

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA VIABILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA
ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CONTEXTOS DE POBREZA

Jorge Andrés Colmenares Molina

Director:

Beethoven Herrera.

Universidad Nacional De Colombia

Facultad De Ciencias Económicas.

2011

ÍNDICE

1. Agradecimientos.....	Pág. 3
2. Resumen.....	Pág. 4
3. Introducción.....	Pág. 4
4. Justificación.....	Pág. 9
5. Objetivos general, específicos e hipótesis.....	Pág.15
6. Capítulo 1: La investigación cualitativa: Definición funcionamiento y relación con la economía....	Pág.16
7. Capítulo 2. Análisis cuantitativo y cualitativo de 3 programas de prevención de la enfermedad y pro- moción de la salud en la localidad de Engativá..	Pág.28
8. Capítulo 3. Tres contradicciones.....	Pág.38
9. Recomendaciones.....	Pág.49
10. Conclusiones.....	Pág.50
11. Bibliografía.....	Pág.51

Agradecimientos:

A la dirección de Beethoven Herrera que permitió culminar este trozo de camino andado en mi vida.

A la crítica ejercida por Dexy Arévalo, Andrea Cárdenas y Óscar Rodríguez, que le ha dado la dignidad a esta tesis para ser un texto de consulta.

A quienes ojearon estas páginas para darle su forma final y aclararlas, estando junto a mí en las transcripciones, en la corrección y en general durante esta ruta que ha sido la maestría en ciencias económicas: Andrés Romero y Laura Jordán.

A quien ha contribuido aclarando dudas sobre el origen de algunos de los conceptos empleados aquí y me aportó scaneando textos que enriquecieron los argumentos de esta tesis: Liliana Henao.

Y al siempre impulso brindado en primera instancia por mi familia, y al "*aquí vamos de nuevo*", regalado por las 1280 Almas.

"Gracias, a quien me ha dado una flor y algún suspiro, pues allanó con su fragancia mi camino... gracias, a quien me ha dado sufrimiento a manos llenas y me ha enseñado que la pena es una escuela, entre el llanto y la locura, la ilusión y la cordura. A todos gracias, por la aventura de escalar acompañado, cada barrera que la ruta me ha marcado, pues yo solo soy, la suma de todo lo que he pasado". Gilberto Santa-rosa

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA VIABILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, EN CONTEXTOS DE POBREZA

Resumen:

“Análisis Cualitativo de la viabilidad de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, en contextos de pobreza”, es una investigación realizada en la Unidad Primaria D Atención Emaus, ubicada en la localidad de Engativá, distrito capital Bogotá, que emplea los métodos cualitativos y cuantitativos de forma complementaria, para demostrar que tres programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, (nutrición, salud oral y salud sexual y reproductiva), implican un gasto elevado para los hogares que asisten a las capacitaciones brindadas por estos programas. En consecuencia, tales programas no conseguirían el objetivo para el que fueron formulados, de acuerdo con las conclusiones emanadas de este estudio. Basándose en los resultados obtenidos, se empleó el materialismo dialéctico para dirigir una crítica a las nociones neoclásicas que sustentan tales programas que son aceptadas en primera instancia en este trabajo para posteriormente señalar sus contradicciones y limitaciones.

Abstract:

“Qualitative analysis of the viability of the programs of prevention of the disease and promotion of the health, in poverty contexts”, is an investigation realised in Primary Unit D Emaus Attention, located in the locality of Engativá, capital district Bogota, that uses the qualitative and quantitative methods of complementary form, to demonstrate that three programs of prevention of the disease and promotion of the health, (nutrition, oral health and sexual and reproductive health), imply a cost lifted for the homes that attend the qualifications offered by these programs. Consequently, such programs would not secure the objective for which they were formulated, in agreement with the emanated conclusions of this study. Being based on the obtained results, the dialectic materialism was used to direct a critic to the neoclassic slight knowledge that sustain such programs that are accepted in first instance in this work later to indicate to their contradictions and limitations.

Introducción

El presente trabajo corresponde a una segunda versión del original nacida de un conjunto de recomendaciones realizadas por los tres jurados que participaron en la sustentación del mismo el día siete de junio de 2011. Considerando que el propósito de escribir una tesis de maestría es ponerla en manos de un conjunto de lectores, contar con esta segunda opción para reforzar la argumentación exhibida en estas páginas, no sólo constituye una oportunidad para ajustar aquello que estaba simplemente esbozado, sino que también ha permitido que como efecto de una crítica rigurosa, yo haya consolidado la investigación que me propuse desarrollar.

La primera sugerencia que he acatado es la de dar cuenta puntual del contenido de las páginas que siguen a continuación.

Esta es una investigación de nivel micro económico, aplicada en un contexto específico: la Unidad Primaria de Atención Emaus, ubicada en la localidad de Engativá Bogotá. Al ser

definida en estos términos, debe asumirse como un corte sincrónico de caso en una fecha específica, (enero de 2011), que no se remite a hechos históricos, si no que describe el presente en un contexto delimitado.

En dicho lugar, fueron encuestadas noventa personas representantes de igual número de hogares, que asistieron durante el segundo semestre de 2010, a los talleres pertenecientes a tres programas que componen el Plan de Intervenciones Colectivas: nutrición, salud oral y salud sexual y reproductiva. El propósito de la encuesta era indagar sobre el gasto que estos hogares realizan para adquirir una serie de bienes útiles para la preservación de la salud.

Los tres programas elegidos son los que explícitamente promueven el consumo de bienes útiles para la preservación de la salud, razón por la que fueron seleccionados para esta investigación.

Posteriormente seleccioné a nueve de las personas encuestadas para aplicarles una entrevista que verificaba lo consignado en la encuesta y que aportó información cualitativa que complementó los resultados cuantitativos obtenidos en este proceso.

En el plano teórico y conceptual, he asumido las nociones neoclásicas, comenzando por la definición de economía propuesta por Robinson¹: *“la economía es la ciencia que estudia el comportamiento humano como relación entre fines (clasificables según su importancia) y medios escasos aplicables a usos alternativos”*, y continuando con conceptos como costo-beneficio, autonomía, bienes y haciendo hincapié en el traslado que de la noción de *homo economicus* se ha hecho a la salud, pues se considera que las personas cuidarán de su salud partiendo de lo razonable que resulta permanecer sanas.

Al emplear estas nociones he podido señalar, que al menos en el caso estudiado, al asumir los planteamientos neoclásicos, los tres programas analizados resultan inviables respecto a los objetivos para los que fueron concebidos. De este modo, en un segundo nivel teórico conceptual, he utilizado el materialismo dialéctico para evidenciar la contradicción presente en los planteamientos neoclásicos aplicados a la salud.

En cuanto a la formulación de la hipótesis que ha orientado este trabajo, debo señalar que su origen se liga con un conjunto de vivencias de índole personal, a saber: desde los días en que me desempeñaba como referente de gestión local (septiembre de 2005 a septiembre de 2006), en el hospital de Usme en el distrito capital de Bogotá, tuve una intuición según la cual, los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la

¹ Citado por Vignolo, P. Del mercado al supermercado: Reflexiones sobre el surgimiento, el apogeo y la decadencia de una metáfora cosmológica de la teoría económica. En: O. Restrepo & J. Amaya. Ciencia y representación. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1999.

salud, en adelante programas PyP, no lograban tener incidencia sobre la realidad que pretendían modificar.

Esta circunstancia se debía, según esa misma intuición, a que los programas de P Y P le proponían a quienes participaban en ellos, adquirir un conjunto de bienes necesarios para la preservación de la salud, que para ser obtenidos representaban un gasto diferenciado de la canasta familiar que comúnmente compran los hogares ubicados en contextos de pobreza.

Por supuesto, adquirir esta canasta extra, distinta de la denominada canasta familiar que adquiere por costumbre un hogar que habita en un contexto de pobreza cualquiera, la cual podría denominarse *Canasta de Bienes para Conservar la Salud* (CBCS), implica un gasto adicional que asumiría una familia a partir de un momento determinado, si se supone que las prácticas saludables no existían en ella antes de su vinculación con las actividades de prevención de P Y P, adelantadas por los hospitales locales en Bogotá.

Existe una profunda contradicción entre los supuestos que sirven de base a los programas de P y P. Por un lado se plantea que en los hogares ya están presentes los hábitos de comportamiento saludable y el objetivo de la intervención es el de reforzar los mismos; sin embargo los profesionales encargados de la formulación y aplicación de los talleres asumen que las prácticas saludables no están presentes en los hogares que son convocados a estos, y que tal consideración es fundamental para justificar la necesidad de realizar tales talleres, pues de existir prácticas saludables incorporadas en la cultura de tales hogares, la puesta en marcha de estos programas carecería de sentido. Es de resaltar que aun cuando contradictorios, los anteriores postulados tienen algo en común y es el olvido respecto a que la puesta en práctica de hábitos de vida saludables no depende únicamente del deseo de cada hogar o del conocimiento o desconocimiento de tales prácticas sino también de las posibilidades económicas que hagan posible la adopción de tales comportamientos en la vida cotidiana.

El caso de Japón que cuenta con el gasto en salud más bajo de la OCDE², es un buen ejemplo de cómo una cultura que contiene prácticas saludables, combinada con un alto poder adquisitivo de sus habitantes, disminuye el gasto en salud de un país. Este no es el caso de la población objeto de este estudio, que en sus prácticas nutricionales, orales y de salud sexual y reproductivas, no realiza acciones adecuadas para la conservación de la salud o la prevención de la enfermedad, no necesariamente porque en su cultura estos hábitos no estén presentes o sean de difícil asimilación sino por la relación dialéctica entre cultura y poder adquisitivo en un contexto de pobreza.

² HURST, J. y Jeong, H. **An assessment of the performance of the Japanese health care system.** OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers. No. 56. OECD Publishing (2001) **Constitución Política de Colombia.** Capítulo 5. Artículo 95. Página 59 versión en Sistema Braille.

Anticipando las conclusiones de este estudio, en efecto los hogares gastan un total de 350.000 pesos mensuales en atender las sugerencias de los programas de nutrición, salud oral, y salud sexual y reproductiva, según los resultados arrojados por esta investigación. esta cantidad de dinero que corresponde a una proporción muy elevada de los ingresos de estos hogares, hacen que las recomendaciones hechas por los tres programas de PyP considerados para este estudio, no sean puestas en marcha parcialmente o en su totalidad, lo cual significa que, al menos en el caso analizado, no se cumple el ejercicio óptimo de aplicación de las prácticas saludables que desearían quienes trabajan en la realización de los talleres que abordan los temas vinculados con los programas ya mencionados.

Considerando otros aspectos personales, también han incidido sobre esta investigación mi origen profesional y los objetivos que perseguí en el momento en el que decidí realizar la Maestría en Ciencias Económicas.

En cuanto a mis apreciaciones e intuiciones obtenidas entre el año 2005 y el año 2006, siendo funcionario de Salud Pública, debo señalar que mi sensación era que, a pesar de la cantidad de dinero, tiempo y recursos humanos que se destinaba en los hospitales locales a la ejecución de las actividades formuladas en los programas de P Y P, el impacto esperado no se manifestaba ni en la vida cotidiana de los habitantes de las diferentes localidades que componen el Distrito Capital, ni en los diagnósticos locales efectuados cada año.

Mi sospecha consistía en que los beneficiarios de estos programas eran capacitados para emplear ciertos bienes que no conseguían adquirir con sus ingresos. He emprendido esta investigación para confirmar o rechazar tal afirmación.

Respecto a mis orígenes profesionales y a los objetivos perseguidos al estudiar una Maestría en Ciencias Económicas, debo señalar que como Antropólogo consideré en un principio que era necesario para las ciencias sociales y humanas imitar el proceso de conceptualización y matematización vivido por la economía y deseé estudiar esta disciplina con el fin de formarme en el manejo de los métodos cuantitativos y de adquirir un mayor rigor científico, así como niveles más elevados de objetividad.

Sin embargo, durante el transcurso de la Maestría, encontré cómo los métodos cuantitativos pueden resultar siendo tan subjetivos como una técnica cualitativa a la vez que me percaté de cómo en ocasiones en nombre de la matematización de las relaciones económicas, se incurre en simplificaciones excesivas.

Por esta razón los estudios relacionados con los modelos macro y microeconómicos, las herramientas de la econometría y en general el uso de los métodos cuantitativos en economía que yo había venido a buscar a la Maestría, además de resolver mi preocupación inicial por aprender formas más precisas y claras para investigar, indicaron

también la importancia de la investigación cualitativa y su aplicación en esta disciplina, especialmente durante el siglo XIX.

Habiendo indicado estos aspectos personales, señalaré ahora que la presente investigación se compone de tres capítulos vinculados estrechamente de forma lineal, de modo que la investigación propiamente dicha, expuesta en el Capítulo 2, necesita de la explicación de los métodos cualitativos realizada en el Capítulo 1 y se complementa con la discusión desarrollada en el capítulo 3.

En consecuencia, el primer capítulo corresponde a la presentación de los aspectos metodológicos de la investigación, aunque en él también se han incorporado elementos epistemológicos que componen una parte de los fundamentos teóricos de este trabajo.

El primer capítulo tiene a su vez, tres partes que lo conforman: para comenzar explicaré en qué consiste la investigación cualitativa; en segundo lugar, señalaré la relación que la economía, especialmente la economía clásica, ha tenido con los métodos cualitativos; y finalmente argumentaré la pertinencia de emplear métodos cualitativos para llevar a cabo investigaciones económicas.

El segundo capítulo comienza por explicar la concepción de la entrevista utilizada en el caso concreto de este estudio complementada con una observación etnográfica que sirve para contextualizar el proceso de investigación efectuado. A continuación, incluí un texto que contiene las respuestas dadas por los entrevistados durante la investigación, pues de este modo se exhibe de forma más eficiente la información cualitativa obtenida haciéndola más asimilable para el lector.

Finalmente en el tercer capítulo adelantaré una discusión sustentada en los hallazgos obtenidos en la investigación, que confrontará a la posición que avala el acceso a la salud desde un punto de vista económico, con la que acepta a los derechos como la alternativa que les permite acceder a la salud a quienes son beneficiados por los programas tratados en este estudio.

En este capítulo se incluyen además las recomendaciones surgidas de la ejecución de este proceso y las conclusiones generales.

Respecto a las conclusiones, estas estarán agrupadas en dos bloques: el primero concerniente a la investigación efectuada y el segundo relacionado con la validez de los métodos cualitativos en economía.

De esta forma queda configurada una investigación con la que espero generar polémica tanto entre quienes practican y enseñan la investigación económica, como entre quienes tienen a cargo el estudio, la ejecución o son beneficiarios de los programas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud en Bogotá o en cualquier otro lugar.

