

Una propuesta de innovación en políticas de aseguramiento en salud, basada en hallazgos de investigación: el caso de los trabajadores cesantes en Medellín, Colombia

An innovative proposal for health insurance policies based on research results: the case of unemployed in Medellin, Colombia

Álvaro Cardona ¹
Emmanuel Nieto ¹
Román Restrepo ¹
Óscar Sierra ¹
Carlos Enrique Cárdenas ²
Felipe Aguirre ³

Abstract

In recent decades there has been an important academic debate on how to transfer research-based knowledge to the health policy-making process. Despite an intensive controversy and various approaches to the problem, there is basic consensus concerning both the academic relevance and the usefulness of further evaluation of concrete experiences that allow conclusions and clarification of what are still confusing issues. The current article discusses a joint research experience by professors and local and regional health policy-makers. The research focused on the socioeconomic conditions, duration of the employment/unemployment cycle, and features of health insurance for workers that lost their jobs in the Greater Metropolitan "Valle de Aburrá" Area (Antioquia, Colombia) in 2005, as the basis for a proposal to guarantee the maintenance of health insurance for these workers. The potentialities and difficulties of the interactive process are analyzed. The article is also intended to elucidate how scientific outcomes influence policymaking in health, as well as the difficulties imposed by concrete reality and the political process for implementing the innovative proposal.

Social Welfare; Unemployment; Health Public Policy; Workers

Introducción

En las últimas décadas ha habido una notable preocupación académica acerca de cómo lograr que los resultados de las investigaciones en Salud Pública y protección social sean útiles para la formación de políticas públicas ^{1,2,3,4}. Muchos autores llaman la atención sobre la necesidad de poner mayor atención en los procesos de definición de esas políticas, en las diversas maneras en las que se relacionan los actores que participan en su formación y en el contexto en que ellos actúan.

Se han multiplicado las publicaciones que intentan esclarecer la importancia de que los tomadores de decisión políticos participen en el proceso de investigación, junto a los investigadores académicos, para que sus resultados sean adoptados como políticas de salud ^{5,6,7,8}. En ellas también se exploran otros aspectos relacionados, tales como los mecanismos de comunicación de los resultados de las investigaciones y los efectos instrumentales o conceptuales en sus usuarios ⁹.

Han surgido conceptos que tienen importancia en el proceso de transferencia del conocimiento a las decisiones de políticas públicas. Uno de ellos es el de *diseminación de los resultados de la investigación*, con el que se quiere significar el despliegue activo de esfuerzos planeados para persuadir a los tomadores de decisión políticos de la necesidad de acoger los

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Secretaría de Salud del Municipio de Medellín, Medellín, Colombia.

³ Secretaría de Salud del Departamento de Antioquia, Medellín, Colombia.

Correspondencia

A. Cardona
Facultad Nacional de Salud Pública,
Universidad de Antioquia,
Calle 62, n. 52-19,
Medellín, Colombia.
alvarocardona@guajiros.
udea.edu.co

resultados empíricos de la investigación, con el fin de adoptar alguna política pública innovadora. Ese concepto ha sido planteado en oposición al más tradicional de *difusión*, que a juicio de sus críticos se concentra en la distribución pasiva y circunstancial de los hallazgos de las investigaciones ¹⁰.

Otro concepto importante es el de *políticas públicas basadas en la evidencia*, que resalta la importancia de que se atienda a hechos verificables para soportar los procesos decisorios ^{7,11}. Este concepto, a pesar de ser esclarecedor, debe matizarse teniendo en cuenta que la adopción de innovaciones en políticas públicas no es un evento sencillo, sino un proceso en el que convergen variables sociales, económicas, políticas y culturales, complejas por definición. Algunos autores incluso formulan que no está demostrado que el mayor conocimiento científico de un problema sea lo que determine la puesta en movimiento de una política pública. Sugieren que consideraciones de tipo ideológico, político o económico pueden llegar a ser más determinantes ^{10,12}.

Aunque sobre estos temas existe una amplia controversia, hay consenso acerca de su relevancia académica y de la necesidad de seguir analizando experiencias que permitan extraer conclusiones que clarifiquen aspectos todavía confusos.

En este artículo se presenta la experiencia de trabajo conjunto desarrollada durante los últimos tres años por investigadores de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, y tomadores de decisión políticos en salud del nivel regional y local en Colombia (los Secretarios de Salud del Municipio de Medellín y del Departamento de Antioquia). La investigación que le sirve de base partió del análisis de los contenidos y logros de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia, aprobada mediante la *Ley 100* de 1993 ¹³.

Esta ley, que introdujo cambios profundos en la organización del aseguramiento y la prestación de servicios de salud, se propuso el logro del aseguramiento universal en salud hacia el año 2000. Su fundamento conceptual pasa por los siguientes ejes: (a) separación entre administración de recursos y prestación de servicios; (b) introducción de la competencia regulada; (c) facilitación de mayores espacios para la participación del sector privado; (d) sustitución progresiva del "subsidio a la oferta" por el "subsidio a la demanda" ¹⁴.

