

DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD PARA LOS PRÓXIMOS 10 AÑOS EN COLOMBIA¹. ¿Cómo contribuye la epidemiología?

José William Martínez*

En los últimos años hay una renovada preocupación por las desigualdades sanitarias y por la salud de los pobres; se han encontrado importantes resultados que dan recomendaciones o generan tecnologías para la resolución de problemas sanitarios, aunque sean importantes, estos conocimientos no bastan por sí solos para salvar vidas o para mejorar la salud de las personas. Algunas investigaciones realizadas hasta la fecha tienen dificultades para definir una estrategia que permita dar un paso adelante y aplicar estos conocimientos a las aspiraciones y los problemas que se han logrado identificar. Si se piensa en una política pública en salud, se hace necesario estudiar las diferentes metodologías que permitan reducir las desigualdades y los problemas de los pobres.

En los próximos 10 años la situación económica puede llevar a que permanezcan o se incrementen las capas pobres de la población, además que pueden aumentar los problemas de desigualdades y de inequidades, además que éstos pueden llegar a ser más evidentes.

La renovada preocupación por las desigualdades en salud

En el campo del desarrollo económico, la importancia del crecimiento global fue enérgicamente refutada por los defensores de un desarrollo de abajo a arriba, especialmente orientado a las necesidades humanas básicas. En el campo de la salud, esta orientación se manifestó en el movimiento denominado salud para todos. A partir de ese momento el interés se orientó hacia la colectividad y los gobiernos apoyaron hacia la colectividad o alentaron el desarrollo de servicios de atención sanitaria gratuitos para la población en su conjunto. A la vista del panorama epidemiológico que presentaban las clases desfavorecidas, la prestación de servicios gratuitos mediante personal paramédico en las pequeñas poblaciones parecía especialmente útil para conseguir el objetivo. Éste y otros servicios similares vinieron a desempeñar un papel clave en lo que se denominó “atención primaria en salud”. Poco después, la UNICEF vino a sumarse con una entusiasta defensa de la revolución de la supervivencia infantil, basada en

* Centro de Investigaciones Fundación Universitaria del Área Andina. Docente Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Tecnológica de Pereira

la aplicación de determinadas medidas de atención primaria en salud.

Sin embargo, esta situación no perdura. Hacia mediados de los años ochenta, se distinguen tres cambios importantes:

1. La propuesta de un desarrollo global se veía enturbiada por las dificultades económicas que atravesaban muchos países pobres, quienes evidenciaron que el anhelado objetivo de servicios públicos gratuitos para todos, no iba a hacerse realidad, al menos en breve plazo.
2. Los cambios trascendentales que experimentaron las filosofías económicas de los países socialistas de Europa Oriental y China, debilitaron la fe en los modelos de desarrollo dirigidos por el Estado. Estos cambios repercutieron en las prestaciones sanitarias y comenzaron a cuestionar la idea de cimentar en los gobiernos la prestación de servicios de salud.
3. La realidad comenzó a abrirse paso tras la euforia del inicio de "salud para todos", y un atento examen de los logros en materia de atención primaria, indujo a muchos, acertadamente o no, a poner en tela de juicio la capacidad de esos servicios para producir los espectaculares beneficios que inicialmente se esperaban de ellos.

El péndulo comenzó a alejarse de la idea de "salud para todos", para oscilar hacia lo que hoy se conoce como "reforma del sector salud". Naturalmente la pobreza, la igualdad y los servicios básicos siguieron ocupando un lugar destacado en publicaciones tales como el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 del Banco Mundial; el

primer informe sobre la salud del mundo de la OMS, que apareció en 1995; y el informe anual del director de la OPS.

Progresivamente sin embargo, y en especial tras la aparición en 1997 de la influyente publicación del Banco Mundial 'Financing health services in developing countries', la salud de los pobres dejó de acaparar la atención de quienes se preocupaban por los problemas sanitarios de los países en desarrollo. El interés recayó esta vez en los conceptos de sostenibilidad, como evidenció la intensa actividad desplegada en torno a la financiación de los servicios de salud, y de la eficiencia que se tradujo en un esfuerzo por optimizar la relación eficacia / costo.