Justificación

Si bien el propósito fundamental de esta investigación es identificar si los usuarios de los programas de nutrición, salud oral y salud sexual y reproductiva invierten en la adquisición de los bienes que tales programas les proponen consumir, también se ha incluido en ella una preocupación metodológica relacionada con el uso de la investigación cualitativa en economía.

En este sentido, los argumentos que justifican la realización de este trabajo, se dividen en dos grupos: los relacionados con la circunstancia que se genera entre los tres programas pertenecientes al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y sus usuarios, y por otra parte, los relacionados con el uso de la investigación cualitativa, con el fin de visibilizar el modo como se atienden las recomendaciones de los tres programas de PyP abordados, que no se expresa en los informes y evaluaciones anuales que se realizan sobre la operación del PIC.

Respecto al primer grupo de argumentos, en el año 2006, durante la administración del alcalde Luis Eduardo Garzón, el distrito capital invertía en lo que por aquel entonces se llamaba PAB (Plan de Atención Básica), 66.000 millones de pesos anuales³, que se distribuían entre las veinte localidades en las que se divide la ciudad. Este plan fue rebautizado a partir de la administración del alcalde Samuel Moreno 2008 - 2011, como PIC (Planes de Intervenciones Colectivas), en el cual se encuentran incluidos los programas de P Y P con los que se relaciona esta investigación. En el 2011 la cantidad de dinero invertido en el PIC se ha reducido a 57.000 millones de pesos⁴.

Esta cantidad de dinero ha sido distribuida en los hospitales del distrito capital, asignándoles en promedio una cuantía de 4.500 millones de pesos, con los cuales estas instituciones realizan todas las acciones ligadas en la actualidad al PIC.

Entre estas acciones se encuentran los programas que promueven una nutrición adecuada, prácticas orales y sexuales saludables. Tales acciones se denominan *transversalidades*, pues los talleres que se realizan para difundir sus recomendaciones y prácticas, se llevan a cabo en los llamados Ámbitos de Vida Cotidiana: colegios, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), comunidades, empresas no formales y hogares.

³ Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos PAB, 2006. Bogotá.

⁴ Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos PIC, 2011. Bogotá.

Es precisamente en estos hogares, representados por quienes asistieron a los talleres realizados en la UPA Emaus, el objeto de esta investigación.

En principio, las acciones de PyP, han sido financiadas por el Estado colombiano para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad en zonas empobrecidas. Pero la forma como se han concebido estos programas, en los que se le encomienda al sujeto hacerse responsable de su propia salud una vez ha sido capacitado para comprender cuáles son los hábitos saludables que debe asumir o conservar (si es que ya los ha adoptado), ocasiona que los hogares optimicen el gasto de sus ingresos, priorizando la adquisición de los bienes que consideren más fundamentales, que no necesariamente corresponden a los sugeridos por los programas de nutrición, salud oral y salud sexual y reproductiva.

De ahí que los tres programas elegidos para este estudio, probablemente no generen el impacto deseado, pues los hogares o no adquieren los bienes necesarios para preservar la salud en su totalidad, o adquieren esta canasta de bienes parcialmente, que en todo caso no constituye la condición óptima que demanda la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Esta preocupación por la capacidad de los hogares para hacerse cargo de la salud de sus integrantes ha sido explorada en el Estado de Massachusetts, Estados Unidos, pero relacionada con el pago del aseguramiento:

Para acceder a protección en salud en los Estados Unidos, es necesario decidir vincularse a los servicios y garantías ofrecidos por un seguro privado. En esta condición el sistema resulta costoso y un gran número de personas evita asumir el gasto de afiliarse a un seguro, estando dispuestos a pagar de su bolsillo las emergencias médicas que se les presenten. Respecto a lo costoso del sistema, Estados Unidos cuenta con el sistema de salud más oneroso del mundo seguido por Suiza y Noruega.⁵

En el año 2005, 43 millones de personas no se encontraban afiliadas a ningún seguro, cantidad que era igual a la de personas afiliadas. En el plano familiar, una persona costaba, en el mismo año, un promedio de 6.000 dólares anuales en cuotas mensuales, que no incluían la cuota Premium, es decir el pago que se efectúa por afiliarse por primera vez a un seguro de salud. De esta manera, una familia de 4 miembros gastaba más de 24.000 dólares al año únicamente en salud. Al respecto resultan muy ilustrativas las palabras pronunciadas por el economista Paul Romer en una entrevista: “Si se preguntara a la gente cuál sería el negocio más valorado en los próximos años, creo que la mayoría diría la salud. Una vez que usted tiene un piso de 500 metros cuadrados, no es de utilidad tener una cama más, una casa grande, un coche más rápido. Nos interesa más vivir una vida activa durante más tiempo”⁶.

⁵ Bibee, A. y Padrini, F., **Ibíd.**

⁶ Garayoa, J. A. y Sandri, P. **Paul Romer.** Tomado de Relieves Braille 5 de Agosto de 2005. No. 902. Tomado de La Vanguardia.

Agrega Romer que a las generaciones futuras les importará mucho el hecho de estar sanos, no sólo con tecnología y con fármacos sino también con ideas. Pero en oposición al interés que Romer afirma que suscitará el consumo de bienes y servicios relacionados con la salud en el futuro, aunque su supuesto es la tenencia de un apartamento de 500 metros cuadrados, considérense ahora las razones principales que animan a las personas a no afiliarse a un seguro médico en los Estados Unidos:

1. Se evita afiliarse a los jóvenes y a los niños, asumiendo que son saludables y que, en caso de presentar algún tipo de emergencia, esta será costeadada directamente.
2. Las personas no cuentan con el dinero suficiente para pagar un seguro médico.
3. El aumento del desempleo.

Además deben sumarse dos reflexiones: la cuota Premium tiene un precio en promedio de 1.500 dólares por persona y, es muy frecuente que se empleen terapias más baratas pero menos eficaces que implican repetir el tratamiento varias veces en vez de emplearse una terapia más costosa pero eficaz que se aplique en pocas ocasiones.^{7 8 9}

En este sentido, debo afirmar contundentemente que esta investigación, al no analizar el problema del aseguramiento sino la relación de los hogares con tres programas de PyP, en términos microeconómicos, constituye una forma de abordaje que según la revisión que he efectuado, corresponde a un modo de cuestionar una parte del sistema de salud que no tiene antecedentes. Sin embargo, el análisis enfocado hacia los hogares de los Estados Unidos y las razones por las cuales los sujetos deciden no afiliarse a un seguro en ese país, han representado un ejemplo que guía el rumbo de esta investigación, aunque apunte a tres programas que se brindan de manera gratuita y que a pesar de ello, animan a sus participantes a consumir una serie de bienes.

⁷ Baum, N. y Dorr, S. **Define "affordable"**. The Hastings Center Report. Sept-Oct 2006; 36,5; Proquest Nursing & Allied Health Source. Pg. 22

⁸ Honig, J. et al. **Essential health care: affordable for all**. Nursing Economics. Sept – Oct. 2004; 22, 5. ProQuest Nursing and Allied Health Source. Pg. 239

⁹ **Bott, M. Care planning efficiency for nursing facilities** Nursing Economics: March-April 2007. Vol. 5, No. 2. Pg. 85

En cuanto al segundo grupo de argumentos, con frecuencia, durante la realización de este trabajo, correspondiente a mi tesis de grado para optar al título de Magister en Ciencias Económicas, me pregunté acerca de la pertinencia de efectuar un análisis cualitativo respecto de un tema como es el análisis de tres programas de PyP, que se aplican en el distrito capital, distanciándome de las enseñanzas recibidas durante mi formación, ligadas a la Econometría, o los modelos matemáticos dirigidos al abordaje de la Macro y la Microeconomía; asumiendo en cambio procedimientos como el análisis de entrevistas, la contextualización y la reflexión teórica, procedimientos que se encuentran más próximos a la antropología o la sociología que a la economía.

Siento la necesidad de comenzar justificando por qué he incurrido en este aparente distanciamiento y para ello expondré a continuación el vínculo existente entre los métodos cualitativos y la economía; la importancia de criticar los tres programas ya citados, desde el punto de vista de la viabilidad económica en contextos de pobreza y, de acuerdo con el método y al contexto, resumir la estructura de la investigación desarrollada.

Respecto al interés por los métodos cualitativos relacionados con la economía, debo señalar que además de tratarse de una preocupación influenciada por mi formación previa como Antropólogo, se trata de una búsqueda para recuperar algunos de los modos y procedimientos que emplearon economistas clásicos como Adam Smith, Karl Marx o John M. Keynes, para abordar el estudio de la economía, y que en la actualidad se han restringido y casi desechado a favor de la matematización del estudio de las relaciones económicas¹⁰.

En la actualidad el papel asignado a la investigación cualitativa en economía está principalmente dirigido hacia el estudio de mercados, indagando sobre la percepción de los consumidores respecto de un producto determinado o sobre las decisiones adoptadas por los individuos en momentos de crisis o como reacciones concretas ante los cambios presentados por una variable específica.

En este tipo de investigaciones se emplean particularmente los elementos aportados por la Psicología a la comprensión de la conducta humana o se profundiza en la incidencia que tiene la cultura sobre la economía. Sin embargo, el papel que puede desempeñar la investigación cualitativa en el estudio de las relaciones económicas, es mucho más crucial.

En primer lugar no debe pensarse a la investigación cuantitativa como superior en validez u objetividad a la cualitativa, ni viceversa. Deben asumirse como metodologías complementarias, más exactamente unidas en contradicción dialéctica, que permiten dar una visión más precisa de aquello que llamamos realidad.

¹⁰ Tejeiro C. Representación geométrica y matemática en economía. En: O. Restrepo & J. Amaya. Ciencia y representación. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1999. p. 120-128

Parte de esta complementariedad entre metodologías consiste en que una puede servir como comprobación de la otra. Por ejemplo, si se afirma que el desempleo nacional corresponde al 5% y al hacer un recorrido por las calles se observa un aumento de la miseria y la inseguridad, es natural que esta percepción subjetiva genere una duda sobre la cifra de desempleo publicada o sobre la manera como se está midiendo el desempleo. De igual manera, si alguien afirma que el desempleo ha aumentado porque se ha percatado de la presencia de mayor miseria e inseguridad en las calles, es necesario someter tales afirmaciones a la medición cuantitativa para descartar un juicio subjetivo basado exclusivamente en la percepción, que podría ser errado.

Pasando del asunto metodológico al tema específico de este trabajo, en los tres programas de PyP seleccionados, sucede un caso concreto donde lo cuantitativo y lo cualitativo entran en discrepancia.

Hasta principios de los años 1990, la mayoría de países contaba con amplios sistemas públicos de atención en salud, que en ocasiones brindaban atención gratuita y se encontraban operando con nóminas permanentes conformadas por trabajadores contratados por el Estado.

Este modo de concepción de los sistemas de salud, implicaba un nivel de costos que se cargaba sobre las finanzas de los estados, que fue reducido a partir de la última década del siglo XX en la mayoría de los países, aunque en algunos como los Estados Unidos, Inglaterra o Chile, este proceso de reducción de costos se había iniciado con anterioridad.

Dicho proceso dirigido a aliviar la carga financiera de los Estados consistió en la conversión de los hospitales públicos en empresas semiprivadas que en adelante deberían competir en el mercado de los servicios de salud, con el fin de atraer usuarios que consumieran la oferta hecha por el hospital. Sin embargo, como los estados han adquirido una serie de obligaciones jurídicas con sus ciudadanos en cuanto a garantizar su bienestar se refiere, los hospitales antiguamente públicos y ahora semiprivados, tienen la opción de ser contratados por el Estado para efectuar los programas que pretenden prevenir la enfermedad y promocionar los hábitos que contribuyen a conservar la salud.

La inversión en estos programas, que en el año 2006 equivalía en el distrito a \$5.500 millones de pesos en promedio por hospital local, para un total de \$66.000 millones de pesos por año, se emplea en la ejecución de procesos educativos, realización de seguimientos a casos específicos, controles ambientales, vigilancia epidemiológica y jornadas de vacunación. Todo lo anterior se efectúa bajo la orientación de criterios de focalización, donde cada uno de los programas cubre a una población muy específica que presenta riesgos o necesidades determinadas sobre las que debe capacitarse para afrontarlas. De esta manera, una mujer gestante, una persona con discapacidad o un niño con desnutrición, asisten a talleres donde se les indica cómo afrontar su situación y, una vez se ha educado al sujeto, se espera que su condición particular mejore.

Más, una consecuencia directa de considerar que las capacitaciones generan por sí mismas los cambios que previenen las enfermedades y preservan la salud, consiste en que la responsabilidad del descenso de las tasas de mortalidad y morbilidad, recae sobre los individuos. Como los individuos beneficiados por estos programas se ubican en contextos de pobreza y el cumplimiento de las instrucciones dadas por tales programas demanda la compra de elementos tales como cepillos de dientes, alimentos que contribuyan a una nutrición balanceada, preservativos, fármacos anticonceptivos o la adquisición de implementos de protección contra los riesgos presentes en el trabajo, y los beneficiarios de estos programas poseen bajos ingresos, la compra de los implementos sugeridos por las capacitaciones representan una canasta de bienes que se suma al consumo familiar habitual.

Si se revisa la cobertura alcanzada por los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud desde el 2005 hasta el 2011, sumatoria que he elaborado con base en mi experiencia pues no existen análisis de cobertura relacionados con el PAB o con el PIC, encontramos que sumando las personas que participaron en todos los programas formulados, hallamos un promedio de 30.000 individuos al año por localidad y sin embargo, el impacto sobre las tasas de morbilidad y de mortalidad no resulta relevante.

¿Qué está sucediendo entonces con estos programas que fueron diseñados para reducir costos pero que al no conseguir su objetivo de prevenir las enfermedades y mantener la salud ya existente hacen que la cantidad de usuarios de los servicios asistenciales de salud permanezca constante?

La respuesta que puede dársele a esta pregunta es la hipótesis que ha orientado la presente investigación y que se presentará más adelante.