La ley también definió una estructura organizativa y funcional del Sistema de Seguridad Social en Salud basada en estos nodos: (a) orientación y control a cargo del Ministerio de Salud;

(b) definición de un Plan Obligatorio de Salud (POS), que establece el conjunto de servicios de salud que el sistema dispone para los afiliados; (c) establecimiento de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC); (d) establecimiento de dos regímenes para los participantes en el sistema: Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado; (e) creación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas de la afiliación, recaudo de cotizaciones y de garantizar los servicios del POS a sus afiliados y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), encargadas de la prestación directa de los servicios de salud; (f) creación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que tiene a su cargo la administración de los recursos financieros del sistema ¹³.

A pesar de la reforma, hacia finales del año 2004 el aseguramiento sólo alcanzaba al 59,1% del total de la población ¹⁵, pudiéndose identificar a los trabajadores que pierden su empleo como uno de los grupos sociales excluidos.

Nuestro trabajo de investigación exploró las condiciones socioeconómicas, el ciclo empleo-desempleo y las características del aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (Antioquia, Colombia) en el año 2005, lo que fundamentó la presentación a la administración municipal de Medellín de una propuesta de intervención que garantice la sostenibilidad de su aseguramiento en salud y de sus familias. Se trató de una investigación descriptiva, retrospectiva y de corte transversal, soportada en lo fundamental en información primaria.

Para la caracterización de las condiciones socioeconómicas de los trabajadores cesantes en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá se aplicó una encuesta domiciliaria en una muestra representativa de una población de 59.046 trabajadores cesantes, reportados por el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y por tres de las EPS con mayor número de afiliados en los municipios del Valle de Aburrá. Esta población de referencia cumplía con el criterio de haber quedado cesante en el período definido por los investigadores, que fue de 15 meses comprendidos entre el 1 de agosto de 2003 y el 31 de octubre de 2004. La muestra de 569 personas se obtuvo mediante muestreo aleatorio simple, con error aleatorio de 5%, nivel de confianza de 95% y 10% por pérdidas y demás dificultades al momento de recolectar la información. La encuesta se validó mediante consulta con expertos y su aplicación como prueba piloto a 50 trabajadores cesantes seleccionados aleatoriamente de la población de referencia. Las expectativas y propuestas de los trabajado-

res cesantes se exploraron mediante ocho grupos focales, a cuyos participantes se les hizo una entrevista semi-estructurada.

Para diseñar la estrategia de intervención se consideró la experiencia exitosa del “Banco de los Pobres” de la ciudad de Medellín (basada en la iniciativa del economista Muhammad Yunus ¹⁶) y se tuvo en cuenta la compleja normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Además se recurrió a la asesoría de un grupo de expertos en econometría para establecer las condiciones de manejo de las variables económicas que garantizaran su sostenibilidad financiera. También se tuvieron en cuenta las opiniones de los trabajadores cesantes participantes en los grupos focales.

La presentación de la propuesta de intervención a consideración del Concejo y de la Administración Municipal de Medellín se hizo con la intermediación de los tomadores de decisión políticos, integrantes del grupo de investigación y con el acompañamiento de algunas personalidades que lideran la promoción del empleo en la región.

El propósito fundamental de este artículo es mostrar las potencialidades y dificultades encontradas en la interacción entre investigadores y tomadores de decisión en el desarrollo de la investigación, discutir la influencia que pueden tener los resultados de la investigación en el proceso de formación de políticas públicas en salud y analizar las dificultades que impone la realidad concreta y el proceso político para la implementación de la propuesta de innovación.

El proceso de interacción entre investigadores académicos y tomadores de decisión políticos

La aproximación de investigadores y tomadores de decisión

El proceso que hemos recorrido ha seguido un orden cronológico y lógico que ha permitido avanzar paulatinamente en la cohesión del grupo.

Los investigadores académicos habían identificado, a partir de sus propios procesos, que una proporción importante de los trabajadores que perdían su empleo quedaban sin aseguramiento en salud, arrastrando a esa misma situación a los integrantes de sus familias. Además, sus patrimonios familiares quedaban expuestos al detrimento en caso de que algún miembro del grupo familiar enfermara y el costo de

su atención tuviera que ser cubierto con recursos propios. Una posible solución a este problema sería que los gobiernos locales constituyeran un fondo para financiar el aseguramiento en salud de estos trabajadores, cuyas características debían definirse a partir de los resultados de una investigación que estableciera las condiciones socioeconómicas de esos trabajadores y las características de su ciclo empleo-desempleo.

Se pensaba que la investigación podía documentar y analizar mejor el problema y contribuir a su solución. Si se lograba involucrar a los Secretarios de Salud del Departamento de Antioquia y del Municipio de Medellín en un proceso de investigación con los investigadores académicos, podría conjugarse el mayor conocimiento operativo de los procesos de decisión de los unos, con la experiencia teórica de los otros, y aumentar las posibilidades de que sus resultados se aplicaran para solucionar el problema en el nivel local. La propuesta de participar con tomadores de decisión del orden departamental y municipal se hacía en función de lograr un mayor compromiso de los niveles locales de la administración pública en la solución de los problemas de aseguramiento en salud; además valoraba la historia de relación que ha existido entre las instituciones a las que pertenecen los tomadores de decisión y los investigadores académicos.

El soporte teórico-conceptual de estas ideas fue la bibliografía existente sobre la influencia que puede ejercer el conocimiento científico en la formación de políticas públicas en salud. Particularmente, se atendía a los marcos analíticos acerca de las categorías que pueden definir esa influencia: historia y calidad de la relación entre investigadores y tomadores de decisión; marcos conceptuales compartidos; calidad de la formación académica de los involucrados; experiencias previas de investigación de los tomadores de decisión políticos; empoderamiento de los ciudadanos afectados por el problema; grados de descentralización del Estado; características de la coyuntura política; receptividad de la sociedad a los debates sobre políticas públicas; calidad de los hallazgos de las investigaciones ^{1,11,12}.