En términos epidemiológicos, la atención dejó de concentrarse en las enfermedades de los pobres, para trasladarse a la población mundial en su conjunto, y se orientó a la transición demográfica epidemiológica que estaba produciendo nuevas clases medias y altas en países pobres, y cuyas características en términos de enfermedades, se asemejaba más a los países occidentales que a las de la población mundial pobre.

Primeros indicios de renovado interés.

Con el comienzo del tercer milenio, parece reavivarse el interés por la pobreza y por la equidad en salud. Hay ya en marcha, por ejemplo, más de una docena de proyectos de investigación plurinacionales sobre la salud, la pobreza y la equidad, que reciben apoyo de muy diversos donantes y engloban a más de un centenar de países. Otro indicador es la importancia que recibe la mejora de la salud de los pobres en la

actual estrategia del Banco Mundial para las actuaciones en materia de salud, nutrición y población, adoptada en 1997. En virtud de esa estrategia, la prioridad del Banco Mundial es “colaborar con los países para mejorar la salud, la nutrición y la situación demográfica de los enfermos pobres del mundo”. La Directora General de la OMS afirmó en el ‘Informe sobre la salud del mundo 1999’ que “por encima de todo, es necesario reducir sustancialmente el exceso de mortalidad y morbilidad que afecta a los pobres”.

Esta renovada preocupación tiene visos de proseguir durante varios años. Ello se debe en parte a la mayor atención que se está dedicando a la pobreza y a la desigualdad desde la perspectiva del desarrollo general, y en parte al propio devenir de la comunidad sanitaria internacional. Este interés por la pobreza dará mayor relevancia a los análisis y publicaciones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que dedicó a este tema su informe sobre el desarrollo humano 1997.

La Fundación Rockefeller y el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, analizan las implicaciones sanitarias y la mitigación de la pobreza como prioridad. La Unión Europea emprende un estudio sobre la repercusión de las actividades sanitarias para las clases desfavorecidas. La OMS crea un grupo especial a nivel de organismos para enfrentarse a la pobreza. El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, preparan una iniciativa para alentar a los países en desarrollo a un mayor compromiso de la salud y a la educación de los desfavorecidos, con la condonación de la deuda de los países pobres endeudados.

Implicaciones a largo plazo

Aunque todas estas consideraciones son alentadoras para quienes se preocupan por la equidad sanitaria y la salud de los pobres, no dejan de ser insuficientes para garantizar una mejora apreciable de la situación actual. Los graves problemas que plantea la mala salud en los más necesitados no se resolverán meramente con declaraciones de intención, o mediante estudios o reuniones internacionales. Para lograr progresos sustanciales se necesita sin duda un compromiso firme y duradero y la voluntad de modificar a fondo estrategias de salud y de desarrollo. Para ello será necesario capitalizar y superar los esperanzadores progresos que se han señalado, con objeto de crear una dinámica eficaz y un impulso de reforma. Determinar la mejor manera de dar ese paso, constituye uno de los principales desafíos para quienes se preocupan por las desigualdades sanitarias.

Indudablemente, toda estrategia encaminada a superar estas desigualdades, se inclinará a dar la máxima prioridad a la mitigación de la pobreza en todos los órdenes, mediante un desarrollo social y económico de amplia base. Requerirá también, sin duda, un altísimo grado de voluntad política y en particular una firme determinación de los dirigentes nacionales e internacionales para apelar a los intereses de los privilegiados, con objeto de mejorar la situación de los desposeídos. Para tal fin, corresponde a los epidemiólogos estar preparados y defender en la arena política la equidad social y económica, y no limitarse a trabajar en el sector salud.

Al mismo tiempo hay que ser conscientes que el sector salud no es necesaria-

mente el camino más importante para hacer frente a las desigualdades.

Determinación de objetivos

Aprender a diferenciar entre pobreza, equidad e igualdad.

Estas tendencias están orientadas a:

- 1) Mejorar la salud de los pobres;
- 2) Reducir las desigualdades entre pobres y ricos;
- 3) Subsana las desigualdades en salud.

¿Qué puntos en común y qué diferencias existen entre esas tres corrientes?

Lo que interesa no es el promedio social, sino el estado de salud de los diferentes grupos sociales que constituyen la sociedad, en especial los grupos socioeconómicos que la integran, y especialmente los estratos más bajos o desfavorecidos.