Sin embargo puedo anticipar que para verificar la validez o falsedad de esta hipótesis, no basta con cuantificar la cobertura de estos programas, encuestando a los usuarios para medir sus ingresos, evaluando su percepción acerca de las capacitaciones recibidas o identificando en qué porcentaje obedecieron las indicaciones recibidas. Es necesario además, describir las relaciones económicas que operan en torno a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, tanto en su nivel macro como micro y vitalizar los métodos de investigación cualitativa en economía.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estudiar de forma complementaria, cuantitativa y cualitativamente, las relaciones microeconómicas dadas entre los programas de nutrición, salud oral y salud sexual y reproductiva, con sus beneficiarios en un contexto de pobreza: la UPA Emaus, ubicada en la localidad de Engativá Bogotá.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comprender la relación histórica y actual de la investigación cualitativa con la economía, con el fin de emplear los conocimientos adquiridos en la presente investigación.
2. Recopilar información cuantitativa que al ser complementada con datos cualitativos, permita comprender las decisiones adoptadas por los beneficiarios de los programas de nutrición, salud oral y salud sexual y reproductiva, con el fin de comprender las relaciones microeconómicas que impulsan tales decisiones que podrían afectar la posibilidad de alcanzar las metas trazadas por parte de dichos programas.
3. Debatir respecto de la aplicación de los tres programas seleccionados y determinar futuros alcances de esta investigación.

Hipótesis

Al descargar sobre los sujetos la responsabilidad de prevenir las enfermedades y de mantener su propia salud, dotándolos para ello con conocimientos sobre los diferentes temas implicados en esta meta, los tres programas de PyP analizados en esta investigación, adicionan sobre los ingresos bajos de los hogares que se desenvuelven en condiciones de pobreza y participan en estas capacitaciones, costos extra que no asumen, pues estos dan prioridad a los gastos más indispensables o simplemente al consumo de bienes a los que se han habituado.

CAPÍTULO 1

LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: DEFINICIÓN, FUNCIONAMIENTO Y RELACIÓN CON LA ECONOMÍA

¿Qué es la investigación cualitativa?

Al abordar el tema de la investigación cualitativa suele tenerse como un referente destacado a la etnografía: método que la antropología desarrolló para acercarse a las sociedades que en el siglo XIX eran consideradas como salvajes o bárbaras. En la aplicación de este método, se apela principalmente a la descripción de los acontecimientos y de las características de quienes participan en ellos, apoyándose en entrevistas, encuestas, cámaras de video o textos escritos. Sin embargo en la actualidad la etnografía ha ampliado su horizonte y en consecuencia el método etnográfico ha variado respecto a sus orígenes.

Para comprender esta variación, considérese la siguiente cita tomada de la presentación del libro “Etnografías Contemporáneas”, donde se expone un conjunto de investigaciones tan heterogéneas que requirieron de la justificación que se incluye a continuación:

“Durante los último años en Colombia la antropología ha examinado situaciones y contextos diversos, alejados del exotismo propio de las etnografías clásicas, en donde el antropólogo se internaba en la selva tras la búsqueda de un Otro que no pertenecía a su propia sociedad. Entre la heterogeneidad y los nuevos acercamientos, los artículos de antropólogas y antropólogos egresados de la Universidad Nacional de Colombia y de la Universidad de los Andes, presentados en este libro, despliegan una gran variedad de fuentes que desbordan los límites convencionales del análisis antropológico, sin dejar de lado la observación participante y las entrevistas como elementos fundamentales de análisis. Hallamos así historias y textos clínicos; filmes; revistas; canciones; novelas; artículos de prensa; discursos gubernamentales; páginas electrónicas; catálogos de diseño de modas y expedientes institucionales; los cuales son asumidos como relatos culturales que evidencian formas de pensar y de actuar en el mundo social contemporáneo y que dan cuenta de la cotidianidad referida, no solamente a los objetos y sujetos de estudio, sino también a la de quien realiza la investigación.

El hecho de mirar aspectos de la propia cotidianidad, cuestiona lo obvio, crea nuevas ficciones etnográficas, formas de escritura en que se incluye reflexividad, intertextualidad, cambios en las metodologías y en las preguntas de investigación. Se exploran diversos terrenos que contemplan otros ámbitos de la indagación antropológica, que van más allá de un espacio geográfico y de la descripción de particularidades culturales, donde la búsqueda de lo puro, lo genuino, lo prístino, lo diferente, fue, durante mucho tiempo, el ideal académico de la disciplina. Estas propuestas se adscriben a nuevas perspectivas antropológicas que entienden la etnografía en un sentido más

amplio, que rebasa la observación objetiva del comportamiento humano existente, en donde la realidad es descrita por medio de la observación empírica de los fenómenos sociales”¹¹.

En la etnografía, quien investiga, es un sujeto que al ser igual a su objeto de estudio, es decir otros sujetos como él, incurre permanentemente en apreciaciones que son el resultado de su historia personal, y por tanto a pesar de la intención de objetividad que fundó el método etnográfico, la subjetividad aparece como una de las debilidades de la investigación cualitativa.

Esos objetos que se convierten en materia de estudio de la etnografía y en general de la investigación cualitativa, al ser parte integrante del mundo que nos rodea, poseen un conjunto de cualidades que los caracterizan y que requieren del lenguaje para ser nombradas y clasificadas. Existe además la opción de cuantificar tales objetos y para ello la manera más elemental de hacerlo es contándolos, midiéndolos o fraccionándolos.

Sin embargo, los procesos de conocimiento cualitativo y los procesos de análisis cuantitativo se encuentran tan estrechamente emparentados entre sí que en la mayoría de lenguas de origen indoeuropeo la palabra contar sirve tanto como sinónimo de relatar (“voy a contar un cuento”), como para señalar un número de objetos (“voy a contar: uno, dos tres, cuatro...”)

“Observemos, por ejemplo, el parentesco de la pareja de verbos que en algunas lenguas europeas designan la enumeración y el relato: *compter – raconter* (francés); *contare – raccontare* (italiano); *contar – contar* (español y portugués); *comptar – contar* (catalán); *zählen – erzählen* (alemán), y si bien el inglés utiliza hoy la palabra *tale* para designar un relato, el término *teller* se aplica tanto al narrador como a un cajero de banco. No es sorprendente, pues, encontrar esta proximidad en lenguas indoeuropeas más antiguas. Así, en sánscrito, número, *sankhya*, significa etimológicamente una manera de decir las cosas. La palabra griega *logos*, que se aplica tanto a la cuenta como a la palabra o el relato, ha tomado sus diversas acepciones del antiguo significado del verbo *lego*: reunir, elegir, coger y, a partir de allí, contar, enumerar, numerar, y, luego, relatar, decir. Así mismo, el término griego *arithmos* designa tanto el número, en sentido aritmético, como el orden, el arreglo. Esta ambivalencia persistirá en el término latino *numerus* y sus derivados: el adjetivo *numerosus* significa numeroso y armonioso.”¹²

Los objetos que son de interés para la economía, presentan desde luego también estas facetas cualitativas y cuantitativas que pueden comprenderse mejor, enunciando de un modo sintético, una de las leyes de la Dialéctica presentada por Federico Engels: una acumulación de pequeños cambios cuantitativos genera un cambio cualitativo.¹³

¹¹ GÓNGORA, A. MARTÍNEZ, M. RODRÍGUEZ, M. & RIVERA, C. (editores). **Etnografías contemporáneas**. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. 1993.

¹² LÉVY, Tony. Del número a la palabra. El Correo de la UNESCO número 61 Marzo de 1993.

¹³ Engels, Federico. Dialéctica de la naturaleza. [Tomado de internet] <http://www.marxists.org/espanol/m-e/1870s/75dianatu.htm> [Consulta: Enero-13-2011]

Considérense dos ejemplos al respecto, uno sobre un fenómeno físico muy conocido y el otro vinculado con la economía que es la columna vertebral de este estudio.

Ejemplo 1: el agua puede hallarse en tres estados que se caracterizan por ser cualitativamente distintos: sólido, líquido y gaseoso. Lo que interviene para que el agua adquiera cualquiera de estos estados, son un par de factores que pueden medirse, es decir cuantificarse: la temperatura y presión atmosférica.

Si la temperatura desciende grado por grado, hasta alcanzar el punto cero de la escala, es decir, varía paulatinamente de modo cuantitativo, al llegar al punto cero hará que el agua que a 30°C era cálida y a 5°C era fría, en el paso de 1°C a 0°C, abandone las características propias de su estado líquido, como tomar la forma del recipiente que la contiene o la de generar ondas cuando un objeto cae en su interior, para hacerse sólida y mantener una forma más estable y dificultar la penetración de objetos. El agua cambia así de estado cualitativo por el efecto de pequeñas variaciones cuantitativas de la temperatura.

Ejemplo 2: en la última década China ha experimentado un crecimiento anual de su producto interno bruto de entre un 9% a un 10% anual, lo cual significa que durante la última década (la primera del siglo XXI) China habría duplicado el tamaño de su PIB.

Para algunos analistas económicos el crecimiento del PIB debería generar una mejora en las condiciones de vida de los habitantes del país y esto, que bien se puede verificar a través de diferentes mediciones se traduce en que el crecimiento económico chino le permite a ese estado aumentar su inversión en infraestructura, aparato militar, investigación científica o la prestación de servicios públicos.

Estas inversiones, al manifestarse en un cambio de apariencia concreto del país, son variaciones cuantitativas tangibles que es posible observar, captar a través de los sentidos de la percepción, que surgen de la acumulación cuantitativa de un 10% o un 9% anual de crecimiento del PIB.

Por supuesto, en el ejemplo anterior existe el supuesto económico según el cual el aumento del PIB genera cambios cualitativos en el país que experimenta aquel crecimiento, pero el mismo ejemplo se podría construir con una relación entre pasivos y activos, con la asignación presupuestal de un estado donde a mayor inversión cuantitativa, mayor modificación cualitativa en el sector que recibe más cantidad de dinero o en la relación del desempleo con la pobreza.

Una vez señalada la relación entre los aspectos cuantitativos y cualitativos presentes en todos los objetos, razón que justifica por tanto la necesidad de utilizar de forma complementaria las metodologías que averiguan sobre cada uno de estos aspectos, pasaré a mencionar algunas de las herramientas empleadas por la investigación cualitativa para llevar a cabo sus estudios.

En primer lugar se encuentra la etnografía ya descrita al comienzo de este capítulo: método desarrollado por la antropología para estudiar los grupos que a finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX se denominaban sociedades primitivas. Antes de la invención de la etnografía, los antropólogos permanecían estancias cortas junto al grupo estudiado durante las cuales aplicaban encuestas con las que pretendían conocer sus costumbres, prácticas, concepciones simbólicas y organización social. Sin embargo, estas encuestas eran traducidas del idioma del investigador a la lengua nativa, proceso en el que con mucha frecuencia, se trastocaba el sentido de la información obtenida, agregando a las fallas semánticas la subjetividad del investigador que en muchas ocasiones generaba conclusiones acerca de la sociedad estudiada más relacionadas con su imaginario personal, que con la realidad de tales grupos.

Para resolver este tipo de inconvenientes, se inventó la etnografía. El proceso demandaba que el investigador permaneciera como mínimo un año junto al grupo estudiado, de modo que viera la vida cotidiana de esa sociedad desde la siembra hasta la cosecha. Se le exigió al investigador aprender y dominar la lengua nativa y llevar tres diarios de campo donde, en el primero escribía sus observaciones, en el segundo consignaba datos científicos (estadísticos y geográficos) y en el tercero desahogaba sus emociones para evitar así mezclar sus impresiones subjetivas con los datos tomados con rigor científico.

A medida que aquellos grupos no occidentales se redujeron y en ocasiones llegaron a vetar la relación con investigadores, la etnografía empezó a emplearse en zonas urbanas, comunidades campesinas, instituciones públicas y privadas con el fin de crear cultura organizacional y así invadió el campo de estudio que tradicionalmente había abordado la sociología.

La piedra angular de la etnografía es la descripción que se obtiene a través de los relatos de viaje, entrevistas que dan cuenta de acontecimientos en los que el investigador no estuvo presente, filmaciones, dibujos, recetas curativas o culinarios; o cualquier elemento o persona que dé cuenta de las relaciones sociales que le rodean. De esta manera se obtiene la información cualitativa.

De este modo, en la actualidad, la antropología no asume al diario de campo como un elemento indispensable en la investigación y ha dado paso al video, los grupos de discusión, la entrevista o el dibujo como herramientas válidas para obtener información cualitativa.

La información recabada, descrita durante el trabajo de campo, debe categorizarse de acuerdo con el objeto que oriente la investigación. En las primeras etnografías las categorías apuntaban a elementos concretos de la vida cotidiana de las sociedades como la vivienda, el vestuario, la alimentación, los cultivos o la religión. Pero en la actualidad, la información se narra al mejor estilo literario.

Este estilo literario, permite que puedan realizarse investigaciones en las que quien investiga es el mismo objeto de estudio y de este modo se generan las llamadas autoetnografías en las que es posible dar rienda suelta a las interpretaciones subjetivas y en donde las opiniones son valoradas como expresiones que dan cuenta de una manera particular de ser y estar en el mundo.

En las corrientes más recientes de la antropología, la objetividad ha sido desechada como ideal investigativo y se le ha otorgado un valor a la subjetividad en tanto que se le asume como el resultado concreto de la interacción del sujeto con la realidad.

Este problema ligado a la aplicación de la objetividad asociada a los métodos cuantitativos y en cierto modo a la economía y, a la subjetividad relacionada con los métodos cualitativos vinculada a las ciencias sociales, constituye el eje central de la presente investigación.

Considérense a modo de ejemplo las siguientes observaciones respecto a la manera como se mide la pobreza:

“Según el tipo de indicador que se utilice se encontrarán mayores o menores niveles de pobreza. Por ejemplo los indicadores sociales que tienen que ver con esperanza de vida, mortalidad infantil, niveles de educación y nutricionales, han venido mejorando en muchos países de Latinoamérica, pero la pobreza medida según ingresos parece haberse incrementado en casi todos ellos. Hay que tener en cuenta, además, que la pobreza puede variar según los criterios que se empleen para medirla.”¹⁴

Basándose en la cita anterior, cabría sospechar la acción sombría de la subjetividad operando en la oscuridad, quizás vinculada con un interés político electoral que decide dar instrucciones de medir la pobreza de una forma determinada, para evitar su descrédito ante un aumento del descontento social. Pero aun aceptando esta subjetividad malintencionada, debe destacarse que esta manera de actuar no tiene por qué poner en entredicho a los métodos cuantitativos.

“Así mismo, por NBI se llega a resultados muy diferentes que por LP, lo que finalmente también muestra que en estos métodos cuantitativos, que aparentan un gran rigor científico, se encuentra un nivel de arbitrariedad importante y que ellos pueden ser manipulados fácilmente, para tener unos u otros resultados. El otro problema que presentan todos estos métodos, es el de los promedios nacionales y regionales, ellos permiten hacer comparaciones, pero ocultan la complejidad y diversidad de la realidad para adoptar políticas y programas acordes a ella.”¹⁵

¹⁴ Restrepo, C. **Pobreza urbana en Medellín: mediciones y percepciones**. Ed. Corporación Región. Medellín, 2000

¹⁵ Ibid., pág. 6.

