

La salud en el plan nacional de desarrollo: sin cambios para construir la paz

Health in the national development plan: no changes in building peace

Luz Stella Álvarez C.¹

Resumen

El Plan Nacional de Desarrollo 1999-2002, expedido por medio de la Ley 508 de 1999, propone como política de salud para este período, la profundización de los mecanismos de funcionamiento del actual sistema de prestación de servicios. No se plantean estrategias para superar los problemas más críticos, como la exclusión del acceso a los servicios que hoy sufre una parte importante de la población, los altos costos generados por la intermediación, la crisis de los hospitales públicos, la reducción de los programas de promoción de la salud y la fragmentación de la participación ciudadana.

La crisis que hoy atraviesa la salud de los colombianos requiere, al contrario de lo propuesto por la actual administración, cambios estructurales en las metas y estrategias del desarrollo social y económico para evitar un mayor deterioro de situación de salud de la población, así como también demanda la construcción democrática de un sistema de prestación de servicios que responda a las necesidades heterogéneas de los grupos sociales y no al desarrollo de un mercado de servicios, cuyas limitaciones son cada vez más evidentes.

Palabras clave

Plan Nacional de Desarrollo, Sistema Nacional de Salud.

Abstract

The 1999-2002 National Development Plan issued through the Law 508 of 1999 proposes as health policy for this period, to go deeply into the functioning mechanisms of the current welfare system. No strategies are suggested to overcome very crucial problems, such as, the exclusion from health services suffered by a huge portion of the community, the high costs caused by intermediaries, the crisis in the public hospitals, the reduction in health oriented programs, and the fragmentation of the community's participation.

¹ Nutricionista-Dietista, Magister en Salud Pública. Escuela de Nutrición, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

The health crisis that Colombian people are experiencing right now, requires, in contrast to what the current administration has proposed, structural goal changes in the goals and strategies of social and economic development in order to avoid a deeper deterioration of the public health situation. It also requires the democratic creation of a public welfare system, responding to the diversity of needs of the different social groups and not to the development of a service marketing which limitations are progressively more evident.

Key words

National Development Plan, National Health System.

Introducción

Parto de dos consideraciones: la primera, que los procesos de salud-enfermedad son una expresión de la cultura, de la relación de los seres humanos con la naturaleza, de la forma en que las sociedades distribuyen sus recursos y en que las personas se relacionan entre sí. Desde esta perspectiva, la inequidad o equidad de las condiciones de salud-enfermedad no se determinan a partir de la organización de los servicios de salud, aunque ésta sí puede profundizar la exclusión de grupos a su vez excluidos de otros beneficios sociales y económicos, también puede provocar nuevas exclusiones o comportarse como un factor distributivo que favorece la equidad.

La segunda consideración, indica que la actual política de salud requiere de cambios articulados a modificaciones estructurales en la política social y en el modelo de desarrollo, orientados no sólo al acceso a la prestación de los servicios sociales, sino también a la redistribución de la riqueza, al acceso a los derechos sociales, económicos y culturales y a la construcción de condiciones que hagan realidad el Estado Social de Derecho consagrado en la Constitución de 1991.

En el presente trabajo se analizan los programas de salud del Plan Nacional de Desarrollo, incluidos tanto en los documentos anexos —en los cuales se presenta de manera más amplia la política sectorial— como en la Ley 508 de julio 29 de 1999, en la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo para los años 1999-2002. Aunque en el plan se enuncian propuestas sobre diferentes aspectos, aquí se analizan sólo algunos de ellos considerados claves por dos razones: porque determinan la impronta del actual sistema nacional de salud y, además, porque son los puntos más críticos en el momento.

Las bases del plan en materia de salud¹

El diagnóstico parte de considerar a Colombia en proceso de transición epidemiológica, asunto que no está suficientemente demostrado, porque en el país, como fruto de la pobreza y la inequidad hay grupos de la población y regiones enteras en precarias condiciones de vida y por eso coexisten —sin que unos problemas estén por sustituir a otros—

enfermedades características de la privación y las carencias, por ejemplo, las infectocontagiosas y la desnutrición, con enfermedades producidas por el estilo de vida, la contaminación del medio ambiente y el proceso natural de deterioro del ser humano.

En el diagnóstico no se menciona que algunas de las principales enfermedades infecciosas han alcanzado hasta hace poco importantes niveles de control; sin embargo, hoyen día, problemas estructurales del nuevo sistema de salud y el empobrecimiento de la mayoría de la población, originan su reaparición, en algunos casos, en forma de epidemias.

La omisión de explicaciones más estructurales en el análisis, tiene como consecuencia lógica la concentración de la atención, tal como lo hace el plan, en el "perfeccionamiento" del sistema actual de organización de los servicios de salud, sin darle un viraje significativo al modelo de desarrollo, de tal manera que se mejore la calidad de vida de las mayorías y sin que se solucionen problemas estructurales del mismo sistema de salud.