Se conocían los resultados de estudios en los que se concluye que en América Latina ha habido poca relación entre los resultados de las investigaciones en salud que realizan las universidades y las decisiones adoptadas por las instancias gubernamentales ¹⁷. Acogiendo las sugerencias de esos estudios, esperábamos que la articulación entre actores académicos y tomadores de decisión permitiera explorar estra-

tejas para reducir la exclusión del aseguramiento en salud de un grupo social vulnerable como el de los trabajadores cesantes.

Estas ideas fueron presentadas formalmente a los Secretarios de Salud del Departamento de Antioquia y del Municipio de Medellín, quienes se interesaron en la propuesta y comprometieron su participación. Además, decidieron aportar algunos recursos financieros que ayudarían al desarrollo de la investigación que se proponía. Su disposición positiva estaba relacionada con el interés manifiesto de sus superiores jerárquicos (el gobernador del Departamento de Antioquia y el alcalde de Medellín) de aumentar la cobertura del aseguramiento en salud en sus jurisdicciones.

Se determinó que ambos secretarios de salud se integraran al grupo de investigación, para lo cual contarían con el apoyo técnico de algunos funcionarios de sus instituciones. Así, se salvaría la dificultad de disposición de tiempo en razón de sus compromisos administrativos y podrían mantenerse al tanto del proceso investigativo. De este modo, la responsabilidad de todo el proceso de investigación y de la disseminación de sus resultados incluiría tanto a los investigadores académicos como a los tomadores de decisión.

El proceso de trabajo se organizó de tal manera que, aunque los procesos técnicos estarían bajo la responsabilidad de los investigadores académicos, los tomadores de decisión se mantendrían permanentemente informados de los avances a través de los auxiliares que ellos delegaran. Adicionalmente, se harían reuniones conjuntas del grupo de investigación para valorar los avances y tomar nuevas decisiones cuando el director del proyecto lo juzgara oportuno.

Vale la pena destacar que estos compromisos fueron realizados por los secretarios de salud de dos administraciones (departamental y municipal) que estaban próximas a terminar sus períodos constitucionales de gobierno, lo que seguramente implicaría el relevo de sus cargos. Sin embargo, siempre manifestaron su voluntad de transmitir la iniciativa y la experiencia de su participación en el proceso de investigación a los funcionarios que les sustituyeran, buscando la continuidad del compromiso institucional. Así sucedió efectivamente y el proceso pudo mantenerse sin traumatismos con los nuevos secretarios de salud.

En síntesis, durante el proceso de trabajo ha mediado un fructífero intercambio de opiniones, de información y de reflexiones entre los investigadores académicos y los tomadores de decisión, que ha enriquecido la compren-

sión del problema en estudio y ha permitido precisar el proyecto de intervención sugerido.

La definición del problema de investigación

La definición del problema de investigación y la identificación de las preguntas relevantes que debían resolverse se hizo conjuntamente entre tomadores de decisión e investigadores académicos, mediante un proceso que discurrió por las siguientes consideraciones sobre la situación de la población colombiana y las políticas públicas que se han adelantado al respecto.

El desempleo tiene un fuerte impacto social y es motivo de preocupación para la población y para las instancias de gobierno. Aunque en los últimos años la tasa de desempleo ha descendido en las 13 principales áreas metropolitanas hasta llegar a 11,4% en diciembre de 2005, había alcanzado la cifra de 20,5% en septiembre del año 2000. A finales de 2005 en esas áreas urbanas la tasa de desempleo entre las mujeres era de 13,5%, superior a la de los hombres que era de 9,6%. Por esa misma fecha, la población de trabajadores cesantes representaba el 81,4% del total de desempleados del país.

Una proporción importante de los trabajadores cesantes queda desvinculada del sistema de aseguramiento en salud, exponiéndose al riesgo de pérdida de su patrimonio familiar en caso de que alguno de sus miembros tenga necesidad de demandar atención en salud a costa de sus propios recursos. Una alternativa que tienen, cuando han quedado fuera del Régimen Contributivo, es recurrir al Régimen Subsidiado para tener acceso al aseguramiento en salud. Pero dadas las características socioeconómicas de muchos de ellos, no son admitidos. Los estudios exploratorios hechos conjuntamente por los tomadores de decisión y los investigadores académicos habían logrado establecer que sólo el 32,8% de los trabajadores cesantes estaba cubierto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la mitad de ellos mediante el Régimen Subsidiado¹⁸.

Lo anterior coincide con las conclusiones de otros estudios que exploran la relación entre el desempleo y el aseguramiento en salud en Colombia y reconocen que la forma de financiación del aseguramiento, fundamentalmente a partir de la cotización sobre la nómina, supone una gran vulnerabilidad del sistema al comportamiento de la actividad productiva y a la evolución de la masa de asalariados y desempleados^{19,20,21,22}.

Estos estudios muestran que en la fase baja del ciclo económico los aumentos del desem-

pleo y el deterioro de las condiciones de trabajo contraen los niveles de cobertura, no sólo del régimen contributivo, sino también del régimen subsidiado, debido a que bajo esas condiciones de inestabilidad macroeconómicas se reducen también los subsidios cruzados de uno a otro régimen y los recursos provenientes del sector público.

