

Comentarios a la presentación “Guerra, Ambiente y Salud en Colombia”*

Académico Dr. Gabriel Carrasquilla Gutiérrez

Ante todo, quiero agradecerle a la Academia Nacional de Medicina, a su Junta Directiva y al Presidente, como también al Dr. Hugo Sotomayor, porque me han honrado con la estimulante tarea de hacer comentarios en tema tan importante, pero difícil.

La presentación del Académico Sotomayor ha sido, como se podría esperar, una disertación valiosa en la que confluyen sus grandes dotes de humanista, su aplicación de un sentido social de la medicina y de la salud y su comprensión de la situación del país, que le inquieta y, por tanto, analiza con la debida frecuencia y la profundidad requerida.

En su interesante presentación, el Académico Sotomayor ha tocado diferentes aspectos, unos relacionados con la salud, otros en un sentido más amplio con aspectos sociales y políticos del conflicto armado en Colombia, y con la valentía y capacidad de análisis que le son propios apunta a resaltar hechos contundentes, que invitan a la reflexión y al compromiso, como los que me permito resaltar a continuación:

Los recursos obtenidos por grupos armados como resultados de secuestros de extranjeros.

El crecimiento del pie de fuerza alcanzado con base en el enriquecimiento, obtenido en buena parte con recursos de la producción y comercialización de drogas ilícitas.

Las implicaciones de la debilidad del gobierno anterior en el crecimiento y consolidación de grupos armados.

La muy controvertible posición de los Estados Unidos que consume el 90% de la cocaína producida en Colombia y la ayuda convertida en contratos para el sector privado y empresarial norteamericano.

El impacto ecológico de las voladuras de oleoductos, fumigación aérea o siembra de cultivos ilícitos (4 Has de bosque destruido/Ha de cocaína sembrada).

Relevante contraste entre los 100 casos de accidentes ofídicos en Colombia comparado con los 250 de lesiones por minas antipersonales.

Se muestra un crecimiento de subversión y hectáreas cultivadas de cocaína entre los años 1980-2001; el coeficiente de correlación entre crecimiento de subversión y hectáreas es de 0,8932.

Si se suma al crecimiento de la subversión el de grupos de autodefensas, el coeficiente de correlación es de 0,9308. Si bien es cierto que una correlación tan alta como las que se han presentado no implica causalidad, sí es evidente la asociación estadística entre las dos variables que hacen pensar que esta asociación es más que la sola correlación estadística.

Toda la anterior es información valiosa y contundente que el Dr. Sotomayor presenta para resaltar la preocupación que se refleja a lo largo de toda la presentación, de las implicaciones de esta larga guerra de 123 de los 183 años de vida republicana en Colombia.

Bien vale la pena, con base en lo presentado en la conferencia del Académico Sotomayor, resaltar cuatro aspectos que se deben comentar:

- El perfil epidemiológico del país y su relación con el conflicto armado.
- Las implicaciones del conflicto en las enfermedades transmitidas por vectores.
- Una situación particular del conflicto y sus implicaciones en la salud y en el sistema de salud: Los desplazados.
- Los recursos asignados a la guerra y su relación con los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

1. El perfil epidemiológico del país y su relación con el conflicto armado

Desde la segunda mitad del siglo XX se ha definido la transición epidemiológica como el cambio del perfil de enfermedad de los países de acuerdo con su estado de desarrollo. En general los países desarrollados pasaron de una etapa en el siglo XIX y comienzos del siglo XX en el que primaban las enfermedades infecciosas y la expectativa de vida era bien reducida porque

* Sesión de julio 31 de 2003.

no había disponibilidad de antibióticos para tratarlas, pasando luego a una etapa en la que las enfermedades cardiovasculares comenzaron a tener mayor prevalencia, mayor mortalidad y se presentaban en épocas más tardías de la vida. Posteriormente, se presentó una mayor frecuencia de cáncer y la mortalidad por esta causa pasó a estar en los primeros lugares. Por último la aparición de las así llamadas causas asociadas al desarrollo como accidentes de tránsito y otras causas externas cobran gran cantidad de víctimas. Sin embargo, esta transición se dió con el tiempo en más de un siglo, y los países pudieron disponer de recursos, hacer los planes y preparar los servicios para ir afrontando los problemas que se iban presentando de una manera progresiva.

No ha ocurrido lo mismo en países como Colombia que, en lugar de una transición epidemiológica, ha presentado una ACUMULACIÓN EPIDEMIOLÓGICA. Diferentes grupos de población presentan diferentes problemas, las enfermedades infecciosas, en particular la diarrea y la infección respiratoria aguda en los niños y la malaria y TBC, solo para citar dos, en todos los grupos de edad, se presentan en grupos de población especialmente vulnerables. En las zonas más empobrecidas de las zonas urbanas y en las zonas rurales aún priman las enfermedades infecciosas. Pero también hay grupos de población en los que las enfermedades cardiovasculares son las más prevalentes y los factores de riesgo aún frecuentes afectando a adultos relativamente jóvenes que mueren o quedan con discapacidad secundaria a una de estas enfermedades. Desde luego que el cáncer en sus diferentes formas también se ha venido presentando dependiendo del género y del nivel socioeconómico (Ca cervix y Ca de mama en las mujeres, por ejemplo). Finalmente, la aparición de las causas externas, no solamente debidas a los accidentes sino a la violencia interpersonal o como resultado del conflicto armado ha irrumpido en el perfil epidemiológico de nuestro país causando un impacto muy importante en los grupos de hombres jóvenes, llevando a que actualmente la diferencia en la expectativa de vida entre hombres y mujeres sea de 6 años. 75.7 años para las mujeres y 69.6 para los hombres. El impacto económico de este efecto es inmenso porque son personas productivas que por muerte temprana dejan de serlo.