El diagnóstico y el plan de conjunto evaden responder sí el actual modelo de sistema de salud es el más eficiente y eficaz, incluso si se considera la perspectiva del costo-beneficio económico, para responder a las heterogéneas necesidades de salud de la población colombiana y para asegurar el cumplimiento de los mandatos constitucionales de solidaridad, universalidad y eficiencia.

El cuestionamiento a la eficacia del sistema se fundamenta en que el país hoy invierte en salud dos puntos más que en 1993² en relación al PIB por un aumento en el gasto público y en el privado— el gasto familiar está representado en el 8% del salario en el caso del régimen contributivo, copagos y cuotas moderadoras—, pero esta inversión no garantiza el derecho a la salud: hoy la afiliación al sistema es del 57% de la población, el 60% del decil más pobre no tiene ningún tipo de aseguramiento.³ Han reaparecido algunas enfermedades infecciosas que se habían controlado, ha disminuido la cobertura y el impacto de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se ha agudizado la crisis de los hospitales públicos y hay suficientes evidencias de corrupción en los sectores público y privado.

Por otra parte, si el Gobierno Nacional se propone perfeccionar el actual sistema, debería presentar un análisis riguroso sobre la viabilidad de conservar las bases que lo sustentan: la afiliación al régimen contributivo sujeta a la relación laboral —si se tienen en cuenta las altas tasas de informalidad y desempleo— y la afiliación al régimen subsidiado centrado en la población más pobre, que hoy alcanza el 47%, según el indicador línea de pobreza.⁴ Cuando se promulgó la Ley 100 se contemplaba como escenario un crecimiento económico del 5%, un aumento del empleo formal y una afiliación del 70% de la población al régimen contributivo y el 30% al subsidiado, para el año 2001. Si el escenario actual no corresponde con el proyectado, lo pertinente es responder sí el sistema es viable por fuera de él.

El plan de acción y las propuestas de política

El concepto de salud

El plan tiene como eje central, garantizar la estabilidad financiera del sistema. Habría que plantear frente a ese postulado que los sistemas de salud no se hicieron para ser estables financieramente, sino para responder a las necesidades de salud de la población. La humanidad ha acumulado, especialmente desde el siglo pasado, una riqueza conceptual en torno a la finalidad de la seguridad social y el papel del Estado en ella, que no se puede desperdiciar bajo una visión tan reduccionista como la que ahora se propone. Es preciso asumir como prioridad las necesidades de salud de la población y no los requerimientos para perfeccionar el sistema de aseguramiento a fin de comprometerse con metas precisas en términos de perfil epidemiológico (causas de enfermar y morir) y de políticas sociales y macroeconómicas que se constituyan en factores de protección para prevenir las enfermedades que pueden evitarse, pues es claro que un sistema financieramente estable no es condición suficiente para gozar de mejor salud.

Para hacer viable su principal objetivo, el Gobierno Nacional propone presentar al Congreso un proyecto de ley estatutaria del sector salud, que tendría como finalidad desarrollar los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, en la cual la salud sea considerada como un derecho prestacional de segundo orden y no como instrumento idóneo para garantizar el derecho a la vida. De esta manera se evitaría considerarla derecho fundamental por conexidad.⁵ La propuesta surge, seguramente, a raíz de varios fallos de tutela de la Corte Constitucional que obligan a las EPS públicas y privadas a garantizar los derechos de los pacientes. La Corte expresa un concepto coherente con la Constitución Nacional e inherente a un estado social de derecho: que el derecho a la salud está vinculado al derecho a la vida. Por la vía jurídica se pretende eludir la discusión política frente a los compromisos del Estado con la salud de los ciudadanos y a la necesidad de poner límites a los principios del mercado en el sector salud, porque está en juego la vida de la población, casi siempre la más vulnerable.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Una política social, cualquiera que fuese, además de prestar servicios, tiene el objetivo de generar cohesión social y legitimidad para que los ciudadanos se asuman como parte de una sociedad mayor que los incluye, no sólo por la vía de los derechos, sino también de los deberes. En un sistema de salud como el nuestro, que tiene su acento en el acceso individual a la prestación de servicios curativos, se pierden o se distorsionan los elementos colectivos, para integrarlos a la lógica general del sistema. Por eso hoy se concibe la salud pública y la promoción de salud no como ese conjunto de políticas vinculadas al desarrollo social y económico que buscan una mayor equidad social y un cambio decisivo en los factores estructurales que generan condiciones adversas para la salud,⁸ sino como actividades puntuales, que puedan facturarse, propias básicamente del sector estatal de la

salud, que tienen como objetivo incentivar cambios en hábitos de vida y prevenir algunas enfermedades.

Como resultado de lo anterior, las responsabilidades en el nuevo sistema frente a la salud pública están distribuidas entre el Estado, a través del Plan de Atención Básica (PAB) — realizado por las administradoras departamentales y locales— y las empresas afiliadoras al sistema. En un informe sobre la ejecución del PAB en el país, el Ministerio de Salud dice:

Es evidente que un importante porcentaje de recursos se aplicó a la financiación de servicios de comunicación por medios masivos, lastimosamente dichas acciones no se encontraron articuladas a propuestas integrales de intervención de los problemas de salud en los departamentos.