Quienes abordan la salud desde el punto de vista de la pobreza, suelen estar principalmente interesados en mejorar la salud de los pobres únicamente, y no en reducir las diferencias entre pobres y ricos. Para quienes aspiran a la igualdad, el objetivo principal es la reducción de las diferencias sanitarias entre pobres y ricos. Quienes combaten las desigualdades sanitarias aspiran a subsana las injusticias que entrañan las desigualdades o las malas condiciones de salud de los desfavorecidos.

Pobreza y Salud

La pobreza es la preocupación eminente de la primera de esas tres corrientes; ocupa desde hace más de 20 años un papel en la utilización de las teorías

sobre el desarrollo general. Esta corriente surgió a finales de los años sesenta y comienzo de los setenta, como reacción a la preponderancia que por entonces se daba a las tasas de crecimiento de los países, simplificadas en términos de ingresos por habitante. Se consideraba por aquel entonces, que un interés excesivo por distribuir la riqueza iría en detrimento del crecimiento económico global, que se consideraba una condición necesaria para aliviar la pobreza a largo plazo. Centrarse ante todo en las grandes cifras del crecimiento era la consigna imperante. A corto plazo, el resultado podía ser una mayor desigualdad, pero en última instancia los beneficios se repartirían entre los pobres, y a largo plazo éstos terminarían en una situación mucho mejor que si se hubiera aplicado una estrategia de desarrollo orientada a sus necesidades más inmediatas.

Las propuestas teóricas basadas en el “crecimiento de abajo a arriba” y en las “necesidades humanas básicas”, que surgieron como alternativa a aquella filosofía, preconizaban un ataque directo a la pobreza como mejor medio para conseguir un desarrollo sostenible. Un gran número de debates sobre la manera de definir los grupos de población pobres que requieren atención, dio lugar a dos metodologías:

La primera, basada en lo que suele denominarse “pobreza absoluta”, adopta una perspectiva universal y define la pobreza respecto a un nivel de ingresos o de consumo aplicable a todas las personas, con independencia de donde se hallen. Para ello suele definirse un “umbral de pobreza” que representa la cantidad mínima de dinero necesaria para comprar los alimentos que

garantizan una nutrición, al menos adecuada (queda una cantidad suficiente para comprar otros bienes esenciales). Éste es el planteamiento del Banco Mundial que definió el umbral de pobreza. En la actualidad el umbral de pobreza internacional se cifra en un consumo medio por habitante de US \$1 al día. Para 1300 millones de personas en todo el mundo, el nivel de consumo está por debajo de ese umbral.

El segundo punto de vista, más orientado a los países, se basa en un concepto frecuentemente denominado "pobreza relativa". Lo habitual desde esta perspectiva, es definir el umbral de pobreza en términos de adecuación a una sociedad específica. Por lo general hay dos formas de definir este concepto, una de ellas es análoga a la anteriormente expuesta. Consiste en determinar el nivel de ingresos que una persona necesita para vivir dignamente, con arreglo a cierta definición de dignidad en términos locales.

Tal como se desprende de estas frecuentes referencias a los ingresos y a los gastos, la pobreza se ha definido tradicionalmente en términos económicos, tanto en uno como en otro planteamiento. El estado de salud ha sido en gran medida un elemento ausente en la definición. Al abordar la pobreza, la salud se ha entendido principalmente como un servicio cuya prestación a los pobres está supeditado a criterios de ingresos o de gastos.

Estas definiciones actualmente están cuestionadas, por ejemplo Amartya Sen, define la pobreza basada en la capacidad de los pobres para mejorar su condición y en la cual la educación y la salud son elementos importantes en los ingresos.

Dimensiones de la desigualdad que más importan. En el enfoque más tradicional, las diferencias de salud se abordan en función de los ingresos o de la situación económica de una persona; la perspectiva adoptada en los dos artículos siguientes se alinea con esa tradición. Sin embargo la dimensión económica no es en absoluto la única importante; hay quienes consideran que otros aspectos revisten aún mayor interés. En los últimos años han recibido bastante atención las desigualdades entre hombres y mujeres, en lo que se refiere a su estado de salud.

