS; 1996. (Publicación Científica 557).
15. Costagliola A. Factores de riesgo del embarazo precoz en el Municipio Zamora del Estado Falcón, Venezuela [tesis de grado]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 1995.
16. Mandl J, Toba M, eds. Tomo II: Red Venezolana de Municipios hacia la Salud. En: *Municipios hacia la salud: la experiencia venezolana*. Caracas: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; 1999.
17. Restrepo H, ed. *Experiencias de municipios saludables por la paz, Colombia*. Santa Fe de Bogotá: Trazo Digital Ltda.; 1999.
18. Málaga H.. Perspectivas de la epidemiología en la reforma de la seguridad social. *Revista de Salud Pública* 1999;1(2):128 B,136 pp.