Además del asunto puntual de los promedios que comprimen la realidad en una cifra tenemos aquellos indicadores donde se demuestra la eficacia de un programa o proceso, contabilizando el número de beneficiados, señalando, como en el caso de los diferentes programas de PyP, cuántas personas asistieron a los talleres o capacitaciones, pero desconociendo las aplicaciones que cada participante hizo de la información adquirida en esos espacios.

Consideremos también una descripción irónica y contundente de la manera cómo se construye un modelo de análisis cuantitativo: “El primer paso es medir lo que se puede medir fácilmente... el segundo paso es descartar lo que no se puede medir... el tercer paso es decir que lo que no se puede medir no tiene mayor importancia... el cuarto paso es decir que lo que no se puede medir fácilmente en realidad no existe.”¹⁶

Para precisar en qué radican las debilidades de los métodos cuantitativos e introduciendo las deficiencias de los métodos cualitativos, incorporaré a continuación un ejemplo suministrado por el anuncio hecho por el gobierno colombiano a comienzos del año 2010 según el cual la economía de este país creció un 0,4% en el año 2009, a pesar de la crisis económica generalizada en el mundo¹⁷. Este anuncio difundido a través de los medios de comunicación, tuvo la capacidad de movilizar expectativas políticas relacionadas con la gestión desarrollada por el gobierno colombiano y la posibilidad de su reelección. Sin embargo, ese crecimiento de la economía se debió a la inversión realizada por el estado en obras públicas y no al crecimiento de la productividad industrial ni agrícola, por mencionar dos amplios sectores de la producción nacional.

Objetivamente la economía colombiana creció un 0,4%, pero esa cifra que puede valorarse como una afirmación positiva, adquiere la subjetividad de una afirmación normativa al vincularse con el manejo de expectativas políticas.

Veamos a continuación cuál es el origen y composición de un dato cualitativo:

“La construcción del dato cualitativo está compuesta, no sólo por los procesos cognitivos, sino, indudablemente por la relación viva y existencial con los participantes”.¹⁸

Si se asume únicamente el aspecto cognitivo de una investigación, es decir exclusivamente la búsqueda de un conocimiento sobre un objeto determinado, tanto la información cuantitativa como la cualitativa pueden bastarnos para alcanzar nuestros propósitos, pero

¹⁶ Ibid, pag. 7, 1997.

¹⁷ [Artículo en internet] <http://www.portafolio.co/archivo/documento/CMS-7476489> (Consulta: 25 - marzo-2010)

¹⁸ Garat, Diego y Scarone, Carlos. Desarrollo productivo: los límites de la investigación cualitativa asistida por computadora en economía. Una investigación de campo. Página 5. Chile, 2007

si se incorpora al proceso de adquisición de conocimiento una relación viva, con toda la complejidad que implica, y además existencial, es decir que abarque ese amplio conjunto de interacciones que representa el hecho de existir al interior de una sociedad o de una cultura, el carácter de la investigación se modelará de una forma distinta.

Sin embargo, no necesariamente un análisis cualitativo implica tratar de comprender a los sujetos, a la sociedad y a la cultura. Para precisarlo, veamos el siguiente fragmento del libro **Análisis del costo beneficio en la salud**: “En el debate del tema en el apéndice, este análisis indica aspectos cualitativos importantes del incremento de intereses en los AKC, en el cuidado de la salud.”¹⁹ Esta cita se refiere a una revisión de literatura analizada por los autores del libro para conocer cualitativamente las razones por las cuales el personal médico y de salud en general, se interesa en los análisis de costos y de beneficios (AKC por sus siglas en inglés) indagando por dicho interés de forma empírica. En este caso, es la literatura el objeto implicado en el análisis cualitativo y no se involucra directamente a una población sino a sus apreciaciones consignadas por escrito en algunos de los artículos consultados por este equipo de investigación.

En este sentido, es importante señalar que al ser los objetos en general entidades dotadas de cualidades y al ser estas cualidades susceptibles de analizarse cualitativamente, cualquier disciplina, campo de conocimiento o investigación, requiere de un abordaje cualitativo para estructurarse de un modo completo.

En la investigación cualitativa también se expresa la subjetividad de quien investiga y derivada de ella se presenta la selección parcializada e intencional de los datos o afloran con mayor facilidad los preconceptos que en la investigación cuantitativa, a la vez que se expresan con más claridad los prejuicios y conjeturas que pertenecen a quien efectúa en primera persona la recolección de datos, pues debe recordarse que aunque la investigación cualitativa cuenta con herramientas de estudio como el diario de campo o la entrevista, es el propio cuerpo humano con sus sentidos de la percepción y su potencial físico y psicológico el principal instrumento de trabajo.²⁰

La Investigación cualitativa y la economía clásica.

Contéplense a continuación algunos ejemplos de investigación cualitativa en economía tomados de la corriente del liberalismo de Adam Smith, de Carl Marx, del trabajo de John Maynard Keynes y para ilustrar un caso evidente de mediación de la subjetividad, incluiré una observación de las afirmaciones de Malthus.

¹⁹ Luce, Brian y Warner, Kenneth. **Análisis de costo beneficio y costo eficiencia en la atención en salud. Principios, práctica y potencialidades.** Pág. 3. Fondo de Cultura Económica, 1995.

²⁰ Colmenares J. & Romero A. **Sociografía multisensorial.** Inversa, revista de estudiantes de antropología. 2005. Vol. No. 1: 20-36

En su libro “Economía desde el corazón”, Paul Samuelson realiza la siguiente afirmación acerca de Adam Smith que resulta muy esclarecedora para introducir el papel de la investigación cualitativa en la economía clásica:

“Los modernos tratados superiores de economía aparecen erizados de ecuaciones matemáticas y regresiones estadísticas, sus hallazgos afectan a los estadistas y a la opinión pública sólo después de un proceso de filtrado y goteo. No se puede decir lo mismo de LA RIQUEZA DE LAS NACIONES. Es una crónica atractiva, repleta de sagaces observaciones y de datos históricos esclarecedores”.²¹

Considerando cómo se realiza la investigación cualitativa, y particularmente la manera en que el sujeto que investiga emplea sus sentidos de la percepción para recoger la información requerida, veamos ahora algunos aspectos biográficos que moldearon las observaciones realizadas por Adam Smith:

“Adam Smith nació en Kirkcaldy (Escocia) el año 1723. Estudió en Glasgow y en Oxford, obteniendo una impresión penosa de esta famosa universidad inglesa, que no se encontraba ciertamente en uno de sus mejores momentos. Escribió Smith que, en Oxford, los profesores habían abandonado “hasta la pretensión de enseñar”; y fue éste uno de los motivos por los que se opondría a que los profesores universitarios cobraran un sueldo fijo, manifestándose, en cambio, partidario de que su remuneración se determinara en función del número de alumnos que conseguían reunir, lo que les obligaría a dedicar mucha mayor atención a sus estudiantes (no parece preciso añadir que, entre las funciones de estos profesores, no estaba examinar y dar títulos)”.²²

Es muy probable que en la “Riqueza de las naciones”, reconocida por Samuelson como una crónica, aparezcan muchas referencias a elementos ligados con las vivencias de Adam Smith, tal como lo ilustra el caso ya citado de la universidad de Oxford, en donde su actitud libre cambista queda expresada en su propuesta dirigida a los profesores, buscando que estos aumentaran la calidad de su producto, es decir la enseñanza, para atraer consumidores es decir estudiantes. También es muy posible que estas vivencias u observaciones, le permitieran a Smith, según señala Keynes, no ser dogmático, pues en una época en que la economía, la filosofía política y la teología estaban de acuerdo en dejad hacer, dejad pensar, Smith se atrevió a proponer controles para la usura.

Smith era un intelectual preocupado por observar y analizar los hechos, a la manera como John Maynard Keynes pedía que se hiciera para sacar al capitalismo de la crisis que atravesaba en la década de 1930:

²¹ Samuelson, Paul. **Economía desde el corazón**. Pág. 21. Ed. Orbis. Barcelona, 1984

²² Cabrillo, Francisco. **Historias de economistas ilustres**.

“La belleza y la simplicidad de una teoría semejante son tan grandes que es difícil olvidar que no se deduce de los hechos, sino de una hipótesis incompleta introducida en aras de la simplicidad. Aparte de otras objeciones que se mencionarán más adelante, la conclusión de que los individuos que actúan independientemente para su propio provecho, producen el mayor agregado de riqueza, depende de una variedad de supuestos irreales, en el sentido de que los procesos de producción y consumo, no son de ninguna manera orgánicos, que existe un conocimiento previo de las condiciones y requisitos, y de que existen oportunidades adecuadas para obtener este conocimiento, porque los economistas dejan generalmente para una etapa posterior de su argumentación las complicaciones que aparecen: uno cuando las unidades eficientes de producción son grandes en relación con las unidades de consumo. Dos, cuando los costos generales o costos comunes, están presentes. Tres, cuando las economías internas tienden a la integración de la producción. Cuatro, cuando el tiempo necesario para el ajuste es largo. Cinco, cuando la ignorancia prevalece sobre el conocimiento, y seis, cuando los monopolios y las concentraciones interfieren en la igualdad en la negociación, dejando para un estadio superior, el análisis de los hechos reales, además muchos de aquellos que reconocen que la hipótesis simplificada, no corresponde con precisión al hecho concluyen, sin embargo, que representa lo que es natural y por tanto ideal, consideran la hipótesis simplificada como salud y las complicaciones adicionales como enfermedad”²³

En cada una de las ocasiones en que Keynes emplea la palabra ‘hechos’ dentro del fragmento citado, está efectuando un llamado a que se narre la realidad. Leyendo entre líneas sus palabras, diría que para dar cuenta de tales hechos y tomando en consideración la lista de seis ejemplos que utiliza para señalar cuando la hipótesis de los individuos que buscando su propia riqueza generan la de la sociedad, no funciona, indicaré que una condición como es la de un mayor tamaño de las unidades de producción respecto a las de consumo, podría ser expresada de un modo cuantitativo: la unidad de producción X es un 30% más grande que la unidad de consumo Y. sin embargo, hasta este punto, sólo contaríamos con una información cuantitativa que no obstante, no aclararía cuáles serían las implicaciones que tendría para el funcionamiento del mercado una situación como esta, haciendo necesaria la ejecución de una descripción o una narrativa, que evalúe concretamente la dificultad que emana de tal disparidad. De igual modo podrían analizarse las cinco situaciones restantes sugeridas por Keynes: primero dando una valoración cuantitativa del hecho específico y luego remitiéndose a descripciones y narraciones que mencionen las relaciones determinantes propias de los acontecimientos estudiados, es decir de sus cualidades

Veamos ahora un ejemplo de cómo Carl Marx describía de un modo muy cualitativo, la economía de la India en 1853:

“Desde tiempos inmemoriales, en Asia no existían, por regla general, más que tres ramos de la hacienda pública: el de las finanzas, o del pillaje interior; el de la guerra, o pillaje exterior, y, por último, el de obras públicas. El clima y las condiciones del suelo, particularmente en los vastos espacios desérticos que se extienden desde el Sahara, a través de Arabia, Persia, la

²³ John Maynard Keynes. El final del laissez faire. Versión digital tomada de internet <http://www.eumed.net/cursecon/textos/keynes/final.htm> [Consulta: 15-enero-2011]

India y Tartaria, hasta las regiones más elevadas de la meseta asiática, convirtieron el sistema de irrigación artificial por medio de canales y otras obras de riego en la base de la agricultura oriental. Al igual que en Egipto y en la India, las inundaciones son utilizadas para fertilizar el suelo en Mesopotamia, Persia y otros lugares: el alto nivel de las aguas sirve para llenar los canales de riego. Esta necesidad elemental de un uso económico y común del agua, que en Occidente hizo que los empresarios privados se agrupasen en asociaciones voluntarias, como ocurrió en Flandes y en Italia, impuso en Oriente, donde el nivel de la civilización era demasiado bajo, y los territorios demasiado vastos para impedir que surgiesen asociaciones voluntarias, la intervención del Poder centralizador del Gobierno. De aquí que todos los gobiernos asiáticos tuviesen que desempeñar esa función económica: la organización de las obras públicas. Esta fertilización artificial del suelo, función de un gobierno central, y en decadencia inmediata cada vez que éste descuida las obras de riego y avenamiento, explica el hecho, de otro modo inexplicable, de que encontremos ahora territorios enteros estériles y desérticos que antes habían sido excelentemente cultivados, como Palmira, Petra, las ruinas que se encuentran en el Yemen y grandes provincias de Egipto, Persia y el Indostán. Así se explica también el que una sola guerra devastadora fuese capaz de despoblar un país durante siglos enteros y destruir toda su civilización”²⁴.

Este es un ejemplo de cómo la historia, la economía, la geografía y una suerte de antropología y sociología, cooperan dentro de un relato para dar cuenta de la situación de la India de un modo que las matemáticas no podrían hacerlo.

Ahora pasemos a considerar el riesgo que entraña en la investigación cualitativa, el ejercicio de una subjetividad desenfundada que subyace tras la formulación de una teoría económica. Un ejemplo de cómo la subjetividad podría alterar una investigación nos lo suministra Malthus en su famoso ensayo sobre el principio de la población, como nos lo señala Francisco Cabrillo:

“Al margen de que el modelo de Malthus adolezca de graves defectos desde el punto de vista del análisis económico –no considera siquiera, por ejemplo, la posibilidad de que el progreso técnico pueda hacer crecer la producción de alimentos– hay que señalar que su forma de tratar el problema encaja bastante bien no sólo con la mentalidad social de la época, sino también con la visión de un clérigo. Malthus fue, en efecto, un hombre religioso, con una vocación clara desde su juventud por el sacerdocio, que fue a lo largo de toda su vida adulta un clérigo de la iglesia anglicana. Y es interesante señalar que su oposición al uso de métodos anticonceptivos no se basaba sólo en principios morales. En su opinión, el matrimonio era un estímulo para que la gente trabajara más e hiciera progresar así la economía de su país. Y en su mencionado *Ensayo* escribía: “Rechazaré siempre cualquier modo artificial o antinatural de controlar la población, tanto por su inmoralidad como por el hecho de que suprimen un estímulo que resulta necesario para la laboriosidad... Las restricciones que yo recomiendo son algo muy diferente, no sólo porque son aceptables desde el punto de vista de la razón y sancionadas por la religión, sino también porque constituyen un incentivo a la laboriosidad”²⁵.

²⁴ Marx. C. La Dominación Británica en La India, 1853. Tomado del CD 1500 libros digitales.