En Sudáfrica y en los Estados Unidos se evidencia un interés especial por las desigualdades étnicas en cuanto prestación de servicios de salud. La educación y la ocupación laboral son también un criterio utilizado para clasificar las poblaciones, con el objeto de evaluar las diferencias de salud entre unos grupos y otros, aunque a menudo, más como indicadores de la situación económica, que por méritos propios.

Equidad en salud, la pobreza y la desigualdad son conceptos básicamente empíricos. La equidad, en cambio, es de carácter normativo, ya que habla de valores y está estrechamente vinculada al concepto de justicia social. En la esfera de la salud, la equidad se ha asociado a la reducción de las desigualdades. Así, una de las definiciones más citada de inequidad sanitaria, habla de diferencias en salud que se consideran injustas e inmerecidas. Un documento de Euro OMS sobre equidad sanitaria, indica que habrá equidad si se reducen las disparidades injustas, y perseguir la equidad en el desarrollo de la salud y de la atención sanitaria, equivale a tratar de reducir las diferencias sociales

injustas e innecesarias, en cuanto a salud y las prestaciones de servicios en salud.

Sin embargo, la equidad no tiene por qué consistir exclusivamente en reducir las desigualdades. Puede aplicarse también a la pobreza, ya que cabría argumentar como injusto que haya gente pobre, cuando la sociedad dispone sobradamente de recursos adecuados para que dejen de serlo.

Pero hay algunas preguntas para resolver, por ejemplo:

¿Cuándo es injusta una desigualdad? No siempre desde luego. Es perfectamente posible imaginar una situación de desigualdades en salud, no forzosamente reñidas con la equidad. Un ejemplo son los grupos de población con ingresos similares pero con esperanzas de vida muy dispares, atribuibles a formas de vida diferentes. Si el grupo menos sano tuviera plena conciencia de los riesgos inherentes a la forma de vida que adopta, las diferencias en cuanto a esperanza de vida podrían ser simplemente el resultado de diferencias en las preferencias sociales de ambos grupos, no necesariamente un factor fundamental de inequidad.

¿Qué criterios permitirían afirmar que los recursos de una sociedad son adecuados para aliviar la pobreza? Adecuado no es un concepto binario, en el sentido que no existe una frontera que divida los recursos perfectamente, en adecuados e inadecuados. Se trata más bien de una gradación que va de una carencia total de recursos a una abundancia sin límites, en la cual no existe una línea divisoria clara. Además, las apreciaciones subjetivas pueden diferir: recur-

sos que para unas personas pueden no ser adecuados, pueden ser adecuados para otras.

Contexto para el desarrollo de políticas públicas en salud y aportes desde la epidemiología²

Terris y Llopis, son enfáticos en sostener que la piedra angular de la investigación en los servicios de salud son los estudios epidemiológicos de resultados, y consideran que la epidemiología se debe atener a la evaluación de resultados y a los efectos que los servicios ejercen en la salud, por lo cual sugieren limitar la evaluación de los resultados a los efectos que los servicios ejercen en la salud.

Nájera, por su parte, asigna otros usos a la epidemiología, relacionados con la planificación, la organización y la administración de esos servicios, y la investigación sobre causalidad y nuevos métodos de estudio.

Nájera considera la red de causalidad y los servicios como un continuo, la investigación de las causas en un lado y la de los resultados en otro. Sin los elementos epidemiológicos, la investigación de servicios es puramente administrativa.

Se plantea entonces la relación entre los problemas de salud de un país, de una región, de un municipio, y la inversión del dinero. ¿Tendrán que ver?. ¿Está la formación médica y de otros profesionales de la salud entregada de lleno a la terapia? ¿Consideran en su formación la actividad preventiva?

Es importante iniciar acciones masivas de prevención primaria y tomar decisiones políticas de intervención firmes, en temas como cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes, factores de riesgo y protectores, como ya se hace en otros países, donde los medios de comunicación tienen un muy buen desempeño en la realización de esta política.

Se plantea entonces la necesidad de reorganizar los servicios de salud con base en la orientación comunitaria; el establecimiento de un sistema educativo en salud con una función clara de la epidemiología, para ayudar a la comprensión amplia de lo que ocurre en salud y con el estilo de vida, en la comunidad.