La normatividad vigente desde la expedición de la *Ley 100* de 1993¹³ no ha tenido reglamentaciones específicas que hayan intentado implementar estrategias creativas para garantizar la sostenibilidad del aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes. Tal vez la única excepción ha sido el establecimiento de un subsidio temporal al desempleo, a nuestro juicio muy restringido, contemplado en la *Ley 789* de 2002²³. Este subsidio puede ser aplicado al pago de aportes para el aseguramiento en salud.

Como consecuencia, se acordó conjuntamente entre los tomadores de decisión y los investigadores académicos que las preguntas relevantes que debía resolver el proceso de investigación eran las siguientes:

- ¿Cuáles son las características del aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes según las categorías de edad, sexo, ingresos económicos, actividad económica, nivel educativo, posición ocupacional?
- ¿Cuáles son las características, monto y proporciones del gasto en salud de los trabajadores cesantes en Colombia, en relación con sus perfiles socioeconómicos y laborales?
- ¿Cuáles son las características (cuantitativas y cualitativas) del patrimonio de los trabajadores cesantes y sus familias?
- ¿Cuáles son las características del ciclo empleo-desempleo en los años recientes que deben tenerse en cuenta para garantizar un diseño exitoso de la estrategia de crear un *Fondo de Subsidio y de Crédito Reembolsable* para mantener el aseguramiento de los trabajadores cesantes y sus familias?
- ¿Cuáles son las percepciones de los trabajadores cesantes frente a la estrategia que se propone y su disposición a participar de ella?
- ¿Cuáles son las variables claves condicionantes del éxito de la estrategia que se propone, incluyendo los aspectos relativos a la actitud de los beneficiarios y de los tomadores de decisión de las políticas de seguridad social en salud?

En esta situación, se consideró que aunque el desempleo tradicionalmente no ha sido incorporado con mucho énfasis como factor condicionante de la exclusión del aseguramiento en salud, en las circunstancias actuales vale la pena destacar su relevancia y adoptar estrategias al respecto.

La discusión del marco teórico

La calidad de la formación académica de los tomadores de decisión permitió que la discusión con los investigadores académicos se hiciera de manera fluida y soportada en bibliografía conocida por todos. Ambos actores tenían buen conocimiento de las investigaciones realizadas en el país sobre el desempleo y de las investigaciones que han intentado asociar el desempleo con el aseguramiento en salud.

Este tramo del trabajo conjunto fue recorrido en medio de una interesante discusión, pues puso en escena la confrontación de unas opiniones que enfatizaban la necesidad de ser prácticos en las respuestas a los problemas del aseguramiento en salud, al lado de otras que subrayaban la necesidad de discutir a profundidad los grandes vacíos de equidad, justicia social y ética social que se han advertido en el diseño e implantación de la reforma a partir del año 1993^{24,25,26}. Se llamó la atención sobre los aportes conceptuales de autores como John Rawls y Amartya Sen, especialmente aquellos referidos a las ideas de justicia y de equidad que deben orientar la organización de los servicios que la sociedad debe disponer para garantizar el bienestar de los ciudadanos^{27,28,29}.

Específicamente se debatió mucho sobre la significación de la transición que se viene haciendo desde el concepto de “Seguridad Social” al de “Protección Social”. Algunas apreciaciones insinúan que en esa transición se ocultan políticas que intentan sustraer al Estado de la responsabilidad de garantizar las mejores condiciones posibles de salud y bienestar a todos los miembros de la sociedad. Se postula que las teorías de manejo social del riesgo, que soportan los conceptos de protección social propuestos originalmente por el Banco Mundial³⁰, forman parte de las estrategias de transferencia de responsabilidades al ciudadano individualmente considerado, que según sus mentores deberá asumirlas en el marco de los mecanismos del mercado.

A pesar de que existe acuerdo en que este debate sigue siendo de máximo interés para las investigaciones sobre el tema se acepta que es necesario encontrar soluciones parciales a los problemas detectados. En ese espacio consensuado se ubicó el esfuerzo de la investigación por diseñar una estrategia que a corto plazo pudiera paliar el problema de la exclusión del aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes y sus familias.

Comprendemos que esta es una decisión polémica, en tanto que admite que aun en las condiciones de una política pública cuya base

filosófica y orientación general no se comparte, es necesario encontrar alternativas coyunturales para resolver parcialmente algún problema o dar respuesta a las necesidades de algún segmento de la población especialmente vulnerable.

Así, entendemos que esta investigación constituye parte de nuestro compromiso de búsqueda de soluciones de corto plazo al problema del aseguramiento de los trabajadores cesantes y sus familias, sin renunciar a la convicción de que el derecho a la salud es inalienable y que el conjunto de los ciudadanos debemos velar para que sea realidad el acceso universal. Dicho de otra manera, pese a nuestro interés en que la investigación sea un instrumento útil para la toma de decisiones políticas concretas, mantenemos el compromiso de generar conocimiento que ponga en cuestión los fundamentos y contenidos filosóficos y éticos de las actuales políticas públicas en salud.

Retos metodológicos

El desarrollo de la investigación debió afrontar algunos desafíos metodológicos que reseñamos brevemente:

- La necesidad de un indicador de riesgo de pérdida del patrimonio de los trabajadores cesantes, en caso de necesidad de atención en salud que deba ser pagada con recursos propios.