²⁵ Cabrillo, Francisco. *Ibíd.* Pág. 25

Desde luego, en la investigación cualitativa, la opinión juega un papel muy importante, asociado al inicio de cualquier estudio, pues es una percepción subjetiva la que impulsa búsquedas más exhaustivas y profundas. Pero permanecer en el estado de la opinión sin apelar a la información cualitativa estrictamente captada por los sentidos de la percepción o a los datos cuantitativos, acaba por convertirse en una especulación únicamente ideologizada como es el caso ya presentado de Malthus.

Pertinencia del uso de la investigación cualitativa en economía: síntesis

Por último y antes de dar paso a una breve síntesis que ejerce a la vez como conclusión del capítulo, consideremos las impresiones y reflexiones recogidas por Paul Samuelson al visitar la gran Bretaña a comienzos del gobierno de Margaret Thatcher:

“Para enterarme mejor de cómo va la cruzada Thatcher, he hecho recientemente un viaje a Gran Bretaña. Comprendo que uno no debe exagerar el valor de los datos que son fruto de una observación personal directa. No sirve de gran cosa preguntar a las personas que uno se encuentra por la calle. Y después de hablar con un banquero especializado en inversiones es prácticamente como si hubieras hablado con todos.

Aun así, si alguien cree en el espejismo de la «economía desde el lado de la oferta» (que reducir las tasas fiscales y liberar el comercio internacional de controles de cambio provocará un crecimiento milagroso del mercado), un viaje a Londres le desengañará de tales ilusiones.”²⁶

Aunque Samuelson nos advierte aquí del riesgo de exagerar el valor de la información basada exclusivamente en percepciones subjetivas, esa misma percepción fue la que lo animó a viajar a Londres y concluir que las medidas liberalizadoras resultan menos efectivas de lo esperado por parte de quienes las defienden.

Agregando algo más obtenido de mi experiencia personal diría que fue muy difundida por la prensa colombiana la escasez de leche que se dio en Venezuela durante las elecciones parlamentarias realizadas en ese país en el año 2008. Sin embargo, resultaba sorprendente encontrar en los supermercados y en algunos establecimientos de venta de comidas, toda clase de productos lácteos como queso, mantequilla o yogur mientras que la base de todos ellos o se encontraba ausente o se podía obtener pagando elevados precios. Con esta sencilla observación basada en el uso de los sentidos podía inferirse que realmente la leche no escaseaba sino que estaba siendo retenida con el fin de generar tensión política y una vez más, queda señalado el valor de la investigación cualitativa como complemento a los datos cuantitativos.

En síntesis, en la economía como en cualquier disciplina o acción que pretenda dar cuenta de la realidad para intervenir sobre ella, no basta con aplicar el verbo contar de una forma

²⁶ Samuelson, Paul. *Ibíd.* Pág. 67.

estrictamente numérica, sino también en un sentido narrativo. De no ser así, a las múltiples culturas existentes en el mundo les habría resultado suficiente con inventar las diversas numeraciones para dar cuenta de la realidad.

La investigación cualitativa y cuantitativa son complementarias y a continuación se empleará esta afirmación para estudiar los tres programas de PyP, seleccionados como objeto de esta investigación.

CAPÍTULO 2

ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE 3 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ, BOGOTÁ

Iniciaré este capítulo describiendo la estructura del Plan De Intervenciones Colectivas, actualizada a 2011, de acuerdo con los lineamientos elaborados para ese año por la Secretaría Distrital De Salud.

El PIC se compone de tres grandes estructuras:

1. Gestión Local, cuyos funcionarios elaboran los diagnósticos locales anuales, apoyan la planeación de las acciones que se efectuarán en materia de salud pública y coordinan los procedimientos desarrollados por los equipos que componen el área de salud pública así como las labores llevadas a cabo en compañía de las comunidades.
2. Vigilancia epidemiológica, que cuenta con varios sistemas de seguimiento a eventos de salud específicos como los hechos violentos, la condición nutricional de la población, casos de enfermedades crónicas y transmisibles, entre otros. Con esta información, la división de vigilancia epidemiológica, contribuye a la elaboración de los diagnósticos locales y a la generación de alertas en salud pública cuando estas sean necesarias.
3. Por último, tenemos los grupos que trabajan en los Ámbitos de Vida Cotidiana; que son de especial interés para esta investigación. Es en los ámbitos de vida cotidiana donde se aplican en sí los programas de P y P en espacios definidos como centros educativos (jardines infantiles, colegios y universidades), espacios laborales (especialmente empresas informales), I.P.S. (Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud), comunidades (barrios) y con las familias (Salud a Su Casa).

Para realizar las acciones correspondientes a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en estos espacios, existe un conjunto de equipos llamados Transversalidades, que son los ejecutores directos de los programas. Dichos equipos son: Nutrición, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Oral, Salud Mental, Discapacidad, Etnias, Desplazamiento, Medio Ambiente y la División de Participación Social que, sin ser parte propiamente del área de salud pública, al canalizar las relaciones de las comunidades con los hospitales resulta de vital importancia en este engranaje.

La mayoría de estas transversalidades se encarga de realizar talleres y reuniones en los espacios en que operan los ámbitos de vida cotidiana o con las redes comunitarias donde se informa acerca de las enfermedades, el modo como es posible prevenirlas y los hábitos que contribuyen a preservar la salud. Dentro de estas recomendaciones, las emitidas por Nutrición, Salud Sexual y Reproductiva y por Salud Oral, implican que los usuarios, en el ejercicio de acatarlas, necesiten adquirir ciertos bienes que en ocasiones son

suministrados gratuitamente como parte de las tareas adelantadas por otros programas. Sin embargo, en la mayoría de casos es indispensable comprar dichos bienes, pues las entregas gratuitas no cubren el total de la demanda generando así una condición en la que los usuarios deben invertir parte de sus ingresos en comprar una canasta de bienes relacionados con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, como son: alimentos saludables, cepillos de dientes, preservativos, anticonceptivos.

He aquí el problema central de esta investigación: al contar con ingresos bajos o limitados, ¿es posible que las familias estén dispuestas a gastar dinero en adquirir los bienes que les proponen utilizar los programas de P y P?

Iniciaré la presentación de los resultados con la exposición de algunos elementos etnográficos que he ordenado para que sirvan como descripción del contexto donde fue aplicada la encuesta y posteriormente se desarrollaron las entrevistas.

Tales elementos etnográficos, serán incluidos en tres cortos apartados que se relacionan con: el espacio propiamente dicho, las condiciones económicas del lugar y finalmente con hechos relevantes detectados al visitar a los nueve hogares entrevistados.

Entorno:

Suele denominarse a la UPZ en que se encuentra ubicada la Unidad Primaria De Atención Emaus como Engativá pueblo, esto debido a que corresponde al casco urbano del antiguo municipio de Engativá.

Aunque en la actualidad se encuentra conectado con el resto de la ciudad de Bogotá, en general la sensación que produce el espacio al llegar, es la de un pueblo, organizado entorno a un parque principal y sin ninguna institución que llame la atención particularmente.

Por esta razón sus habitantes se desplazan permanentemente fuera de la UPZ para trabajar, estudiar o acceder a los diferentes servicios que puedan necesitar y que no se consiguen en este espacio de aire semi rural.

Esta condición espacial, ocasiona que quienes habitan en este lugar inviertan cantidades importantes de sus ingresos en transportarse, aunque esta cantidad no ha sido cuantificada en este estudio.

Condiciones económicas del lugar:

Un breve recorrido por el antiguo municipio de Engativá, permite a quien lo realiza notar que las posibilidades de emplearse en el lugar son muy reducidas: en varios puntos aparecen tiendas y pequeños negocios, acompañados de instituciones gubernamentales como los colegios, o la mencionada Unidad Primaria De Atención Emaus, que le ofrecerían oportunidades de trabajo a quienes habitan en esta UPZ.

Ejemplo de lo anterior es que la mayoría de las personas entrevistadas se desplazan hacia Bogotá para desarrollar actividades laborales o educativas.

Esta condición brinda algunas pistas sobre la manera cómo los hogares de interés para este estudio, distribuyen sus ingresos: además de la necesidad ya señalada con relación al transporte, es notorio que no todos los productos se obtienen aquí y por tanto, como resultado de su difícil consecución o del gasto extra que representa para las tiendas y para los pequeños negocios traerlos hasta este lugar, experimentan un aumento de precio respecto al resto del Distrito Capital.

Hechos relevantes detectados al visitar a los hogares entrevistados:

En las viviendas en que sus habitantes obtienen un salario claramente definido, encontré un mayor número de bienes de lujo como muebles acolchados y vajillas en vidrio. En cambio donde los ingresos proceden de actividades donde la cantidad de dinero obtenida no es constante, los muebles resultan ser de madera rústica y los utensilios, incluida la vajilla, son de plástico.

El anterior es un ejemplo de obtener y contrastar información acerca del tipo de ingresos y su procedencia desde el punto de vista de la investigación cualitativa, es importante señalar que esta percepción coincidió con los resultados de la encuesta y de las entrevistas.

Por otra parte, en las conversaciones sostenidas con las entrevistadas, estas manifestaron que la asistencia a los programas abordados en este estudio les parecía interesante y que *“uno debía aprovechar cualquier oportunidad para aprender”*.

Expresiones como esta dejan ver entusiasmo hacia los programas elegidos, sin embargo señalan también que en el acercamiento a estas capacitaciones no está claramente definida la intención de preservar la salud o prevenir la enfermedad, que son los objetivos primordiales de estos talleres.

Investigación

Expuestas estas reducidas referencias etnográficas que sirven como información contextual, pasaré a exponer el proceso y los resultados de la investigación realizada.

Siendo consecuente con el planteamiento presentado en el primer capítulo de este trabajo, según el cual la investigación cuantitativa necesita ser complementada con la investigación cualitativa y viceversa, para la ejecución de este proceso de análisis, encuesté a 90 personas que participaron en talleres de salud oral, salud sexual y reproductiva y nutrición. De estas 90 personas fueron entrevistadas 9 con el propósito de complementar la información cuantitativa emanada de las encuestas. La encuesta consistió en las siguientes preguntas:

1. Nombre.
2. Teléfono.
3. Número de miembros de su familia con quienes comparte el mismo espacio de vivienda.
4. Labor que usted desempeña.
5. ¿Hay otras personas que trabajen entre quienes hacen parte de su familia y compartan con usted el mismo espacio de vivienda? Sí ___ No___
6. ¿Qué otras labores desempeñan estas personas que trabajan en su familia?
7. Señale a cuál de los siguientes talleres asistió:
Salud Oral ___
Nutrición ___
Salud Sexual y Reproductiva ___
8. ¿La asistencia a los talleres le ha implicado gastar dinero en adquirir algún producto? Sí ___ No ___
9. Señale cuáles de estos productos ha sido el que le implicó gastar dinero en adquirirlo. Señale todos los que haya adquirido:
Condomes ___
Productos anticonceptivos ___
Cepillos de dientes ___
Seda dental ___
Crema dental ___
Enjuague bucal ___
Compra de alimentos nutritivos ___

Análisis de la encuesta

Las 2 primeras preguntas tuvieron como propósito identificar a quienes respondían la encuesta y buscaban permitir su localización para realizar posteriormente una entrevista en el caso de que fuese seleccionado para complementar la información suministrada a través del cuestionario.

Las 4 preguntas siguientes, que interrogaban respecto al número de miembros de la familia, la labor que desempeñaba quien respondió la encuesta, sobre quiénes más trabajan en la familia y las labores que desempeñan estos otros miembros, buscaron un modo aproximado de identificar el potencial de ingreso que tiene la familia. La razón por la cual no he formulado una pregunta explícita respecto a la cantidad de dinero que

obtiene la familia, está relacionada con que es frecuente que los encuestados perciban con desconfianza cualquier indagación respecto de sus ingresos, animándose así a falsear por lo general la información brindada. A partir de la relación entre los trabajos desempeñados y el número de integrantes de la familia, se pudo aproximar el ingreso familiar.

Por último, las 3 preguntas finales pretendían precisar a qué talleres de P y P asistieron quienes fueron encuestados, si aceptaban un incremento en sus gastos a partir de la asistencia a estos y concretamente, en qué productos se había efectuado tal gasto.

A continuación señalo los resultados que arrojó la encuesta:

El primer dato sorprendente surgido de la pregunta que pedía el nombre de quien respondía la encuesta es que el total de la muestra está conformada por mujeres.

En la pregunta donde se le solicitaba suministrar su número de teléfono la mayoría, o no resolvió el punto, o consignó un dato con el cual no fue posible ubicarle. Únicamente 17 mujeres brindaron un dato real con el que fue posible contactarlas de manera que la selección para la entrevista tuvo forzosamente que elegirse entre estas 17 mujeres encuestadas.

Con relación a las 4 preguntas dirigidas hacia la identificación potencial del ingreso familiar, 59 mujeres (66%) se identificó como ama de casa o señaló, de manera equivalente, dedicarse al hogar, 19 se autodenominaron líderes comunitarias (21%) y las 12 restantes indicaron tener un negocio propio, a veces mencionado como 'ventas', otras como 'negocio' y también puntualmente como 'negocio propio'. Estas 12 mujeres corresponden al 13%.

Cuadro 1. Tipos de oficios

TIPO DE OFICIO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Ama de casa o hogar	59	66%
Líderes comunitarias	19	21%
Negocio propio	12	13%
TOTAL	90	100%

La familia más numerosa representada en un solo caso, dijo tener 8 miembros y se registraron 3 casos de 1 sola persona. Las restantes 86 encuestadas señalaron que 41 familias (46%) cuentan con 4 miembros y 45 con 5, es decir, el 50%.

Cuadro 2. Miembros por familia

NÚMERO DE CASOS	CANTIDAD MIEMBROS	PORCENTAJE
1	8	1%
3	1	3%
41	4	46%
45	5	50%
TOTAL		100%

A la pregunta sobre si otros miembros de la familia trabajaban, en los 87 casos con más de 1 persona se afirmó que sí.

Finalmente, cerrando el bloque de 4 preguntas sobre el ingreso familiar, se señalaron los siguientes oficios para los otros miembros del hogar que también trabajan. Esta información será usada más adelante para buscar ubicar a las personas en una clase social determinada:

Cuadro 3. Oficios otros miembros de la familia que trabajan.

OFICIO	NÚMERO DE PERSONAS	PORCENTAJE
Ventas	22	25%
Conducción	15	17%
Comidas	14	16%
Belleza	10	12%
Construcción	10	12%
Madres comunitarias	8	9%
Trabajo en fábrica	6	7%
Aseadoras que trabajan en colegio	2	2%
TOTAL	87	99%

En el grupo de preguntas que indagaban acerca de los Talleres de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud, 67 personas (74%) afirmaron haber asistido a los Talleres de Salud Sexual y Reproductiva, 45 (50%) a los de Salud Oral y 33 a los talleres de Nutrición, que corresponde al 37%. 11 personas (12%) asistieron a los 3 talleres; 10 (11%) asistieron a los de Salud Oral y Nutrición, 12 personas (13%) a los de Salud Sexual y Reproductiva y Nutrición y 12 (13%) a los de Salud Sexual y Reproductiva y Salud Oral.