Igualmente importante es el impacto sobre los servicios de salud. Si bien es cierto que con frecuencia la muerte es instantánea, debe tenerse en cuenta que a los centros de atención llegan pacientes con traumas muy severos que demandan gran cantidad de esfuerzos y de recursos. Con frecuencia son pacientes no afiliados al SGSSS (cuya cobertura alcanza 50%) y por tanto es la familia o el hospital público, en la

mayoría de los casos, quienes tienen que cubrir los costos de la atención.

En términos de la acumulación epidemiológica, los recursos disponibles serán siempre insuficientes para atender un espectro tan amplio y disperso de problemas. Difícil, por supuesto, la asignación de los recursos porque el dilema del tomador de decisiones es definir la prioridad para orientar los recursos. Cuando se trata de este fenómeno, en que las enfermedades infecciosas, las crónicas, las causas externas, todas aportan un importante contribución a la mortalidad y los AVISAS los recursos siempre serán insuficientes, las decisiones difíciles y el impacto en la salud limitado.

2. Las implicaciones del conflicto en las enfermedades transmitidas por vectores

La re-emergencia de las enfermedades transmitidas por vectores se ha visto particularmente importante en las zonas de conflicto. La tendencia de casos de **malaria** en la última década, muestra un aumento a partir de 1999. Si se observa por departamento, aquellos en donde el conflicto armado es más severo aportan el mayor número de casos de malaria. Igualmente sucede con el índice parasitario anual (IPA) y con la mortalidad, se observa como se ha incrementado la mortalidad en departamentos como Cauca, Chocó, Nariño, Caquetá y Valle, que coinciden con zonas de conflicto armado, en particular la zona pacífica.

Una de las principales dificultades que se presenta para el control de malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores es la prevención a través del uso de insecticidas y las actividades de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno porque los agentes de salud no se pueden desplazar con la amplitud y seguridad que solían hacerlo para tener una cobertura amplia. Por el contrario, los funcionarios ven restringidas sus posibilidades de desplazamiento y, lo que podría esperarse, se abstienen de hacerlo aduciendo razones de seguridad.

Se han registrado hasta la semana anterior 51 casos de **fiebre amarilla** en una zona donde no se habían presentado casos en los últimos 30 años (La zona de Convención, El Tarra y El Carmen en Norte de Santander). Adicionalmente la presencia de fiebre amarilla se detectó en el año 2002 en departamentos con selva húmeda tropical como Meta, Guaviare y Vichada donde también existen cultivos de hoja de coca.

Dengue es una situación similar porque debido a la situación de conflicto se presentó la reintroducción del serotipo 3 desde Venezuela por el departamento de Santander en 2001, se afectaron soldados colombianos que cuando se dispersaron generaron el brote de 2002, por este serotipo.

3. Una situación particular del conflicto y sus implicaciones en la salud y en el sistema de salud: Los desplazados

Otra situación que bien vale la pena considerar, entre las mencionadas por el Académico Sotomayor, es la de los desplazados y su relación con la salud.

En primer lugar la condición de desplazamiento es ya, por definición, una situación alterada de la salud del individuo porque tiene implicaciones de salud mental sumamente importantes con las consecuencias que ello tiene, por ejemplo en disminución de defensas para enfermedades infecciosas, exposición a diferentes factores de riesgo, movilización de personas vulnerables hacia lugares donde puede haber gérmenes que infectan con facilidad causando morbi-mortalidad, disminución de la ingesta de alimentos conduciendo a desnutrición y otras consecuencias en la salud individual bien definidas.

Además de los riesgos inherentes al desplazamiento, se debe considerar la situación de acceso y uso de servicios de salud en situaciones de desplazamiento.

En primer lugar la demanda de atención por desplazados rebasa la capacidad financiera del estado para cubrir sus gastos de atención. En efecto, el CNSSS requirió incrementar el aporte para atención de desplazados en 70.000 millones de pesos para el año 2002 y establecer una nueva reglamentación para su atención trasladando la responsabilidad a los entes

territoriales. Como estos deberán contratar con las IPS públicas la atención de los desplazados, estas se verán afectadas en su ingresos porque necesariamente los atenderán (como debe ser) pero finalmente no habrá los suficientes recursos para cubrir su atención. Un efecto adicional a las ya afectadas IPS públicas, en particular en aquellos departamentos de zonas de conflicto y que tienen una mayor cantidad de desplazados.

4. Los recursos asignados a la guerra y su relación con los recursos del SGSSS

Si, como lo afirma el Dr. Sotomayor, el costo del conflicto representa un 125% del gasto público en salud en Colombia, es decir que si estos recursos se utilizaran en salud se tendría el doble de la actual asignación. Teniendo en cuenta que la cobertura en el régimen subsidiado es de 11.4 millones de habitantes, de acuerdo con informes del Ministerio de la Protección Social y de 13 millones en el régimen contributivo, es decir que faltarían por cubrir cerca de 20 millones de personas, que es prácticamente la mitad de la población del país, y que requeriría el 100% de los recursos actuales del gasto público en salud. En pocas palabras, se podría tener cobertura completa de la población colombiana en la afiliación al SGSSS. Como concluye el académico Sotomayor, la medida más importante de Salud Pública en el país sería la finalización del conflicto armado por sus implicaciones en la mortalidad, las condiciones de salud y la prestación de los servicios.