
Aspectos Sociales / Social Aspects

Las sutilezas contemporáneas en los procesos de exclusión social: estar enfermo de hansen en Colombia

Raúl Castro G.* y Benjamin Huertas "

**Raúl Castro G., Sociólogo, Profesor Titular de la Universidad del Valle, Cali, Colombia; Coordinador de la Maestría en Salud Pública, Escuela de Salud Pública. Facultad de Salud; Director del CEUCSA (Centro Universitario de Ciencias Sociales y Salud) de la Universidad del Valle.*

"Benjamin Eduardo Huertas, M.D., Estudiante Maestría en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle; Investigador Asociado del CEUCSA.

1. El Estudio de la Enfermedad y la Dolencia

Se puede afirmar que hasta ténicas muy recientes la enfermedad, genéricamente hablando, y Hansen no es la excepción, había sido estudiada principalmente como algo que debía ser explicado, controlado o erradicado básicamente por los profesionales de la biología, de la bioquímica y de la medicina. Tanto estos profesionales, como los profesionales de las ciencias sociales, habían interiorizado esta perspectiva.

Quizás la principal consecuencia de lo anterior fue que la distinción entre enfermedad y dolencia se había borrado casi por completo. Aunque enfermedad y dolencia están relacionadas, ellas no son lo mismo. La enfermedad puede entenderse como un proceso o estado fisiológico indeseable. La dolencia, en contraste, tiene menos que ver con los problemas físicos como tales con los fenómenos psicológicos y sociales que acompañan los problemas fisiológicos.

La dolencia es un fenómeno social que puede basarse, o no, en la enfermedad. Decir

que la dolencia es social es sencillamente enfatizar las experiencias, actividades, sentimientos, intuiciones, solidaridades, rechazos, relaciones, sufrimientos, exclusiones y problemas que rodean a la enfermedad en el contexto de la vida social.

Esto se puede asumir como una perspectiva de las ciencias sociales en el estudio de la dolencia, y si se quiere, de la enfermedad y de la salud, o inclusive en términos más precisos, del proceso de salud enfermedad.

Afortunadamente hoy se puede decir que en el estudio de la salud, la dolencia y la enfermedad, hay un avance notable de las ciencias, tanto biomédicas como sociales, y de la práctica de la prestación de servicios en el campo de la salud, al reconocer que existen esas otras dimensiones diferentes de las estrictamente biológicas y médicas, y que ellas también son objeto del trabajo científico y de la práctica social.

También hoy, afortunadamente, ya no son tan escasos los estudios que se centran en la experiencia de la dolencia, o de lo que significa estar enfermo en una sociedad. Hay estudios sobre lo que significa ser una persona enferma, por ejemplo, con malaria, epilepsia, HANSEN, cualquiera de las enfermedades de transmisión sexual, con SIDA, cáncer, enfermedades crónicas al igual que enfermedades deformantes, etc; o lo que significa recurrir a "medicinas tradicionales" en lugar de la institución-médico-hospitalaria; o lo que significa la relación entre colaboración, congestión, autogestión y fiscalización en los procesos de participación comunitaria en salud; o lo que significa "riesgo" para los distintos sectores de la población.

Los diversos estudios realizados sobre el estigma social asociado con la Enfermedad de Hansen ilustran bastante bien el punto sobre como aun existe una distancia significativa entre los resultados de la investigación en ciencias sociales en salud y su integración en los sistemas de salud, en los cuales predomina un modelo científico-administrativo que privilegia el manejo clínico y farmacológico de la enfermedad, dando poco, o ningún espacio, al

manejo social de la dolencia, con resultados negativos en muchos casos para el mismo manejo de la enfermedad.

Se han precisado las características del estigma, sus consecuencias para los enfermos, sus manifestaciones en pérdida de su Integración a varios niveles sociales y la vivencia de múltiples formas de exclusión social, en donde se origina el estigma social. Los Programas de Control se han esforzado en disminuir el estigma social de la enfermedad, pero en la medida en que tan solo se han centrado en el diagnóstico y el tratamiento con medicamentos, su impacto en ese esfuerzo ha sido muy reducido, porque no se ha dado una atención integral al paciente de Hansen.

