

EDITORIAL

En Colombia, con la creación y la expedición del Código Sanitario Nacional (Ley 9 de 1979) en un contexto de Sistema Nacional de Salud –SNS (Decretos 056 y 350 de 1975), se adoptó un enfoque amplio de los aspectos que intervienen en la salud humana incluyendo elementos específicos en relación con la protección del medio ambiente, fundamentándose en la comprensión de que la relación del ser humano con su entorno ambiental, es un determinante básico de la calidad de vida y la condición de salud (Steenland y Savitz, 1997).

El código Sanitario Nacional fue reglamentado en diversos aspectos tales como las emisiones atmosféricas (Decretos 02/82 y 2206/84), el agua potable (Decreto 2105/83) y los residuos líquidos (Decreto 1594/84), entre otros. Estos instrumentos de regulación, fueron en su momento el soporte para el control de la contaminación ambiental dentro del ámbito de la salud pública.

Durante el año 1993, y como parte de un paquete de reformas, se tramitó y aprobó tanto la creación de un Sistema Nacional Ambiental (Ley 99 de 1993) y como la reforma del sistema de salud con base en un modelo de aseguramiento (Ley 100 de 1993), estableciendo en el primer caso que: “En cuanto las actividades reguladas por el Ministerio del Medio Ambiente puedan afectar la salud humana, esta función será ejercida en consulta con el Ministerio de Salud”, para lo cual estableció la participación del ministerio de salud en el consejo nacional ambiental. En segunda instancia, se estableció que: “El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complementa las acciones previstas en el plan obligatorio de salud de esta ley y las acciones de saneamiento ambiental”, las cuales debían ser obligatorias y financiadas con recursos fiscales.

Así pues, las modificaciones introducidas en la legislación no se encaminaron a fortalecer un enfoque integrado, sino que produjeron una escisión entre dos caras de una misma moneda, generando fragmentación y por ende un limitante para el desarrollo de la salud ambiental en el país, lo que implica una distorsión importante en la concepción de las interacciones de estos dos universos (salud-ambiente), cuando en la realidad, las personas y las comunidades se siguen enfrentando a los efectos de estas interacciones. El tema resulta crítico porque se ha calculado que el daño ambiental en el país, que incluye los costos sociales y ambientales, representa el 3,7% del PIB (Larsen, 2004),

cifra que supera el promedio reportado por países con nivel de ingreso similar al nuestro (Sánchez-Triana, et al, 2007).

Con base en diversos autores (Ordóñez, 2000, Gee y Payne-Sturges, 2004 y Briggs, 2008), y desde una aproximación puramente epistemológica, se plantea diferenciar tres ambientes dentro de los que se desenvuelven las personas como individuos y como comunidad: el más proximal, es decir, su entorno químico, biológico y físico; uno intermedio, constituido por su entorno natural y cultural, que incluye las modificaciones que se han introducido a la naturaleza; y el más distal, que se relaciona con las estructuras de poder en tres campos (económico, social y político). Esta categorización es importante porque permite estructurar esfuerzos en la atención de episodios de salud ambiental de acuerdo con el nivel en donde se puedan presentar y donde mejor se pueda diseñar una solución. Sin embargo, aunque todos los asuntos relacionados con la salud de una comunidad tienen determinantes proximales, intermedios y distales (McMichael, 1999 y Álvarez, 2009), este análisis no siempre orienta adecuadamente el esfuerzo más eficiente (Krieger, 2008).

La intervención gubernamental en estos tres niveles debe hacerse de una manera coordinada para que los esfuerzos emprendidos no se queden dentro de su propia área de influencia, sino que trasciendan y se coordinen con todos los niveles y sean coherentes con los esfuerzos de largo plazo. Se pueden emprender acercamientos metodológicos como el propuesto por Corvalán, et al (1999) denominado “Marco de causa-efecto entre Salud y Ambiente”, para iniciativas tanto intra-nivel, como inter-nivel, los cuales tengan en cuenta todos los determinantes asociados a la problemática específica, independientemente del alcance requerido.

No obstante, hay dos aspectos que resultan sugestivos. En primer lugar, que la cercanía temporal en la discusión y aprobación de las leyes que abordan los temas de salud y medio ambiente no haya generado una mejor interacción de tipo legal y conceptual. Y en segundo lugar, que luego de casi cuatro décadas de expedido el denominado Código Sanitario Nacional (Ley 9 de 1979), no se haya logrado avanzar en una visión integradora de la manera como las realidades ambientales están determinando los indicadores de la salud de las personas.

CÉSAR AUGUSTO GARCÍA-UBAQUE
Director