Para valorar este riesgo se construyó el indicador de riesgo de pérdida de patrimonio como la proporción de los gastos en salud de los cesantes respecto del valor de sus activos, discriminado según estrato socioeconómico. Por tanto, se hacía necesario cuantificar el valor de los activos del hogar y los gastos en salud de los trabajadores cesantes. Se decidió entonces que los activos o riqueza se calcularían a partir del valor de mercado de las siguientes propiedades: vivienda, vehículo, motocicleta, nevera, equipo de sonido, lavadora, TV a color, computador, VH y aspiradora. La valoración a precios de mercado de estos activos se estimó para los estratos socioeconómicos bajo, medio y alto.

Los gastos en salud se calcularían tomando como base la información disponible para el año 1997 en la *Encuesta de Calidad de Vida*¹⁸, que interrogó sobre los gastos que en el último mes habían tenido los desempleados no cubiertos por el sistema de seguridad social por concepto de hospitalización, consulta médica, atención odontológica, vacunas, medicamentos, exámenes diagnósticos, transporte para la búsqueda de la atención, terapias alternativas, lentes y demás servicios de salud.

- La necesidad de un proceso metodológico para estimar la temporalidad del ciclo empleo-desempleo.

Para este propósito, en la encuesta realizada a la muestra de trabajadores cesantes se preguntó la fecha de pérdida del empleo, el tiempo de permanencia en el empleo previo y fecha de incorporación a un nuevo empleo, cuando este último hecho ya había ocurrido. Surgió la dificultad de introducir en los cálculos del ciclo empleo-desempleo a aquellos cesantes de la muestra que continuaban desempleados y de quienes obviamente no podíamos saber cuándo terminaría su periodo de cesantía. Para salvar esta dificultad y poder calcular las probabilidades de empleo y desempleo, se hizo una exploración a partir de un modelo de regresión logística y posteriormente se aplicaron técnicas actuariales para el cálculo de tablas de vida y funciones de supervivencia, asimilando como variable de censura a los cesantes que aún no habían superado la situación de desempleo.

Aunque estos desafíos y dificultades metodológicas fueron asumidos principalmente por los investigadores académicos, las soluciones propuestas fueron posteriormente compartidas y evaluadas con los tomadores de decisión políticos.

Los hallazgos de la investigación y su influencia en la formulación e implementación de la política

La investigación permitió conocer el perfil socioeconómico de los trabajadores cesantes en los 10 municipios que constituyen el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, así como las características del ciclo empleo-desempleo. Entre los principales hallazgos destacamos:

- a) No hay diferencia significativa en la distribución por sexo: 48,2% eran hombres y 51,8% mujeres.
- b) Según edad se concentran fundamentalmente en el grupo de 12 a 28 años (50,4%), seguido del grupo de 29 a 44 años (38,8%).
- c) El 79,6% tiene una formación académica que no supera el nivel medio, lo cual se corresponde con su mayor procedencia de los estratos socioeconómicos bajo (57,6%) y medio (40,8%).
- d) El 21,6% había tenido su último empleo en la industria manufacturera, el 27,1% en el comercio y el 30,8% en los servicios comunales, sociales y personales. El 66,8% provenía del sector de microempresas.
- e) El promedio salarial en el último empleo desempeñado fue de 447.714 Pesos Colombianos mensuales, equivalente a 1,2 salarios míni-

mos legales. El 34,5% devengaba menos de un salario mínimo legal y 54,9% entre uno y dos salarios mínimos. Sólo el 10,6% devengaba más de dos salarios mínimos legales.

f) El 37% no contaba con aseguramiento en salud y de estos el 92,3% se mostró dispuesto a aceptar el subsidio de una tercera (1/3) parte de la cotización al régimen contributivo y adquirir simultáneamente un crédito equivalente a las dos terceras partes (2/3) restantes, que les permitan a él y a su familia mantener el aseguramiento.

g) En cuanto al ciclo empleo-desempleo se destaca una media de antigüedad en el trabajo de 21,7 meses y una duración media de 6,3 meses en la búsqueda de empleo después de haber quedado cesante. En conjunto se registra un ciclo completo de 27,3. Según el perfil sociolaboral, la duración de este ciclo presenta las siguientes características: 31,2 meses para los cesantes de sexo masculino; 68,4 meses para el grupo con edad igual o superior a 45 años; 38,4 meses para aquellos con nivel de educación primaria; 66,1 meses para los cesantes con antecedentes laborales en el sector agrícola y minero; 30,9 meses para los empleados por cuenta propia y 30 meses para los que laboraban en el sector de microempresas.

h) La información de la encuesta también permitió detallar el ciclo empleo-desempleo en términos de las probabilidades de enganche y desenganche en el mercado de trabajo. Para el efecto se estimó mediante el cálculo actuarial la correspondiente "función de supervivencia" (función de permanencia en el desempleo). El primer hallazgo a destacar tiene relación con la probabilidad acumulada de permanecer desempleado, la cual se reduce a medida que se incrementa el tiempo de búsqueda de empleo, particularmente en el transcurso de los primeros cuatro meses. El 13,8% de los cesantes logró encontrar empleo antes de los dos primeros meses de búsqueda, generando en ese lapso una probabilidad de permanecer desempleado del 86,2%. Para los primeros 4 y 6 meses de búsqueda, las probabilidades acumuladas de continuar desempleado se reducen en su orden al 73,8 y 67,3 por ciento.