Cuadro 4. Asistencia a los talleres de las 90 encuestadas.

TALLERES A LOS QUE ASISTIERON	CANTIDAD	PORCENTAJE
Salud sexual y reproductiva	67	74%
Salud oral	45	50%
Nutrición	33	37%
Asistieron a los 3 talleres	11	12%
Salud oral y nutrición	10	11%
Salud sexual y reproductiva y nutrición	12	13%
Salud sexual y reproductiva y salud oral	12	13%

En cuanto a si se había necesitado gastar más dinero tras asistir a los talleres, 78 personas afirmaron que sí, es decir un 87%; y 12, es decir el 13%, que no.

A la hora de señalar cuáles productos eran los que generaban el gasto, 70 personas (80%) marcaron la totalidad de las opciones sugeridas; 14 (15%) únicamente las ligadas a la salud oral y a los alimentos; y 6 (7%) únicamente los productos vinculados con la salud sexual y reproductiva.

Cuadro 5. Gastos adicionales asumidos por las asistentes a los talleres.

GASTOS ADICIONALES POR SUGERENCIA DE LOS TALLERES	CANTIDAD	PORCENTAJE
Todos	70	78%
Salud oral y alimentos para nutrición saludable	14	16%
Salud sexual y reproductiva	6	7%
TOTAL	90	100%

Algunos aspectos críticos acerca de la aplicación de la encuesta

La encuesta fue aplicada en la Unidad Primaria de Atención (UPA), Emaús, ubicada en el casco urbano del llamado Engativá pueblo a lo largo de 2 semanas, la primera transcurrida a finales de enero y la segunda a mediados de febrero de 2011, a través de las cuales reuní la muestra de 90 personas. Antes de aplicar la encuesta se le preguntó a la participante si había acudido a alguno de los talleres elegidos para ser evaluados. Si la respuesta era negativa, se descartaba su participación.

Una vez fueron conseguidas 90 encuestas diligenciadas, procedí a verificar los precios locales de los productos que proponen consumir los 3 talleres seleccionados y a separar la muestra de 9 personas para aplicar la entrevista. Respecto a la formulación de la entrevista, busqué subsanar una serie de imprecisiones dadas en la encuesta, consecuencia probablemente de la no realización de una prueba piloto. Estos aspectos son:

En la pregunta número 5, donde interrogué a las encuestadas respecto de si alguien más trabajaba en su familia, habría sido preciso indagar además por el número de personas que también trabajan en la familia. La ausencia de esta precisión acarrió 2 consecuencias: la primera, que el ingreso se incrementa con la contribución de cada aportante y sin el dato de cuántos miembros de la familia trabajan, no es posible calcular el ingreso. Sin embargo, como cada encuesta indicó solamente un oficio más aparte de quien la respondía, he asumido que en todos los casos encuestados se trata con 2 aportantes.

La segunda consecuencia es que no es posible saber a cuántas personas alude la mención de cada oficio indicado en la pregunta 6, impidiendo de nuevo precisar el número de aportantes, la cantidad con la que aportan y la cantidad total con la que cuenta cada familia mensualmente. Otra vez esta falla se ha subsanado con el supuesto de los 2 aportantes por familia.

Por otra parte, el grupo que afirmó trabajar en ventas resulta difícil de rastrear en su ingreso real, pues se desconoce qué producto vende y la variabilidad que sus ingresos experimentan de un mes al otro. La entrevista contribuyó a la aclaración de este punto.

En el grupo llamado 'comidas', he agrupado a las personas que indicaron que su familiar trabajaba en comidas rápidas, panaderías y venta de empanadas.

Complemento de la encuesta

El siguiente paso consistió en averiguar cuánto costaban los productos indicados en la encuesta de acuerdo a los precios locales. Visité 5 establecimientos de donde obtuve los siguientes precios promediados:

Preservativos por unidad: \$1.000

Inyección mensual para planificar: \$15.000

Cepillo dental: \$2.000

Crema dental: \$2.000

Seda dental: \$2.000

Enjuague bucal: \$4.000

Alimentos nutritivos:

Eligiendo 2 de estas proteínas (carne, leche, queso, pollo o 4 huevos), 2 verduras y 2 frutas: \$11.000. Respecto a los alimentos nutritivos se ha calculado el consumo diario de una familia de 4 integrantes.

Los preservativos, los cepillos de dientes y la crema dental son suministrados gratuitamente entre quienes asisten a los talleres de prevención de la enfermedad y promoción de la salud; sin embargo, estas entregas no son suficientes para responder la demanda permanente que se da sobre estos bienes. De igual manera los métodos de planificación son brindados por el régimen subsidiado aunque este servicio no es empleado por la totalidad de usuarias y usuarios que podrían requerirlo.

En total una canasta de bienes como la descrita costaría \$37.000 y se asume que únicamente los preservativos y los alimentos nutritivos son de consumo diario en cuyo caso la canasta de bienes tendría un valor de \$12.000 por día, dejando los \$25.000 restantes para el consumo de los demás bienes cuya periodicidad en la adquisición no resulta ser tan continua.

Respecto a los ingresos que generan los 8 oficios referenciados en la encuesta en la sexta pregunta, 5 de ellos se pueden ligar a un salario que en su nivel promedio corresponde a \$800.000. Estos oficios son: la conducción, las madres comunitarias, las aseadoras, quienes trabajan en una fábrica y quienes trabajan en construcción.

De nuevo estos \$800.000 corresponden a un promedio pues se encontró un máximo de \$1'800.000 como salario de los conductores y un mínimo de \$350.000 en el caso de las madres comunitarias.

En cambio, los oficios que dependen de la demanda como la belleza, las ventas y las comidas, necesitaron de la entrevista para clarificarse al igual que la noción de líder comunitaria. En apariencia la condición de ama de casa no reportaría ingresos pero la entrevista también desmintió este aspecto.

Entrevista

Para seleccionar la muestra de la entrevista, inicialmente pensé en incluir un caso de cada uno de los oficios mencionados que en total, sumando los reportados en la pregunta número 3 y 6 de la encuesta, sumaban 10 formas de trabajo distintas.

La primera dificultad con la que tropecé consistió en la imposibilidad de ubicar a las aseadoras, a quienes trabajaban en las fábricas y a las madres comunitarias, circunstancia que permitió sortear la segunda dificultad representada en que la muestra de 9 personas era insuficiente para permitir que cada uno de los 10 oficios fuese incluido en la entrevista. Los 7 oficios elegidos fueron entonces: 1 caso relacionado con la conducción, 1 caso relacionado con la construcción, 1 caso de líder comunitaria, 1 caso de una persona dedicada a trabajar con la belleza, 1 caso de una persona dedicada a trabajar con comidas, 2 casos de amas de casa y 2 casos de personas dedicadas a las ventas. Para los 2 últimos oficios se eligieron 2 casos buscando subsanar el punto relacionado con el ingreso.

La entrevista estaba integrada por 3 preguntas expresadas de forma muy coloquial:

1. ¿Cuáles son los gastos de su familia?
2. ¿Cuánto gasta en cosas relacionadas con la salud (P y P)?
3. Se le dirigía una pregunta semiestructurada sobre cuántas personas trabajaban en la familia.

Respecto a la primera pregunta las 9 entrevistadas aproximaron sus respuestas a \$700.000 mensuales gastados en arriendo de vivienda, transporte, servicios públicos y alimentación. En ningún caso se discriminó un gasto especial en salud.

Con relación a la segunda pregunta, en los 9 casos se consideró que el gasto ligado a los bienes solicitados por los talleres de P y P no era importante, indicando que no lo tenían en cuenta comúnmente.

En cuanto a la tercera pregunta, los 9 casos entrevistados indicaron que únicamente 2 personas trabajaban en la familia, validando así el supuesto construido en torno a la encuesta.

Otros elementos que se manifestaron en la entrevista aunque no estaban incluidos en el cuestionario, fueron el uso de 2 cepillos de dientes en una familia de 4 miembros (es decir, 1 para cada 2 personas) y el hecho de que tanto las 2 amas de casa como la líder comunitaria también vendían productos esporádicamente e incluso trabajaban como empleadas domésticas aportando así más ingreso a sus familias.

A continuación plantearé algunas reflexiones y consecuencias de esta investigación así como las recomendaciones y conclusiones surgidas de este proceso.

CAPÍTULO 3.

TRES CONTRADICCIONES

Una vez presentada la investigación y el uso dado a los métodos cualitativos, inicio este capítulo donde analizaré tres contradicciones que en el sentido dialéctico del término se desenvuelven entorno a los tres programas abordados. Estas contradicciones son:

1. La relación entre la pretensión de ahorrar recursos en el sistema de salud en general y, los derechos reconocidos a los sujetos que requerirían de la inversión de todos los recursos disponibles para satisfacer las demandas que tales derechos suscitan.
2. La relación entre los recursos escasos y, la intención basada en los derechos adquiridos por las poblaciones de satisfacer sus demandas en salud.
3. Y finalmente, la contradicción que se genera entre responsabilizar al individuo de su propia salud y el hecho de que estos individuos vivan en contextos de pobreza y carezcan de los recursos en dinero para hacer efectivas las sugerencias de los tres programas abordados.

Para orientar la comprensión de estas tres contradicciones, considérese la siguiente síntesis guía:

Al detectarse que al aumentar la inversión en salud no mejoraban las condiciones de la población, se propuso la estrategia APS que requería interactuar con sectores diferentes al sanitario, trabajar sobre los entornos, una participación del Estado y especialmente la responsabilidad del individuo sobre su salud.

Los países participantes en las conferencias en las que se ajustó la estrategia APS, implementaron la propuesta con variaciones: en algunos casos, se enfatizó el papel del Estado como en Noruega; hubo otros países en donde la tradición cultural redujo los gastos del sistema de salud, como en Japón y casos como el de Estados Unidos donde es el individuo el eje principal. En el caso colombiano se mezclan subsidios, pagos y programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud gratuitos, y sin embargo, se deja en manos de las personas la adquisición de los bienes que les permitirán un bienestar real y efectivo. Es este último elemento específico el que ha suscitado la presente investigación.

Ahorro de recursos y derechos.

En 1972, la reunión de ministros de salud realizada en Santiago De Chile concluyó que, así se invirtieran grandes cantidades de recursos en la asistencia en salud, las condiciones de las poblaciones no variarían y por tanto era necesaria una nueva estrategia en salud que resultara más costeable para los estados y redujera el uso de la asistencia.

Así fue como en 1978 se realizó en Alma-Ata, Azerbaiyán, a la sazón parte de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas URSS, la primera conferencia internacional sobre la estrategia APS (Atención Primaria en Salud). En aquella ocasión participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales con la importante ausencia de China. El objetivo en aquel momento consistía en permitir el acceso a la salud para todos en el año 2000 y en la declaración emitida en esa circunstancia se indicaba, respecto a lo económico en el numeral 6, refiriéndose a cómo desarrollar la estrategia APS, “a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.”²⁷

Pero, para comprender qué significaba esta afirmación en la década de 1970, debe tenerse en cuenta que en ese período los sistemas de salud vivían una crisis profunda representada en la urgencia de aumentar la cobertura tal como se concluyó en la reunión mundial de ministros de salud en Santiago de Chile en 1972, que señalaba cómo los servicios de salud no lograban hacer que toda la población se beneficiara.

Así, surgió el propósito de prevenir las enfermedades antes de que estas requirieran ser atendidas para curarse y de promover o promocionar las prácticas que contribuyeran a conservar la salud. Conforme a lo planteado en Alma-Ata, en 1986 se llevó a cabo en Ottawa, Canadá una conferencia de seguimiento a la propuesta de 1978, donde se indicó que alcanzar la condición de salud no dependía exclusivamente del sector sanitario y se precisó que para lograr en un país esta condición, era indispensable contar con: educación, paz, alimentación, renta, ecosistemas estables, justicia social y equidad.

En general los requisitos solicitados por la Conferencia de Ottawa para alcanzar la condición de salud, son el resultado mismo del desarrollo y en efecto, se ha determinado que “el impacto de esta estrategia (APS) ha sido mayor en aquellos países con menos desigualdades en la distribución de su ingreso, independientemente del nivel absoluto de su ingreso. Por el contrario, el impacto de la APS ha sido mucho menor en países pobres y con alta desigualdad en la distribución de ingreso.”²⁸

Este punto resulta de especial interés para esta investigación, puesto que da cuenta con claridad de cómo los individuos se encuentran inmersos en la estructura y como esta limita la voluntad que estos pudieran tener de velar por su salud, como señalaron los resultados de la encuesta y de la entrevista realizada.

Continuando con los seguimientos al objetivo trazado en Alma-Ata de salud para todos en el año 2000, en 1988 se realizó la conferencia de Adelaida, Australia, enfocada hacia el tema de las políticas públicas y en 1991, la conferencia de Sundswall, Suecia sobre entornos saludables.

²⁷ Alma-Ata, preguntas y respuestas. Artículo en internet.

http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma_preguntas.htm. [Consulta: 27-octubre-2011]

²⁸ *Ibíd.*

Posteriormente en la conferencia de Yakarta, 1997, se establecieron las pautas de la salud para el siglo XXI, potenciando a los individuos y a las comunidades. En México se ampliaron las estrategias para el siglo XXI y se logró involucrar a los Estados con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Finalmente, en la conferencia de Bangkok, 2005, se insistió en la necesidad de integrar al sistema de salud con acciones relacionadas con sectores diferentes al sanitario y en la consideración de los determinantes de la salud.

Con todas estas recomendaciones surgidas de las seis conferencias internacionales sobre la estrategia APS, aparecieron en el mundo países que enfatizaron su política de salud en una inversión elevada de recursos y otros que asumieron a la estrategia APS como la posibilidad de reducir el gasto. Un ejemplo de una inversión elevada de recursos en el sistema de salud y en el sistema de pensiones es Noruega, país que cuenta con una cobertura universal en salud. Veamos el caso:

Noruega

El sistema de salud noruego opera a través de 5 empresas regionales que se encargan de la atención a los pacientes y le cobran al Estado por este servicio. De esta manera el gasto en salud está enfocado principalmente en el área asistencial (9,2% del Producto Interno Bruto hasta el año 2005) lo cual ha obligado a generar recortes desde 2005, especialmente debidos a que la adquisición de nuevas tecnologías médicas que resultan ser muy costosas incrementa el gasto de la asistencia. El 53% de los pacientes evalúan positivamente al sistema de salud y estos pueden ser atendidos en cualquier hospital del país aunque se observa poca movilidad entre regiones²⁹.