Dos dimensiones están en juego cuando se habla de la integración de los pacientes de Hansen, dimensiones que aunque complementarias admiten que se las distinga con cierta precisión:

1. La Integración Social en la sociedad mayor de la cual forman parte como actores sociales, como ciudadanos, como sujetos de derechos y deberes.
2. La Integración al Sistema de Seguridad Social en el cual está ubicada la atención integral en salud de los pacientes de Hansen.

Es precisamente bajo esta perspectiva que en la Ciudad de Santiago de Cali se está estructurando el Programa de Hansen de la Secretaría de Salud Pública Municipal, el cual como "Proyecto Piloto" pretende enfrentar, y ofrecer alternativas, al problema de la Integración al Sistema de Seguridad Social de los pacientes de Hansen en Santiago de Cali, por medio de su atención integral en salud.(3)

Estas reflexiones, centradas en las dos dimensiones que dieron génesis al Proyecto de

Cali y que quitan su ejecución, principalmente la integración al sistema de seguridad social, intentan hacer un modesto aporte a la Mesa Redonda sobre Aspectos Sociales de Hansen, a partir de la exposición sumaria del Proyecto que actualmente se adelanta en la Ciudad de Santiago.

2. Los Pacientes de Hansen y sus características socio-económicas dentro de la Población Colombiana de Donde Proviene

Es importante entender que un Programa de Manejo de Hansen recibe, tanto ahora como en el pasado, pacientes provenientes tanto del sector rural como del sector urbano, quienes viven en una situación social fruto de múltiples factores, que los ubica en determinado puesto dentro de una escala de estratificación social, y con determinadas formas de integración o exclusión sociales en la sociedad mayor de la cual forman parte como actores sociales, como ciudadanos, como sujetos de derechos y deberes.

Es poco lo que un Programa de Hansen puede hacer para modificar, en un sentido positivo, la situación macro de la cual provienen los pacientes y donde se manifiestan sus formas de integración o exclusión sociales. Pero al nivel micro, o sea al nivel de la autoestima y de la existencia de redes de apoyo familiar y comunitario, un Programa de Hansen sí puede tener incidencia en evitar la exclusión social proveniente de las discapacidades y deformidades surgidas de un diagnóstico tardío y de un manejo adecuado.

Diferentes estudios adelantados en Colombia sobre el Manejo Social de la Enfermedad de Hansen, aunque no se hayan orientado específicamente al estudio sistemático sobre la condición socioeconómica de los pacientes de Hansen, sí permiten formarse una visión de que el grueso de los pacientes re-

3. El proyecto de Investigación Operativa que sirva de base a la estructuración del Programa de Hansen en mención, se denomina: "Manejo de la lepra: Pérdida de Pacientes por Rechazo y Abandono de la Poliquimioterapia (PQT) en Santiago de Cali, Estudio de Impacto sobre el Manejo de la Lepra Mediante la Capacitación a Funcionarios de Atención Primaria". Además de Raúl Castro G., Co-Investigador Principal por parte de la Universidad del Valle, y Benjamin Huertas, Investigador Asociado del CEUCSA, los otros investigadores responsables de implementar el Proyecto son Gustavo Corredor, M.D., Dermatólogo, Coordinador del Programa de Hansen en Cali, Co-Investigador Principal por parte de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, y Luis Hernando Moreno M., M.D. Dermatólogo, Jefe Sección Patologías Infecciosas y Parasitarias, Consultorio Dermatológico, Secretaría Departamental de Salud Pública del Vate del Cauca.

gistrados en los programas de manejo de la Enfermedad, se ubica en los estratos mas pobres, más desprotegidos y con menos posibilidades de acceso a los beneficios sociales: población rural campesina y población urbana marginada.(4)

Esos tres períodos de manejo social diferenciado de la Enfermedad de Hansen en Colombia son:

- 1: El de la Segregación (1530-1961),
2. El del Control Vertical (1961-1977)
3. El del Programa Horizontal (1978 hasta el presente), y solamente el Programa Horizontal ha enfrentado explícitamente, en el sentido positivo, el problema de la integración de los pacientes, excluidos como resultado de alta carga estigmatizante que conlleva, no solo el tener la enfermedad sino principalmente las secuelas discapacitantes y deformantes resultantes del diagnóstico tardío y el manejo inadecuado.