La visión de la epidemiología que en el siglo XVIII se estableció como un sistema de policía médica frente a los problemas de las epidemias, evolucionó hacia una nueva práctica científica, ligada con diversas disciplinas de las áreas sociales, económicas y políticas.

La planificación de los servicios de salud³

El proceso de toma de decisiones en los servicios y en el contenido de los programas, generalmente es responsabilidad de los niveles centrales.

Las influencias internacionales o las derivadas de agencias de cooperación, definen prioridades en los programas, los cuales en muchas ocasiones están alejados de la situación presente en las unidades locales y de la prioridad respectiva en los grupos sociales.

Para realizar los procesos de diagnóstico de la salud, generalmente se recurre

a indicadores nacionales o regionales, que no revelan las variaciones geográficas o temporales que existen en cada micro región o nivel local.

Es indispensable una mejor identificación, distribución y asignación de los recursos en los servicios de salud, con el fin de lograr su complementación y orientar sus relaciones intersectoriales, en grupos poblacionales con mayor riesgo de enfermar y morir.

En este sentido, la planificación de políticas públicas en salud en los próximos 10 años, debe ser sensible a los cambios ambientales y va más allá de la visión que tienen los funcionarios con sus propias interpretaciones y soluciones, puesto que debe buscar ubicarse como práctica social en un escenario específico, donde intervienen actores, cuyas situaciones vitales pretenden modificar.

En la perspectiva inmediata de una adecuada realización de políticas públicas en salud, es indispensable establecer la relación entre la planificación, la epidemiología y otras ciencias en las áreas económicas y sociales. De allí la importancia de romper moldes inflexibles y abrir espacios donde los funcionarios y la comunidad actúen, para adaptarse a las condiciones del entorno, estudiar actitudes y disposiciones, a fin de aceptar e incorporar procesos y tecnologías científicas sólidas y socialmente aceptadas, para obtener una mayor racionalidad y efectividad de los recursos disponibles.

La evaluación de los servicios de salud

- 1) La aplicación de la epidemiología en el proceso de darle valor a un fenómeno o al desempeño de una tecno-

logía, comparando los resultados obtenidos con valores preestablecidos, y con el fin de instaurar aproximación de la magnitud y dirección de la diferencia para la acción.

- 2) Asesorar el desarrollo de adaptaciones para su seguimiento, control y empleo, con el fin de demostrar cómo los cambios en la organización o en el uso de diversas aproximaciones metodológicas, alteran los perfiles de salud de las comunidades.
- 3) El enfoque de las condiciones de eficiencia se refiere a las características estructurales y de proceso, cuya organización, ordenamiento y transformación, garantizan adecuada atención al usuario en un lugar y tiempo determinados. Su evaluación y monitoreo permiten medir el grado de adecuación de los servicios.

La evaluación de la tecnología

Las experiencias recogidas en las décadas de los sesenta y setenta, demostraron que la aplicación del avance tecnológico no genera en muchos casos los beneficios observados en los países donde se originaron las tecnologías. Estos análisis indican que las características de los sistemas de salud en cada región, presentan factores particulares y convierten en inadecuados muchos de los avances tecnológicos.

La aceptación y adquisición masiva e indiscriminada de tecnologías desligadas de las posibilidades de cierto uso, adecuación, eficiencia y eficacia, han constituido un serio problema para los servicios de salud.

Por esto la importancia del desarrollo de una política pública en salud para la

evaluación de las tecnologías y procedimientos que se utilizan en los servicios de salud, y en esta área la contribución del enfoque epidemiológico es evidente.

El análisis de métodos y procedimientos de los sistemas de salud no formales y/o empíricos populares que tienen asiento en nuestras comunidades, requieren de una nueva aproximación.

Las prácticas populares en salud son tan viejas como la historia de la humanidad. Los sistemas de salud no pueden ignorar estas realidades sociales, y por el contrario deben concretar mecanismos de acercamiento que permitan describir y analizar sus diversos contenidos.

La epidemiología en el nivel local, para el desarrollo de políticas públicas en salud.

La visión de multicausalidad en el proceso de salud-enfermedad, donde esté presente el concurso de acciones intersectoriales, biológicas, sociales, políticas y económicas, requiere adecuar la organización para que supere la actual estructura burocrática tradicional, y se acerque en forma directa a la realidad específica.