A partir de estos hallazgos se realizó un estudio económico para valorar la sostenibilidad financiera de un Fondo de Subsidio y de Crédito reembolsable por parte del Municipio de Medellín, que permita a los trabajadores cesantes mantener su afiliación al Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud. Esa estrategia de intervención debería ser monitoreada y evaluada, a fin de que se extraigan conclusiones que retroalimenten el proceso y per-

mitan estimar la posibilidad de su replicación en otras ciudades del país.

La idea de este fondo fue concebida desde el inicio mismo del acercamiento entre los investigadores académicos y los tomadores de decisión políticos. No sólo se ha tenido el apoyo de estos últimos a la iniciativa, sino que su participación ha sido activa en la búsqueda de alternativas jurídicas e institucionales que propicien su constitución a partir de recursos financieros que pueda disponer el Municipio de Medellín. El estudio económico de factibilidad financiera ha sido uno de los insumos para el análisis.

Pese a que la iniciativa ha sido bien acogida por el alcalde de Medellín y por el presidente del Concejo Municipal, quienes han reconocido la calidad académica de la investigación y la solidez del soporte empírico de la propuesta de intervención, su puesta en ejecución no ha sido posible todavía. Algunos de los factores que han influido en este retraso se resumen a continuación:

a) La agenda política del alcalde y del Concejo Municipal ha estado priorizada por decisiones estratégicas del negocio de telecomunicaciones de las Empresas Públicas de Medellín y por el proceso de desmovilización de organizaciones paramilitares. Esta circunstancia posiblemente ha restado posibilidades de atención a un tema que no tiene una fuerte demanda ciudadana y que aún no ha alcanzado un espacio significativo en las discusiones académicas y sociales. De hecho, nuestra investigación es pionera en el país en la caracterización de los trabajadores cesantes y todavía no ha logrado generar un debate importante alrededor de sus hallazgos.

b) La propuesta inicial de intervención que se hizo contemplaba que la inversión económica necesaria se hiciera exclusivamente a cargo del presupuesto público municipal. Con el cambio de administración municipal y departamental después de haberse iniciado nuestra investigación, no se alteró el apoyo a la iniciativa por parte de los nuevos secretarios de salud, quienes han participado activamente en el proyecto. Sin embargo, el nuevo alcalde de Medellín tiene definido como eje del ejercicio de su gestión que haya participación financiera de organizaciones privadas y de la comunidad. Por esa consideración, sugirió que se buscara la participación en el proyecto de las Cajas de Compensación Familiar. A pesar de que el proyecto de intervención ha sido puesto en consideración de estas instituciones, todavía no se ha logrado una respuesta afirmativa y en consecuencia no hay tampoco una decisión por par-

te de la Alcaldía de iniciar la ejecución del proyecto de intervención.

c) En la ciudad no existe ninguna organización que agrupe a los trabajadores cesantes, lo que dificulta su expresión de manera orgánica y sistemática en relación con sus problemas y expectativas. Aunque algunas organizaciones sindicales incorporan en sus planes de trabajo la defensa de los intereses de los desempleados, su accionar práctico al respecto es muy poco persistente. Por otro lado, las convocatorias que algunos dirigentes cívicos han hecho ocasionalmente para conformar una organización de desempleados, no han contado con la concurrencia y el compromiso suficiente para concluir exitosamente el proceso. Adicionalmente, los partidos políticos tampoco han sido especialmente activos en la presentación de alternativas para esa población.

Discusión y conclusiones

Los resultados que hemos presentado, así como el proceso desarrollado por el grupo de investigación, permiten destacar algunos hechos significativos de la interacción que hemos mantenido entre investigadores académicos y tomadores de decisión políticos:

1) La interacción permitió identificar un problema relevante para la ciudad de Medellín, que no estaba contemplada en la agenda de los tomadores de decisión políticos. Se tuvieron en cuenta consideraciones como las siguientes: (a) las proyecciones político-administrativas de la administración municipal y los conceptos que orientan su gestión de gobierno³¹; (b) el impacto social que tiene el desempleo en nuestra región³²; (c) los esfuerzos realizados por los gobiernos de la ciudad para encontrar estrategias que reduzcan el desempleo; (d) la constatación de que no ha habido en la región estrategias que apunten a garantizar la continuidad del aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes.

Este conjunto de circunstancias mostró que existía una “ventana de oportunidad”¹² o “momento de oportunidad”^{1,12} para desarrollar la investigación y proponer una estrategia de intervención respaldada en sus resultados.

2) El proceso de trabajo que hemos cumplido permitió aprovechar el mayor acercamiento a los problemas del día-día y la información más detallada sobre temas intrincados (por ejemplo, el flujo de recursos presupuestales de la administración pública) que tienen los tomadores de decisión políticos. Esto contribuyó a establecer con mayor precisión las preguntas

relevantes para la investigación y a estructurar mejor la propuesta de intervención.