En cuanto al sistema de pensiones de Noruega, estrechamente ligado al sistema sanitario, se encuentra dirigido por la Fundación del Petróleo, un organismo a cargo del Banco de Noruega, que ha calculado un valor de 10 dólares por barril de petróleo para sustentar el sistema de pensiones hasta el año 2050. Este sistema de pensiones ofrece 5 pagos diferentes: una pensión por el hecho de ser ciudadano noruego; una pensión por discapacidad; una pensión por ser parte de las Fuerzas Armadas; una pensión cancelada por el beneficiario y una pensión que puede recibirse si se ha vivido en el país más de 2 años³⁰.

Este ejemplo nos permite comprender como la cobertura universal en salud, es decir aquella que garantiza el derecho a esta, es viable cuando se cuenta con la capacidad

²⁹ Bibee, A. y Padrini, F., *Balancing health care quality and cost: the case of Norway*. OECD Economics Department Working Papers. No 481 OECD Publishing. (2006)

³⁰ Antolin, P. y Swyker, W. *How should Norway respond to ageing?* OECD Economics Department Working Papers, No. 296. OECD Publishing (2001)

financiera suficiente como para atender al total de una población, que tiene el tamaño adecuado para ser cubierta con la capacidad de inversión disponible.

Pero la preocupación de un estado cualquiera por hacer de su sistema de salud un mecanismo eficaz en el cumplimiento de los objetivos que se le han asignado, no está relacionada únicamente con la búsqueda de garantizar los derechos de sus ciudadanos, sino que constituye además una condición indispensable para permitir el funcionamiento de la economía. Piénsese en que ocurre con el movimiento del mercado en un país donde es declarada una epidemia: se suspenden las actividades comerciales acarreando una larga lista de consecuencias que agregan a los efectos nefastos sucedidos en materia de salud, un descalabro financiero y productivo.

Un sistema de salud eficaz es también una parte crucial de la estabilidad económica de un país. Para ello me apoyo en la afirmación del sociólogo británico L. T. Hobhouse, citado por Paul Samuelson en *Economía desde el corazón*: “El empresario que cree que se ha "hecho" a sí mismo y que ha edificado él solo su negocio se ha encontrado con un sistema social a su alcance, con trabajadores especializados, maquinaria, un mercado, paz”³¹. Y yo agregaría, condiciones óptimas de salud.

De esta manera, lo que en apariencia es sólo una iniciativa impulsada por la buena intención de garantizar los derechos de los ciudadanos, es también una garantía para el buen funcionamiento de la economía, conduciendo a que el derecho y la economía cooperen para configurar un determinado sistema de atención en salud.

“El funcionamiento del mercado depende de la infraestructura jurídica y la instauración de un estado de derecho.”³² Pero, ¿en qué consiste esta infraestructura jurídica? Amartya Sen afirma:

“¿Y qué decir de la tradición de pensamiento contractual y libertario que ha sido explorada en la literatura de la "elección social" bajo el liderazgo de JAMES BUCHANAN? (1954a, 1954b, 1986). Puede resultar tentador ubicarla en la categoría de justicia procedimental independiente de las consecuencias, puesto que la aproximación refleja gran escepticismo frente a la idea de "bien social". En la forma como explica SUDEN (1993) en esta aproximación, "la sociedad es vista como un sistema de cooperación entre individuos para su ventaja mutua", siendo "el rol primario del gobierno no el de maximizar el bien social, sino, por el contrario, mantener un ordenamiento de reglas dentro del cual los individuos son dejados libres para que persigan sus propios fines". Este ordenamiento de reglas incluye varios derechos y libertades. Su prioridad, en esta interpretación, no reside en sus consecuencias al generar buenos estados de cosas (el así llamado "bien social"), sino, por el contrario, en que los procesos sean claros y justos.”³³

³¹ Samuelson, Paul. **Economía desde el corazón**.

³² Rittich, Kerry. **Derecho y justicia social**.

³³ Sen, Amartya. **Economía de Bienestar y dos aproximaciones a los derechos**. En *Current issues in public choice*. Editado por José Casas Pardo y Friedrich Schneider. Trad. Everaldo Lamprea Montealegre. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, 2002.

Resulta curioso constatar cómo las dos formas de entender el derecho señaladas por Sen, conviven en torno al sistema de salud colombiano, puesto que si bien son los individuos los responsables de velar por su bienestar, también se invoca la idea del bien social al impulsarse la acción comunitaria o con afirmaciones explícitas consignadas en la Constitución Política de Colombia: “Son deberes de la persona y del ciudadano (...) 2. Obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias y ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.”³⁴

Respecto a los elementos económicos y jurídicos que inciden sobre el funcionamiento de los sistemas de salud actuales, pueden considerarse 6 aspectos, 4 de ellos económicos y 2 jurídicos.

En cuanto a los aspectos económicos tenemos:

- a) A la escasez de recursos que afecta también a los sistemas de salud.
- b) De ahí deriva la focalización como alternativa de administración de tales recursos escasos que sin embargo,
- c) Ha puesto en el centro de su ejecución al *homo economicus* como supuesto principal asumiendo que la racionalidad de los individuos permitirá el uso eficaz de los recursos escasos. La focalización en el caso particular de la salud se manifiesta en la selección de una población a la que se le anima a consumir ciertos bienes, los cuales
- d) Se pueden comportar como normales, inferiores, sustitutivos y complementarios.

En cuanto a los aspectos jurídicos, estos apuntan hacia el hecho de asumir al individuo como portador de derechos y en la preocupación por un bien social. En los sistemas de salud y específicamente en el sistema de salud colombiano, se encuentran representadas estas 2 posturas jurídicas, aparentemente irreconciliables.

Estos aspectos económicos y jurídicos generan la contradicción que motiva esta investigación y que he considerado disminuye o anula la eficacia de los tres programas analizados.

Sin embargo, debe profundizarse en esta contradicción que comúnmente se entiende como un asunto de la lucha moral entre el derecho como un deber ser de lo humano en términos de bienestar y, una mirada económica que adopta decisiones pragmáticas en las que se atenta contra la salud de los sujetos.

Realmente la contradicción se expresa según el enfoque que adopte un Estado en su política económica con la cual dirigirá la base financiera de su sistema de salud.

³⁴ **Constitución Política de Colombia.** Capítulo 5. Artículo 95. Página 59 versión en Sistema Braille.

Por ejemplo, un Estado como Noruega garantiza los derechos en materia de salud de sus ciudadanos y a la vez, consigue con la inversión que realiza en este campo, convertirse en una economía sólida.

Que los ciudadanos no gasten en salud, permite que estos cuenten con un mayor poder adquisitivo que se verá reflejado en el consumo de productos que no resultan fundamentales para la existencia.

Se trata de sociedades industrializadas donde el consumo de bienes de lujo verbigracia, moviliza la economía nacional, pues este consumo implica ganancias para el sector productivo del país.

En cambio, un país preocupado por reducir la inversión estatal en materia de salud, acabará por descargar sobre los individuos el costo del mantenimiento de su propio bienestar, ocasionando que la preservación de este como condición que afecta a un colectivo, no se manifieste de un modo homogéneo, debido a que algunos individuos afrontarán el cuidado de su cuerpo y mente de forma más eficiente que otros de acuerdo con los recursos de los que dispongan. En consecuencia estos ciudadanos, restarán de su poder adquisitivo los gastos en salud y este aminoramiento, se reflejará en el consumo que se dé en aquel país.

Así, un país donde el capitalismo industrial está muy desarrollado, un sistema de salud con amplia cobertura se entendería como una inversión que beneficia a la economía en general; mientras que en un país donde predomina un capitalismo insipiente, ligado a estructuras clientelistas, se pensaría al gasto en salud como una carga financiera que pesa sobre el Estado.

Sin embargo, sucede que Estados de todo tipo han buscado reducir sus gastos en salud y además está el caso de Estados Unidos donde el individuo paga elevados precios por acceder a los servicios de atención médica.

Al respecto puede decirse que en cuanto a las reformas efectuadas en los sistemas de salud de todo el mundo para reducir el gasto público, exigiendo pagos por parte de los usuarios, ha correspondido a intentos de evitar aumentos de la inflación producto del aumento de los precios surgidos de un mayor poder adquisitivo. De esta manera se ocasiona que al reducir el gasto en salud, se le dé al individuo una reducción de su capacidad de compra, conllevando las ya indicadas consecuencias para la economía de un país.

Al respecto de Estados Unidos, puede afirmarse que el desarrollo profundo del capitalismo, ha convertido a la salud en un sector cuyo comportamiento es igual al de cualquier sector comercial que actúa en el mercado, con la diferencia que al existir un sistema de aseguramiento, la tendencia es al aumento de los precios de los servicios de salud. En este caso, casi se hablaría de la ausencia de un enfoque de derechos, pero debe señalarse que dicha ausencia acarrea como consecuencia, un aumento de costos de su mantenimiento para los hogares y una baja en el consumo derivado del gasto que se efectúa en la búsqueda de adquirir una protección en salud.

En síntesis, que los hogares no gasten en salud porque el Estado la financia, implica que la economía cuente con mayor poder adquisitivo, y para alcanzar este fin, el derecho y la economía cooperan. Sin embargo ¿es la universalización en salud la solución óptima?

Depreciación y recursos escasos.

Considerando los principios sancionados por las diferentes reuniones internacionales efectuadas en torno a la estrategia APS y los modos como tales principios han sido implementados en el caso de Noruega citado como ejemplo, queda explicitada la contradicción más destacada que modela a los sistemas de salud: por un lado el componente estrictamente económico que busca optimizar el uso de los recursos escasos para alcanzar los mejores resultados posibles en materia de salud, y por otro, los derechos de los pacientes, del personal que presta los servicios de salud y personas ligadas con los pacientes como es el caso de los cuidadores:

“En mi opinión el interés en los AKC y su empleo es el resultado de la creciente comprensión de que vivimos en un mundo de recursos escasos y de que el problema económico fundamental de la sociedad radica en asignar estos recursos en una forma tal que satisfaga al máximo las necesidades humanas. La salud es una necesidad humana esencial, probablemente la más esencial, pero con todo es solamente una de las múltiples necesidades en oposición. Ni esta sociedad ni ninguna otra está en condiciones de asignar a la salud todos los medios que los médicos y otros profesionales en este campo creen que podrían beneficiar a sus pacientes.”³⁵

Considerando la afirmación anteriormente citada, cabe preguntarse si efectivamente son escasos los recursos que requeriría la salud para funcionar y la respuesta es tajante:

Al realizarse esta afirmación no se está teniendo en cuenta el desarrollo tecnológico ligado a la salud. Cuantos recursos demandaba el cuidado de una ostiomelitis antes de la aparición de la penicilina: se requerían más horas de hospitalización, y derivadas de estas, eran necesarias más horas de trabajo del personal sanitario, más uso de fármacos costosos y poco eficaces y era probable que todos esos esfuerzos desplegados resultaran inútiles ante un casi garantizado fallecimiento del paciente.

Las nuevas tecnologías han generado en muchos casos que se reduzcan los costos, de manera que no se trata de ahorrar recursos, sino de evitar que proliferen las circunstancias en las que se generan las necesidades que obligan a los pacientes a utilizar el sistema de salud y de emplear terapias y técnicas más eficaces.

³⁵ Luce, Brian y Warner, Kenneth. **Análisis de costo beneficio y costo eficiencia en la atención en salud. Principios, práctica y potencialidades.** Secretaría de Salud. Fondo de Cultura Económica. México, 1995

Con esta idea se propuso la estrategia P Y P, pero para ilustrar la contradicción que se crea al aplicarla a carta cabal, me permitiré consignar una broma que circulaba en la Secretaría Distrital de Salud en la época en que yo me desempeñaba como referente de gestión local en el hospital de Usme:

“Si la mayor cantidad de dinero que le ingresa a los hospitales procede de la atención a los partos, entonces nuestro deber es pinchar los condones que repartimos en el programa de salud sexual y reproductiva.”

En efecto, si la P Y P funciona, se reducen los ingresos que por cuenta de los servicios asistenciales reciben los hospitales, ocasionando que se necesiten menos profesionales, menos personal administrativo y en resumen, disminuyendo el gasto en el sistema de salud.

Al respecto considérese el caso de Japón:

Japón

En 1888 la medicina occidental llegó a Japón, apreciada particularmente por los beneficios que ésta aportaba en la lucha contra las enfermedades infecciosas. El sistema de salud japonés fue gratuito hasta 1987 cuando se solicitó a los usuarios pagar por la atención. Estos manifiestan en un 64% de los casos estar satisfechos con la atención, pero esto puede deberse a que presentan una baja expectativa frente a la oferta de servicios que les brinda el sistema de salud. Aunque el gasto del sistema de salud japonés se incrementó en un 4% durante la década de 1990, su gasto en 1998 ascendía al 7,6% del PIB, es decir por debajo del 8,7% que corresponde al promedio del G-7 y por debajo del 7,9% que es el promedio de la OCDE. Este menor gasto se asocia a razones culturales pues elementos como la dieta japonesa evitan un mayor uso de los servicios del sistema de salud. Aunque el sistema de salud japonés es público, se abastece con proveedores privados³⁶.

Las variaciones más recientes que han experimentado los sistemas nacionales de salud se desarrollaron persiguiendo el objetivo de dotar de eficiencia y productividad a tales sistemas y de ese modo hacer frente a la escasez de recursos diagnosticada por los ministros participantes en la reunión de Santiago de Chile de 1972. Con este fin se implementaron políticas que operan en la actualidad: “Se ve cómo han aparecido y se están imponiendo ya toda una serie de propuestas y políticas como la descentralización, la focalización, el subsidio y la dolarización. Algunas de estas propuestas

³⁶ Hurst, J. y Jeong, H. **An assessment of the performance of the Japanese health care system.** OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers. No. 56. OECD Publishing (2001)

se han venido convirtiendo para algunos en un nuevo paradigma para el manejo de lo social y particularmente para el manejo del gasto social.”³⁷

De entre estas políticas, resalta especialmente la focalización que fue definida como contraria a la política de universalización en 1997 por Rolando Franco, quien era por aquella época director de la CEPAL: “La universalización por criterios más transparentes que orientarían los servicios proporcionados en beneficio de un grupo restringido. Focalizar es identificar con la mayor precisión posible a los beneficiarios potenciales y diseñar el programa con el objetivo de asegurar un impacto per cápita elevado sobre el grupo seleccionado mediante transferencias monetarias o entrega de bienes o servicios.”³⁸

De este modo, el hecho de descargar sobre los individuos la responsabilidad de velar por su propia salud, cuando se sabe que estos, por contar con bajos ingresos al habitar en contextos de pobreza, permite que se siga necesitando al sector asistencial de los hospitales en una proporción muy elevada que es la que hace que constantemente exista la preocupación por reducir los gastos en los sistemas de salud, pero sin lesionar los intereses de los profesionales sanitarios, administrativos y comerciales que se desempeñan en ellos.