Para no mencionar sino los servicios de salud públicos, (5) dejando de lado los problemas de falta de empleo, vivienda, educación, servicios públicos, y de una política de lucha contra la pobreza, resalta la falta de cobertura general del sistema y en particular de la seguridad social. De acuerdo con las informaciones disponibles en 1993, cuando se promulgo la Nueva Ley de Seguridad Social de Colombia, o Ley 100, la seguridad social solo cubría el 22% de la población, mientras el 13% era cubierto por mecanismos privados individuales y el resto, 69% debía acceder a los servicios públicos de salud. Además se advertía que toda la población teóricamente cubierta por el sector público no accedía a los servicios.

3. Relacion del Proyecto de Cali con la Dinamica de los Procesos de Investigacion en sistemas de Salud aplicados a los programas de lepra

4 "Descriptive epidemiological study of the stigmatization of Hansen's Disease in Colombia with implications for multidrug therapy within the strategy of Primary Health Care" Informe Final Aprobado en Diciembre de 1993 del Proyecto ID 890294, ejecutado por cooperación entre el UNDP/WORLD BANK/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), y el Centro Universitario de Ciencias Sociales y Salud (CEUCA) de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, Junio de 1993, Director del Proyecto e Investigador Principal: Raúl Castro G., Profesor del Departamento de Ciencias Sociales y Miembro del CEUCA, en la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

5 Se entiende como sector público todas las instituciones que dependen de las autoridades públicas de salud de los niveles nacional, departamental y municipal.

el suministro adecuado de poliquimioterapia (PQT) a fin de curar al paciente, interrumpir la transmisión de la infección y prevenir las consecuencias físicas (deformidades y discapacidades), psicológicas y sociales relacionadas con el descuido en el manejo de la enfermedad.

Por consiguiente, el establecimiento temprano de casos y su adecuado tratamiento y labor preventiva-educativa se constituyen en prioridades para los Programas de Control de Hansen, los cuales en forma paulatina conviene que se integren dentro de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

Hay otro reto que no puede pasar inadvertido, consistente en que el éxito de la PQT aumentara la prominencia de las personas que necesitan cuidado debido a incapacidades y deformidades, con la perspectiva que en muchos lugares sobrepasaran en número a los pacientes en quimioterapia. El eventual éxito del Plan Global de Eliminación, o plan curativo, no ablanda totalmente el peso social de la enfermedad. Este aspecto del reto subyace aun más la importancia del lado social del aparato tecnológico disponible, consistente en garantizar que la gente use el tratamiento multidroga, probablemente su eslabón más débil.

Puesto en otras palabras, esta estrategia es la mejor contribución que puede hacer un Programa de Control de Hansen para que los procesos de integración de los pacientes de Hansen, sean una realidad: si ya han sido excluidos de alguna manera, para contribuir a su reintegración social; si no han sido excluidos, para evitar que ello suceda. La pregunta de fondo que surge es entonces "como lograr todo esto?". El Proyecto de Cali ha recurrido a la Investigación en Sistemas de Salud (6), como un camino adecuado para encontrar respuestas efectivas a esa pregunta, con la perspectiva que este tipo de investigación contribuye a cerrar la brecha entre los aspectos biológicos y sociales en el manejo de la Enfermedad de Hansen, al orientar el tipo de diseño administrativo requerido para el Programa.

3.1. Proyecto de contruir el Programa de Hansen para Cali

La revisión, no exhaustiva ni sistemática, del archivo y de los listados de pacientes diagnosticados con lepra en el Municipio de Cali, ciudad de 2 000 000 de habitantes, permiten afirmar que el problema prioritario de investigación sobre Hansen en el Municipio de Santiago de Cali, y de manejo del Programa, consiste en la pérdida de pacientes, por abandono y por rechazo, de la terapia multidroga (TMD) por los pacientes diagnosticados con la enfermedad durante los últimos siete (7) años.(7)

De un número aproximado de 788 pacientes residentes en Santiago de Cali, no es aventurado decir que entre un 50% a un 60% de ellos son inasistentes o se han perdido definitivamente. Un Programa que no logra retener a sus pacientes es un "programa fracasado", desde todo punto de vista.

La situación de empalme que debe implementarse en el Municipio de Cali en el corto plazo, por medio de la cual el manejo de los pacientes de Hansen debe pasar a ser obligación de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca a través del Consultorio Dermatológico, hace perentorio el conocimiento de las causas del comportamiento señalado de la pérdida de pacientes, pues lo contrario sería no solo irresponsable administrativa y clínicamente, sino un grave error desde el punto de vista de la filosofía de atención primaria en salud, y una actitud falta de ética frente al manejo de la enfermedad.