3) La discusión del marco teórico de la investigación fue un ejercicio que puso en escena la confrontación de opiniones diversas: unas que enfatizaban la prioridad de ser prácticos en las respuestas a los problemas del aseguramiento en salud y otras que adicionalmente destacaban la necesidad de discutir a profundidad los grandes vacíos de equidad, justicia y ética social advertidos en el diseño e implantación de la reforma de la seguridad social en salud. Allí afloró la inclinación de cada investigador a privilegiar uno u otro de los componentes de la antigua polaridad entre “análisis de políticas” y “diseño de políticas”³³. Específicamente se debatió mucho sobre la significación de la transición que se viene haciendo desde el concepto de “Seguridad Social” al de “Protección Social”³⁴, en la que algunos miembros del grupo advierten restricciones importantes para lograr la equidad y la justicia social.

4) La interacción entre investigadores académicos y tomadores de decisión permitió establecer flujos de discusión que traspasaron los “ghetos” conceptuales en que tienden a refugiarse tanto los unos como los otros.

Aunque el debate teórico sigue siendo de nuestro máximo interés, se logró llegar al acuerdo de que es necesario encontrar soluciones a problemas concretos de la sociedad actual. En ese espacio consensuado se ubicó el esfuerzo de la investigación por paliar el problema de la exclusión del aseguramiento en salud de grupos importantes de los trabajadores cesantes y sus familias.

5) El grupo de investigación pudo encontrar un campo específico de las políticas públicas en el que es posible hacer uso de los resultados de la investigación. De acuerdo con algunos analistas, este debe ser uno de los mayores cuidados que debe tenerse para lograr que la investigación sea útil al proceso de toma de decisiones políticas¹². No obstante, el acierto del grupo en ese sentido, hemos constatado que el asunto de la protección social en salud ocupa un lugar todavía secundario en la agenda política de nuestras instituciones locales y es fácilmente sobrepasado por temas relacionados con los sectores modernos de la economía de mercado o por asuntos políticos de alcance nacional.

En síntesis, el desarrollo de este proyecto ha ayudado tanto a los investigadores académicos, como a los tomadores de decisión políticos, a ampliar el espectro de metodologías y técnicas analíticas. Resaltamos los avances metodológicos para abordar la definición de per-

files de riesgo en cuanto a la empleabilidad de los cesantes. La técnica de regresión logística y los cálculos actuariales en la estimación de probabilidades de empleo o desempleo, a lo largo de los periodos de búsqueda, no tienen antecedentes en los estudios del mercado de trabajo en nuestro país.

Además, se ha logrado presentar ante la comunidad científica preocupada por la problemática del desempleo un nuevo enfoque, centrado en el análisis de la calidad de vida de esta población a lo largo de su periodo de cesantía. Este enfoque enfatiza la necesidad de desarrollar investigaciones que ayuden a resolver socialmente los problemas que afrontan los desempleados y sus familias en distintas áreas como la salud, la alimentación, la vivienda y la educación, entre otras. Hasta el momento la gran mayoría de las investigaciones se han desarrollado alrededor de los factores estructurales del desempleo y las alternativas de solución orientadas a la empleabilidad; consideramos que esta es una perspectiva correcta pero no suficiente, en cuanto que no proyecta soluciones para sostener o mejorar la calidad de vida de los trabajadores mientras permanecen desempleados.

A pesar de que el soporte empírico de la propuesta de creación de un “fondo de subsidio y

de crédito reembolsable para ampliar el aseguramiento en salud y ayudar a proteger el patrimonio de los trabajadores cesantes” ha sido bien valorado por el alcalde de Medellín y por sus secretarios de salud, de planeación y de hacienda, la necesidad de compatibilizar la propuesta con algunas ideas que fundamentan la gestión de gobierno de la actual administración municipal ha retrasado una decisión definitiva sobre su puesta en ejecución. Esto pone sobre la mesa la cuestión acerca de las dificultades de implementar políticas públicas más efectivas y equitativas, a pesar de que las evidencias empíricas sean bastante conclusivas y a priori ofrezcan soportes consistentes para su implementación. En realidad, el proceso político de decisión tiene otra lógica que no se rinde solamente a las evidencias científicas, ni a la buena calidad de las propuestas de intervención.

Esperamos que la diseminación y discusión de los resultados de nuestra investigación entre los trabajadores cesantes (buscando su empoderamiento) y entre la comunidad científica (buscando ampliar la reflexión), logrará influir las políticas públicas sobre el tema. Esta es una voluntad común de los académicos y tomadores de decisión políticos del grupo de investigación y sobre esa perspectiva se sigue trabajando conjuntamente.

Resumen

A pesar del debate académico acerca de la utilización de los resultados de las investigaciones en el proceso de formación de políticas públicas en salud, existe consenso sobre la relevancia del tema y la necesidad de analizar experiencias que ayuden a clarificar aspectos todavía confusos. Este artículo presenta la experiencia de trabajo conjunto entre investigadores académicos y tomadores de decisión políticos en salud del nivel regional y local. El estudio estableció las condiciones socioeconómicas, el ciclo empleo-desempleo y las características del aseguramiento en salud de los trabajadores cesantes en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (Antioquia, Colombia) en el año 2005. Con base en los resultados se elaboró una propuesta de intervención que busca garantizar la sostenibilidad de su aseguramiento en salud y de sus familias. Se analizan las potencialidades y dificultades del proceso de interacción y se discute la influencia que pueden tener los resultados de la investigación en la formación de políticas públicas en salud, como también las dificultades que impone la realidad concreta y el proceso político para la implementación de la innovación propuesta.

Bienestar Social; Desempleo; Políticas Públicas de Salud; Trabajadores

Colaboradores

Todos los autores participaron en todas las etapas de la investigación y en la escritura del artículo.