Pobreza y responsabilidad individual.

Como el concepto de pobreza varía según la manera como esta se describa (Rodríguez, 1972), y se aborde metodológicamente, es decir si se entiende como bajos ingresos o necesidades básicas insatisfechas, introduciré el concepto de clase social formulado por Lenin:

“Grandes grupos de personas que se diferencian entre si por el lugar que ocupan en un sistema de producción social históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran respecto de los medios de producción (relaciones que las leyes refrendan y formulan en gran parte), por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo y consiguientemente por el modo y la proporción en que perciben la parte de riqueza social de que disponen. Las clases son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo del otro por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social”³⁹

³⁷ Restrepo, C. **Pobreza urbana en Medellín: mediciones y percepciones**. Ed. Corporación Región. Medellín, 2000

³⁸ Franco, 1997, citado en Restrepo, C. *Ibíd.*

³⁹ Lenin, V. Citado en **Diccionario marxista de terminología política**. 1970.

Así, al retomar los datos arrojados por la encuesta y por la entrevista, se evidencia que la posibilidad de adquirir los bienes necesarios para preservar la salud, procede del salario, que ofrece un ingreso predecible, o de actividades comerciales, que generan una ganancia variable. De este modo y retomando la definición de clase social ya señalada, las encuestadas y entrevistadas pertenecerían al proletariado o a semiproletariado, dos clases sociales que por el papel que desempeñan en la producción, son las que reciben menores ingresos.^{40 41}

Sin embargo, a la hora de seleccionar a quienes se beneficiarán de los programas de P Y P, no se tiene en cuenta esta relación de las poblaciones con la producción y con el ingreso, sino que se alude a conceptos generalizadores como el estrato socio económico, que es una medida sectorial para graduar el cobro de los servicios públicos.

Respecto a la selección de los beneficiarios, los criterios empleados por los hospitales públicos del distrito capital, son en primer lugar, la aplicación de programas en territorios en donde predomina la población en condición de pobreza. En segundo lugar, se emplea a las familias como una unidad básica al igual que los colegios, entendiendo a estas y a estos como escenarios donde se encuentra una población cautiva que se vincula a los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Los espacios laborales, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los barrios son empleados de igual manera como unidades en donde se ejecutan las acciones relacionadas con la prevención y la promoción. Finalmente existen poblaciones especialmente atendidas como las madres gestantes, personas en situación y condición de discapacidad, niños y niñas, grupos indígenas, afrocolombianos, desplazados, entre otros, que son los seleccionados para la aplicación de la focalización.

Dejando atrás el tema de las clases sociales y de las consideraciones generales respecto de la pobreza, se puede constatar que detrás de asignarle al individuo el papel de velar por su propia salud se encuentra el supuesto de que existe un sujeto racional que es quien toma las decisiones que más le convienen para su bienestar, el llamado *homo economicus*: “ese individuo egoísta, calculador y racional, que la economía coloca en el centro de sus especulaciones teóricas”⁴²

⁴⁰ Tse-Tung, Mao. Tomado de internet. [http://www.marx2mao.com/M2M\(SP\)/Mao\(SP\)/AC26s.html](http://www.marx2mao.com/M2M(SP)/Mao(SP)/AC26s.html)
[Consulta: 27 - enero-2011]

⁴¹ Colmenares J. & Romero M. **Sociografía multisensorial acerca de la economía y la política del municipio de Fômeque, Cundinamarca.** [Tesis de pregrado] Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas; 2004.

⁴² Caillé, Alain. **El nacimiento del homo economicus.** En Revista El Correo de la UNESCO. Número 76. Marzo de 1997.

Pero este pretendido *homo economicus*, además de enfrentarse a desafíos que restringen radicalmente su accionar racional, como señalaba la cita de Keynes introducida en el capítulo primero, es sujeto de derechos lo cual modela e influencia la manera en que han sido concebidos los sistemas de salud.

Conforme se hace necesario cargar sobre los individuos la responsabilidad de velar por su propia salud con el fin de disminuir los gastos del Estado, se configura un determinado orden jurídico que favorece a estas iniciativas. Un ejemplo de esto es el sistema de salud colombiano, llamado “de pluralismo estructurado”, por contar con un régimen subsidiado y con un régimen contributivo.⁴³

Colombia

En el caso colombiano, la asistencia en salud cuenta con la opción de ser subsidiada en la circunstancia de no pertenecer al grupo de contribuyentes que aportan al sistema de salud en un porcentaje específico de su salario. Así la asistencia se divide en Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo, que en ninguno de los dos casos resulta gratuita totalmente. Únicamente la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son gratuitas. Cuenta con 22 millones de vinculados al régimen subsidiado y 20 en el contributivo, lo cual tiende a generar déficit en la relación ingresos-egresos del sistema. En general la población expresa insatisfacción con los servicios de salud aunque no está claro el nivel de expectativas que suscita el sistema. Tal vez debido a la percepción negativa que existe en torno los servicios de salud, han prosperado ofertas de medicina prepagada realizadas por las empresas prestadoras de servicios de salud E.P.S.

Por último, puede señalarse con toda contundencia y claridad que ni ahorrar recursos es la mejor estrategia macroeconómica en materia de salud, ni los recursos son necesariamente escasos, ni los individuos están en capacidad de adquirir los bienes que les permitan preservar su salud debido a la estructura social en la que se encuentran inmersos, de manera que como indican recientes artículos de la ONU y del London School of Economics^{44 45}, la crisis económica desatada en 2009 y la relación de los sujetos con los programas de P y P, harían de estas iniciativas algo casi inoperante.

⁴³ Hernández M. **Neoliberalismo en salud: Desarrollos, supuestos y alternativas**. En: La Falacia neoliberal crítica y alternativas. 2003.

⁴⁴ OIT. **The global social crisis. Report on the world social situation 2011**. Artículo de internet. http://intranet.oit.org.pe/index.php?option=com_content&task=view&id=2010&Itemid=1416 [Consulta: 28-julio-2011]

⁴⁵ London School of Economics and Political Science. **Demand and pricing of preventative healthcare**. Artículo de internet. <http://eprints.lse.ac.uk/37159/> [Consulta: 28-julio-2011]

Recomendaciones

La presente investigación desarrollada en un centro de prestación de servicios de salud como es la Unidad Primaria De Atención Emaus, ubicada en la localidad de Engativá, resulta ser, conforme a sus conclusiones, un antecedente de donde deriva el interés y la necesidad de indagar sobre cómo se desarrolla la relación de los hogares con los tres programas elegidos.

Por lo tanto, en el futuro sería pertinente repetir la experiencia en el mayor número de localidades posible, de manera que pueda establecerse un análisis que englobe al Distrito capital en su conjunto, y en consecuencia genere conclusiones que sean más abarcantes que las emanadas de este trabajo.

Finalmente, resulta de particular interés que el total de las encuestadas y entrevistadas sean mujeres, confirmando lo planteado por Debarati Guha- Sapir, que afirma que las mujeres son cruciales en la prevención de emergencias de todo tipo. He aquí un campo para explorar en el futuro con la mirada propia de los estudios de género.

Conclusiones

1. En el caso abordado, la investigación cualitativa y la cuantitativa se complementaron para indicar un ingreso promedio de \$800.000 por cada familia encuestada y entrevistada de los cuales se requerirían \$360.000 para obtener una canasta de alimentos nutritivos y un preservativo durante 30 días. Los bienes restantes se pueden adquirir con una periodicidad menos regular. Aunque en las afirmaciones hechas por las entrevistadas, es evidente que la canasta de bienes no está claramente discriminada, el costo objetivo que esta canasta de bienes presenta corresponde a una proporción muy elevada del ingreso de la familia.
2. Resulta muy relevante que todas las encuestadas y entrevistadas sean mujeres, señalando la falta de participación de los hombres en los espacios dedicados a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. De esta manera, sin ser un tema central de este estudio, puede considerarse como una opción de búsqueda futura, el análisis de las relaciones de género que se dan alrededor de los tres programas abordados.
3. La responsabilidad que constantemente se le señala a quienes participan en los talleres de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, genera que al ser encuestados acerca del consumo de determinados bienes, afirmen obtenerlos todos sin que esto sea necesariamente cierto. Esto se liga a la aplicación de la idea del *homo economicus* a la salud.
4. Por último, aunque una presentación de resultados como la recién expuesta parece ser difusa e inasible, es en esta complejidad donde subyace la posibilidad de leer la realidad con la mayor precisión que pueda alcanzarse, para permitir así a quienes trabajan en la economía o en el sector de la salud, adoptar decisiones acordes con los procesos y las necesidades de las poblaciones. Con frecuencia he empleado los promedios como herramienta de simplificación, pero el espíritu de esta investigación está unido a las palabras que Jean Marie Auzias ha escrito en su nota para el lector de su libro “El Estructuralismo”:

“Ser claro consiste en dar contenido complejo a lo que es, de suyo, complejo...”⁴⁶

⁴⁶ Auzias, J. M. **El estructuralismo**. Ed. Alianza, Madrid, 1970

BIBLIOGRAFÍA

ALMA-ATA, preguntas y respuestas. Consultado en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma_preguntas.htm

ANTOLIN, P. y Swyker, W. **How should Norway respond to ageing?** OECD Economics Department Working Papers, No. 296. OECD Publishing (2001)

AUZIAS, J. M. **El estructuralismo.** Ed. Alianza, Madrid, 1970

BAUM, N. y Dorr, S. **Define “affordable”.** The Hastings Center Report. Sept-Oct 2006; 36,5; Proquest Nursing & Allied Health Source. Pg. 22

BIBEE, A. y Padrini, F., **Balancing health care quality and cost: the case of Norway.** OECD Economics Department Working Papers. No 481 OECD Publishing. (2006)

BOTT, M. **Care planning efficiency for nursing facilities** Nursing Economics: March-April 2007. Vol. 5, No. 2. Pg. 85

CABRILLO, Francisco. **Historias de economistas ilustres.**

CAILLÉ, Alain. **El nacimiento del homo economicus.** En Revista El Correo de la UNESCO. Número 76. Marzo de 1997.

COLMENARES J. & ROMERO M. **Sociografía multisensorial acerca de la economía y la política del municipio de Fómeque, Cundinamarca.** [Tesis de pregrado] Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas; 2004.

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 100, 1993.

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438, Reforma a la salud, 2010.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Informe sobre Gasto y la política social. 2004.

ENGELS, F. **Dialéctica de la naturaleza.** [Tomado de internet]
<http://www.marxists.org/espanol/m-e/1870s/75dianatu.htm> [Consulta: Enero-13-2011]

GARAT, Diego y Scarone, Carlos. Desarrollo productivo: los límites de la investigación cualitativa asistida por computadora en economía. Una investigación de campo. Página 5. Chile, 2007

GARAYOA, J. A. y Sandri, P. **Paul Romer.** Tomado de Relieves Braille 5 de Agosto de 2005. No. 902. Tomado de La Vanguardia.

GÓNGORA A y Otros. **Etnografías Contemporáneas,** Universidad Nacional De Colombia, 2003.

GUHA-SAPIR D. **“Las mujeres, un eslabón indispensable”** El Correo De La UNESCO, noviembre de 1997, No 69.

HONIG, J. et al. **Essential health care: affordable for all.** Nursing Economics. Sept – Oct. 2004; 22, 5. ProQuest Nursing and Allied Health Source.

HURST, J. y Jeong, H. **An assessment of the performance of the Japanese health care system.** OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers. No. 56. OECD Publishing (2001) **Constitución Política de Colombia.** Capítulo 5. Artículo 95. Página 59 versión en Sistema Braille.

INCI. **Constitución Política de Colombia.** Capítulo 5. Artículo 95. Página 59 versión en Sistema Braille.

OIT. **The global social crisis. Report on the world social situation 2011.** Artículo de internet.
http://intranet.oit.org.pe/index.php?option=com_content&task=view&id=2010&Itemid=1416 [Consulta: 28-julio-2011]

KEYNES, John Maynard. **El final del laissez faire.** Pág. 9. Versión digital de www.librodot.com

- LÉVY, Tony. **Del número a la palabra**. El Correo De La UNESCO número 61 Marzo de 1994.
- LEWIS, O. **Antropología De La Pobreza**. Fondo De Cultura Económica sexta edición, México, 1972.
- London School of Economics and Political Science. **Demand and pricing of preventative healthcare**. Artículo de internet. <http://eprints.lse.ac.uk/37159/> [Consulta: 28-julio-2011]
- LUCE, Brian y Warner, Kenneth. **Análisis de costo beneficio y costo eficiencia en la atención en salud. Principios, práctica y potencialidades**. Secretaría de Salud. Fondo de Cultura Económica. México, 1995
- MARX, K. **La Dominación Británica En La India**, 1853. Tomado de 1500 libros digitales.
- PALACIO J. **Contradicción dialéctica y libertad**. <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Qw4wRY2pKdMJ:www.purochile.rrojasdatabank.info/cuqui20jul>
- RESTREPO D. editor, **La Falacia Neoliberal crítica y alternativas**. Universidad nacional de Colombia, 2003.
- RESTREPO, C. **Pobreza urbana en Medellín: mediciones y percepciones**. Ed. Corporación Región. Medellín, 2000
- RESTREPO, O. AMAYA J. **Ciencia y Representación**. Universidad nacional De Colombia 1999.
- RITTICH, Kerry. **Derecho y justicia social**. El Correo De La UNESCO, Número 87, SEPTIEMBRE DE 1999.
- SAMUELSON, Paul. **Economía desde el corazón**. Pág. 21. Ed. Orbis. Barcelona, 1984
- Secretaría Distrital De Salud. Diagnóstico Local De Engativá. 2008

Secretaría Distrital De Salud, Lineamientos PAB, 2006.

Secretaría Distrital De Salud. Lineamientos PIC, 2011.

SEN, Amartya. **Economía de Bienestar y dos aproximaciones a los derechos.** En Current issues in public choice. Editado por José Casas Pardo y Friedrich Schneider. Trad. Everaldo Lamprea Montealegre. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, 2002.

VARIAN, Jal. Microeconomía intermedia: un enfoque actual. Ediciones Antoni Boch, Alfa Y Omega Colombiana, 1999.