El problema es de suma importancia para el Municipio, dado que las actividades relacionadas con el manejo de la enfermedad que se deben asumir, tanto las actividades clínicas como las sociales, se encuentran con esa barrera de la pérdida de las personas diagnosticadas, ya sea por rechazo o por abandono. Es relevante por consiguiente encontrar las causas de dicho comportamiento. Solo ello garantizaría que en el trabajo de capacitación en Hansen y

educación en atención primaria en salud, que se pretende adelantar con los funcionarios de la Secretaria de Salud Municipal de Cali, se pueda salirle al paso a ese gran problema de la pérdida de pacientes.

Las causas pueden estar relacionadas con las condiciones geográficas (situación urbano-rural), socioeconómicas y culturales con que ocurre la Enfermedad de Hansen; el comportamiento puede estar relacionado con la forma en que funcionan los servicios de salud.

Al mirar los factores causales, debe tenerse en mente que los lugares del Municipio donde se encuentran las mayores prevalencias, relacionan con los estratos más bajos de la ciudad (Distrito de Aguablanca, por ejemplo), donde los procesos migratorios han sido inten-

tos y donde las condiciones de vida son muy deficientes.

Los factores comportamentales se relacionan con aspectos ligados al establecimiento, dinámica y funcionamiento de los servicios de salud.

Un factor adicional que es absolutamente necesario considerar si se quiere entender la actitud de aquellos que rechazan y abandonan la terapia multidroga se relaciona con la "cultura de la lepra". Se entiende por esto un conjunto de percepciones simbólicas que posee cada individuo, incluidos los trabajadores de la salud, profesionales y no profesionales, y que es compartida por la familia y las personas de la comunidad donde vive. Para entender la "cultura de la lepra" es necesario tener en cuenta el conocimiento común del cual parten los individuos, la poca importancia asignada a la enfermedad, las expectativas de los medicamentos, y la ignorancia de la sintomatología de la enfermedad y sus secuelas.

Hoy por hoy, como resultante de varios factores, se ha dado en Colombia un cambio significativo en el dominio privado, tanto que muchos pacientes solicitan expresamente, al conocer su diagnóstico, que su situación de Enfermos de Hansen no sea comunicada por

6 Ver Ponencia presentada por Raúl Castro G. sobre "Investigación en Sistemas de Salud: Aplicaciones a los Programas de Control de Lepra", en las Memorias de la Conferencia de la Organización Mundial de La Salud sobre el Control de La Lepra en Las Américas Ciudad de México, 22-25 de Octubre de 1991.

7 Se entiende por "rechazo" aquella situación en que el paciente una vez diagnosticado, no iniciar el respectivo tratamiento, mientras por "abandono" se entiende aquella situación en que el paciente una vez comenzado el tratamiento lo interrumpe. En ambos casos se habla de "pérdida de pacientes" del programa de control de lepra.

ningún motivo a sus familiares. La Enfermedad de Hansen no suscita el interés que antes tuvo para el Estado hasta el surgimiento del Programa Horizontal en 1978. Estos factores hacen difícil diseñar estrategias individuales, familiares y comunitarias para la prevención y el control de las personas enfermas de lepra.

El proyecto plantea unos de los problemas actuales relevantes como lo constituyen, primero, la falta de retención de los pacientes diagnosticados en el programa, y segundo la falta del diagnóstico precoz de la enfermedad, aproximadamente de 38 meses entre primeros síntomas y momento del diagnóstico, y propone una estrategia que leve a mejorar los programas de atención a la Enfermedad de Hansen en los servicios de salud a fin de contar con elementos que permitan contribuir realmente a una política de control, o eliminación, de tal enfermedad en Cali en particular. El proyecto propone cumplir sus objetivos mediante la capacitación del personal de atención primaria, el fortalecimiento de las acciones de educación en salud en este mismo personal y los funcionarios del programa de control de lepra y la participación de la comunidad como vigilante social de las acciones desarrolladas

3.2 Duración y Etapas

Se ha considerado que la intervención, tanto en su fase preparatoria como en sus fases de intervención directa y análisis de resultados tenga una duración de 22 meses.