Agradecimientos

A Luz Mery Mejía Ortega (Magíster en Salud Pública), Jairo Alfonso Martínez González (Gerente en Sistemas de Información) y Nelly Ester Berrío Vidal (economista), quienes apoyaron técnicamente la investigación. A los economistas Fernando Tobón, Gabriel Agudelo y Luis Giraldo quienes realizaron los estudios de proyección económica de nuestra propuesta de intervención.

Esta investigación ha sido financiada por una iniciativa conjunta del International Development Research Centre (IDRC/Canadá) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el soporte de la AcademyHealth, de Estados Unidos, como parte del programa de investigación *Building and Bridging Health Services Research and Health Policy in the Americas: Extension of Social Protection in Health*.

Referencias

1. Trostle D, Bronfman M, Langer A. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy Plan* 1999; 14:103-14.
2. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan* 1994; 9:353-70.
3. Haines A, Kuruvilla S, Borchert M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bull World Health Organ* 2004; 82:724-31.
4. Sanders D, Labonte R, Baum F, Chopra M. Making research matter: a civil society perspective on health research. *Bull World Health Organ* 2004; 82:757-63.
5. Kothari A, Birch S, Charles C. "Interaction" and research utilization in health policies. *Health Policy* 2005; (71):117-25.
6. Denis J-L, Lomas J. Convergent evolution: the academic and policy roots of collaborative research. *J Health Serv Res Policy* 2003; 8 Suppl:1-6.
7. International Development Research Centre/Coalition for Global Health Research/Institute of Population Health. Knowledge translation in health and development: research to policy strategies. Ottawa: International Development Research Centre; 2003.
8. Weiss CH. The many meanings of research utilization. *Public Adm Rev* 1979; (39):426-31.
9. Davies H, Nutley S, Walter I. Assessing the impact of social science research: conceptual, methodological and practical issues. A background discussion paper for ESRC Symposium on Assessing Non-Academic Impact of Research. St. Andrews: Research Unit for Research Utilisation, School of Management, University of St. Andrews; 2005.
10. Greenhalgh T, Glenn R, MacFarlane F, Pate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004; 82:581-629.
11. Tangcharoensathien V, Wibulpholprasert S, Nityayaramphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. *Bull World Health Organ* 2004; 82:750-6.
12. Brofman N, Langer A, Trostle J. De la investigación en salud a la política: la difícil traducción. México DF/Santafé de Bogotá: Editorial El Manual Moderno; 2000.
13. Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral. Santafé de Bogotá: Congreso de la República; 1993.
14. Cardona A. Historia, ciencia y salud-enfermedad. Medellín: Zeus Asesores Ltda.; 1995.
15. Cardona A, Mejía LM, Nieto E, Restrepo R. Temas críticos en la reforma de la ley de seguridad social de Colombia en el capítulo de salud. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2005; 23:117-33.
16. Yunus M. Hacia un mundo sin pobreza. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello; 2003.
17. Organización Panamericana de la Salud. El uso de la Investigación en las Reformas del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. <http://www.americas.health-sector-reforma.org> (accedido el Sep/2003).
18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta nacional de calidad de vida. Santafé de Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 1997.
19. Restrepo JH. Empleo y seguridad social en Colombia: la necesidad de replantear una relación que se diluye. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2001.
20. Nieto E. Factores socioeconómicos y aseguramiento en salud en el área urbana de Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2001; 19:25-40.
21. Cardona A, Nieto E, Arbeláez MP, Agudelo HB, Chávez BM, Montoya A, et al. Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 1999.
22. Rodríguez O. Reforma laboral y seguridad social en Colombia. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1999.
23. Colombia. Ley 789 de 2002. Por el cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del código sustantivo de trabajo. Santafé de Bogotá: Congreso de la República; 2002.
24. Cardona A. La reforma de la seguridad social en salud: ¿problemas de coyuntura o de diseño? *Cartilla de Seguridad Social* 1996; (1):21-41.
25. Cardona A. Relaciones entre salud pública, seguridad social y funcionalidad del Estado. *Rev Fac Nac Salud Pública* 1996; 13:33-46.
26. Cardona A, Huertas R. Neoliberalismo, condiciones de vida y salud. *Papeles de la Fundación de Investigaciones Marxistas* 2000; (15):67-80.
27. Cardona A. Ética y justicia social en el pensamiento de John Rawls y Amartya Sen. *Nuevos Tiempos* 2001; 9:111-7.
28. Rawls J. Teoría de la justicia. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1995.
29. Sen A. Sobre ética y economía. Madrid: Alianza Editorial; 1989.
30. Holzmann R, Jorgensen S. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y mas allá. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2003; 21:73-106.
31. Alcaldía de Medellín. Plan de desarrollo 2004-2007: Medellín compromiso de toda la ciudadanía. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2004.
32. Caja de Compensación Familiar de Antioquia. Observatorio para la equidad y la integración social en Medellín y Antioquia. Medellín: Caja de Compensación Familiar de Antioquia; 2004.
33. Meny I, Thoenig J-C. Las políticas públicas. Barcelona: Editorial Ariel; 1992.
34. Sojo A. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Revista de la CEPAL* 2003; (80):121-40.

Recibido el 11/Oct/2005

Versión final presentada el 11/May/2006

Aprobado el 12/May/2006