En este sentido el enfoque organizativo de la salud, debe partir desde los grupos de familia que se ubican en sus domicilios, sitios de trabajo, lugares de educación y áreas públicas, es decir, en el ambiente extramural, donde la presencia o ausencia de factores de riesgo o protectores, hacen mayor o menor la posibilidad de desequilibrio en el eje de la salud.

A partir de datos como edad, sexo, mortalidad, morbilidad o incapacidad,

se establecen perfiles generales; específicos (por edad y sexo), y especiales (materno infantil, ancianos, evitabilidad, etc.), que permiten identificar grupos vulnerables.

Este reagrupamiento hace posible concretar conjuntos o categorías de sucesos relacionados con factores de riesgo; de los factores de riesgo se seleccionan los que pueden seguir o rastrear el comportamiento de cada categoría identificable que permita tomar decisiones y actuar sobre los riesgos y sus factores determinantes. Con relación entre el hábito de fumar, el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares, el elemento 'rastreador', hábito de fumar, es intervenible, pues afecta a ambas entidades. Este modelo implica mejorar la medición de la enfermedad y la muerte, además que precisa información sobre factores de riesgo identificables respecto a los hechos de enfermedad o muerte.

Las estrategias de acción

El punto de partida es la presencia en la ciudad o municipio de una política social que apunte hacia el mejoramiento de la calidad de vida, la igualdad de oportunidades y la construcción de capital social y humano, para el logro de la convivencia y de la paz.

La estrategia básica es la atención primaria de la salud; se podría afirmar la creación de una atmósfera propicia a la participación, en un ámbito amplio, democrático y entusiasta, dentro de un modelo de sucesivas aproximaciones.

En esta vía hay cuatro fundamentos elementales: la acción intersectorial, la participación comunitaria, el desarrollo

tecnológico y el desarrollo administrativo subsecuente.

La acción intersectorial

Sus principios señalan que la acción intersectorial es un recurso administrativo que se debe planear, organizar, dirigir y evaluar, pues se considera un proceso en el cual se relacionan en forma temporal los diferentes sectores, sin perder en ningún momento su autonomía e identidad, con el fin de lograr un desarrollo armónico en los niveles normativo, estratégico, táctico y operativo.

Las fases en la configuración de los mecanismos intersectoriales comprenden las siguientes etapas:

- Acercamiento
- Conocimiento de recursos, servicios y áreas de acción
- Articulación
- Coordinación y consolidación

La participación comunitaria

La participación se concibe cuando en ella confluyan agentes sociales que interpretan sus problemas, tomen decisiones definitivas o parciales en materia de salud o bienestar, según sus propias interpretaciones, y asuman responsabilidades en función de la determinación que adopten. El proceso de participación comunitaria comprende 4 etapas:

- 1ª El inventario de organizaciones existentes.
- 2ª Concertación con los sectores de desarrollo económico y social.
- 3ª Decisión comunitaria frente a la concertación y selección de representantes.
- 4ª Educación y capacitación.

El desarrollo tecnológico

Es la instrumentación necesaria para responder a la demanda de acuerdo con la población, con los principios científicos, con la realidad económica y con la aceptación comunitaria; identifica las características de la tecnología a nivel del barrio, comuna o y municipio.

El desarrollo administrativo

Adecuación de estructuras.
Dirección y motivación.
Liderazgo.

Comunicación.
Evaluación.

Estrategias Específicas

La red de servicios.
Las formas alternativas para la ampliación de coberturas y mejoramiento de la calidad.
El enfoque descentralizado de atención ambiental.
La planificación participante e interactiva.
El desarrollo de la organización.
Sistemas de información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Gwatkin D. R. (2000) *Reflexión crítica, Desigualdades sanitarias y salud de los pobres ¿qué sabemos al respecto? ¿Qué debemos hacer?.* Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos No 3. p. 3-17
- ² Organización Panamericana de la Salud OPS (1989) *“El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas”* Publicación científica No, 505 Washington.
- ³ Cruz Luis F., Guerrero R. Alzate A. (2000) *La salud como empresa social Aproximaciones, reflexiones y propuestas.* Cali: Editado por la Fundación Carvajal y la Universidad del Valle.