Primeira Fase: Preparación y Diagnóstico Socio-Epidemiológico de las Historias Clínicas de los Pacientes registrados en Cali, en número aproximado de 788, durante los últimos siete años. Este estudio permitirá hacer comparaciones con la situación nacional. Se han calculado tres meses para esta fase y se está en la finalización de la misma.

Segunda Fase: Ubicación y Recuperación de Pacientes Perdidos. Mediante la producción de barriogramas de los pacientes perdidos se procederá a la localización geográfica de los mis-

mos tratando de recuperar todos los que sea posible, por medio de un Equipo de Promotoras de Salud entrenadas especialmente para ello. No se quiere empezar el Programa Municipal, propiamente dicho, sin haber limpiado los archivos y saber con precisión cuántos son los pacientes registrados en Cali. Igualmente se adelantará un Estudio Básico de Causas de Abandono, la duración de esta fase se calcula en unos tres meses y se iniciará en Junio de 1997.

Terceira Fase: Intervención Educativa: Capacitación y Formación en Lepra. Con la ayuda de la AYU, Colombia, (Ayuda Alemana a los Enfermos de Lepra) se implementarán tres talleres con personal profesional y no profesional de los siete Silos de Cali, con el fin de crear una red de apoyo al Equipo Central que sirva de nexo para las labores de visitas a convivientes, y de promoción y prevención de la Enfermedad en la Ciudad. Se han calculado unos dos meses para implementar los talleres, paralelamente con el desarrollo de la Segunda Fase.

Cuarta Fase: Intervención Administrativa, acorde con el diseño previamente elaborado: Seguimiento y Diagnóstico del Programa. Duración de 12 meses.

Quinta Fase: Presentación e información de resultados de la Intervención-investigación. Duración aproximada de dos meses.

4. El Punto Neuralgico de la Investigación Operativa para el Montaje del Programa de Hansen en Cali: el sentido del diagnóstico epidemiológico y el diseño administrativo del programa (8)

El propósito de la vigilancia epidemiológica es el de disponer de una información que permita el análisis permanente de los diferentes eventos del proceso de salud-enfermedad, para orientar las acciones de prevención y control coherentes con el análisis y tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

Este proceso debe permitir resaltar las

8 "Manual metodológico para la identificación, preparación y evaluación de proyectos de atención del primer nivel de salud". Sede de Metodologías n° 028; República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación (DNP), Banco de Programas y Proyectos de Investigación Nacional (BPIN): Santafé de Bogotá, 1994.

inequidades que en términos de salud y de desarrollo de los servicios, se presentan en los diferentes Departamentos y Municipios del país con el fin de que las intervenciones sean dirigidas específicamente.

La información de que se dispone en el país, a pesar de sus limitaciones, permite no solo hacer una aproximación inicial de la situación de salud, desde los daños, sino también desde su calidad y pertinencia.

Los eventos señalados a vigilar ahora son posiblemente los mismos que desde hace tiempo se han definido como prioritarios. Y esto, el Proyecto lo considera, también se aplica a la Enfermedad de Hansen. La información avalizada refleja como éstos no se han logrado impactar en la magnitud que se debiera debido a que la vigilancia epidemiológica sin la adecuación de los recursos para la intervención directa no tiene objeto como tal, ni en sí misma genera ningún impacto, ni permite mejorar la calidad de las acciones que el sector ordinariamente realiza.

Aquí es donde cobra todo su sentido e importancia el "diseño administrativo del Programa de Hansen" el cual dadas las nuevas realidades existentes en el País, aun teniendo en cuenta el marco de políticas neoliberales y neocapitalistas en que se ubican, debe conducir a la integración efectiva de los pacientes de Hansen al Sistema de Seguridad Social en el cual está ubicada la atención integral en salud de los mismos.

Un Programa de Hansen que solamente se contente con el diagnóstico de la enfermedad, el suministro de medicamentos y algunas curaciones, no tiene ninguna posibilidad de retener a los pacientes. De manera efectiva el Programa de Hansen tiene que garantizar, en asociación con los otros actores institucionales del Sistema de Seguridad Social, una atención integral para los Pacientes de Hansen. Esto significa una atención médica, farmacológica, psicológica, social, rehabilitativa, reconstructiva.

Las posibilidades están dadas para Colombia. El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, iniciado en Colombia con la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993 (y se puede afirmar que todos los países del área tienen sus equivalentes a esta ley colombiana de seguridad social en salud, emanadas en lo

que ya ocurrido de la década del 90) regula la prestación de servicios de salud bajo los fundamentos de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Para lograr este objetivo se otorgaron responsabilidades a diferentes actores. Las cuales fueron distribuidas así:

1. La Dirección y el diseño de políticas se delega exclusivamente al Ministerio Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
2. La Administración de los Recursos que es responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Administradoras de Salud (ARS).
3. La prestación de servicios de salud a cargo de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).
4. La coordinación y la vigilancia epidemiológica quedó a cargo de las entidades territoriales de salud.
5. La fiscalización y el control lo realiza la Superintendencia Nacional de Salud y la Comunidad.

De igual manera se establecieron dos regímenes:

1. El contributivo, al cual pertenecen las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.
2. El subsidiado, al cual pertenece la población más pobre y vulnerable del país.

Los afiliados a estos regímenes tienen derecho al plan obligatorio de salud, que brindará atención en salud integral en sus fases de promoción, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En la actualidad se presentan dos planes obligatorios de salud: el contributivo que cubre todos los niveles de atención y el subsidiado que únicamente cubre la promoción, prevención, primer nivel de atención y las denominadas enfermedades ruinosas. Este plan subsidiado se nivelará progresivamente con el del contributivo antes del año 2001.

Como se dijo anteriormente, la vigilancia epidemiológica, el control y la detección de patologías de control estricto, las inmuniza-

clones, la difusión y la promoción de estilos de vida saludables, el control del medio ambiente saludable, la prevención de patologías con altas externalidades, quedó como responsabilidad de los organismos territoriales de salud, a través del Plan de Atención Básica (PAB), que se debe prestar todos los habitantes del territorio nacional de forma gratuita.

Debido a los cambios en el mecanismo para la prestación de los servicios y la limitación de los recursos, se ha diseñado un modelo administrativo para la continuación con el Programa de Hansen en la Ciudad de Santiago de Cali, el cual está liderado por la Secretaría de Salud Pública Municipal. Este programa consiste en transformar los recursos a la oferta que aún entrega el Ministerio de Salud para el tratamiento exclusivo de Hansen, y que actualmente incluye medicamentos bactericidas y bacteriostáticos para el tratamiento triconjugado y para garantizar las baciloscopias, la consulta dermatológica y las curaciones. En este paquete se excluye la rehabilitación y la prevención de deformidades y lesiones en zonas anestésicas, patologías oftalmológicas y la ayuda de trabajo social y de psicología para el paciente y los convivientes.

Lo que la propuesta trata es de transformar los recursos que se entregan al programa y destinarlos para la afiliación de los Pacientes de Hansen al régimen subsidiado. Esto garantizará la atención integral del usuario en el programa de Promoción, Prevención y Atención de primer nivel. Los procedimientos que no estén contemplados en el Plan Obligatorio de Salud

Subsidiado se realizarán por convenios interadministrativos con hospitales públicos de segundo y tercer nivel de atención y con la Secretaría Departamental de Salud Pública del Valle del Cauca.

De igual manera se creará un Grupo de la Secretaría Municipal de Salud Pública, conformado por un profesional médico dermatólogo, un profesional del área de psicología o trabajo social, un profesional médico fisiatra, un/a auxiliar de enfermería de salud con habilidades en sistemas de información y trabajo de campo.

Este Grupo Especializado será el encargado de realizar las labores de búsqueda de convivientes y la detección de nuevos casos dentro del Plan de Atención Básica, en asociación con el personal profesional y no profesional que en los diversos SILOS y Comunas de la ciudad han recibido educación en Hansen. La atención de consultas, la promoción y la prevención se realizarán a los usuarios del Programa y se cobrará por estos servicios a las ARS o EPS a las cuales pertenezcan. De esta manera, por medio de la pertenencia a las ARS o EPS, se financiarán los programas de rehabilitación y de manejo de las incapacidades.

El estudio de costos demostró que la atención al usuarios de Hansen, representa anualmente \$101.700.00 (equivalente a U.S.\$100,00), mientras que la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud en el Régimen Subsidiado, está representada por la unidad de pago por capacitación, fijado en \$108.464.00 (equivalente a U.S.\$105,00), para el año en curso de 1997.