El informe además señala que el 69,4% de los departamentos y distritos continuaban prestando en 1997 acciones individuales, subsidiando servicios a las EPS, que son las encargadas de realizar estas funciones.⁷ A pesar que el Ministerio de Salud y el mismo Plan de Desarrollo reconocen la situación caótica de la promoción de la salud, no se plantean cambios importantes al respecto. Se proponen procesos de coordinación con dos ministerios y campañas puntuales para prevenir algunas enfermedades o problemas, como el aborto, las enfermedades de transmisión sexual y el consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas.⁸

La ampliación de cobertura

El plan se propone un aumento de cobertura en el aseguramiento, sin hacer cambios sustanciales en el funcionamiento de este mecanismo. El modelo de aseguramiento es, al menos en teoría, el principal avance del actual sistema de salud, porque le otorga al ciudadano una serie de derechos que no lo someten a la caridad pública o privada, tal como sucedía en el antiguo sistema. El problema es que el aseguramiento no ha significado en todos los casos acceso real a los servicios, ni en el régimen contributivo ni en el subsidiado. El ejemplo más dramático es el del Seguro Social, pero también existen denuncias de negación de derechos por parte de las EPS privadas y de las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS).

Se propone además promover la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado, sin hacer un balance sobre su funcionamiento ni sobre el papel que juegan los intermediarios en este régimen. De los recursos que se les entregaron a las ARS para afiliar a la población pobre, estas entidades se quedaron con el 56,58% en 1996 y con el 40% en 1997.⁹ Según un informe presentado por la Dirección de Régimen Subsidiado, del Ministerio de Salud, la entidad está pagando recursos por ocho millones de personas afiliadas, cuando el número de carnetizados no llega a cinco millones es decir, que hay un posible fraude en tres millones de UPC. Una evaluación presentada por la Universidad de los Andes, señala además, que de 383 personas consultadas que pertenecen al régimen subsidiado, solo el 61% dijo conocer sus derechos, el 45% conoce el listado de los servicios y el 41% recibió

instrucciones sobre cómo acceder a los servicios.¹⁰ Estos datos muestran un profundo problema de corrupción en el sector privado y, frente a esta situación lo conveniente sería plantearse si se requiere de la intermediación para que exista y se desarrolle el régimen subsidiado.

Si bien en la ley del Plan Nacional de Desarrollo hay un cambio frente a la propuesta inicial y ahora se plantea no desaparecer de manera radical el subsidio a la oferta, tampoco se hace un análisis global sobre el subsidio a la demanda. Al respecto, hay que señalar que si subsidiar la demanda consiste en pagar solamente cuando el servicio se presta —y actualmente se les da a las ARS dinero por persona reportada (así esta ignore que tiene derechos, es decir no demande)— y no por servicio realmente prestado, lo que se estaría configurando en este caso no es un subsidio a la demanda de salud de los pobres, sino al crecimiento del sector privado.

Así como es claro que el sistema de subsidio a la oferta contribuyó a fomentar la ineficiencia y la corrupción en el sector público, lo recomendable sería encontrar mecanismos alternos, que eviten los efectos perversos del subsidio a la oferta y a la demanda, para conseguir una inversión menos costosa económicamente y más rentable socialmente.

La transformación de los hospitales públicos

Frente a los hospitales públicos, la propuesta del Gobierno Nacional consiste en que todos deben convertirse en empresas sociales del estado (ESE) y deben ser eficientes financieramente. Según el mismo Ministerio de Salud, en 1998 la red pública hospitalaria registró deudas por cobrar por 335.000 millones de pesos, de los cuales 149.900 millones tenían más de 90 días de vencidos. El Seguro Social debía a la red 75.900 millones, las ARS 58.000 millones, las EPS privadas, 28.500 millones y Caprecom 21.300 millones.¹¹ Estas cifras demuestran claramente que ha habido un cambio en la apropiación de los recursos no en beneficio de los más pobres como se pretende hacer creer—, sino hacia los intermediarios del sistema. A pesar de las evidencias, el gobierno insiste en que la crisis se debe a la falta de gestión, a la ineficiencia y a que los hospitales tienen altas cargas laborales. Lógicamente, en consecuencia con el anterior análisis, les propone "flexibilizar" las relaciones laborales.¹²

Se observa en este aspecto un afán por desconocer la crisis social y política que acarrearía el cierre de los hospitales públicos. En este sentido, lo más conveniente socialmente es un análisis a fondo de la situación, no solo para develar los mecanismos del sistema que hoy tienen a las entidades públicas en la peor crisis de su historia, sino, ante todo, para definir cuál debe ser el papel de lo público en la política nacional de salud.

Nuevamente, se observan planteamientos que no obedecen a análisis rigurosos de la situación, sino a un discurso ideológico, semejante al que orientó las decisiones de la Ley 100, según el cual la única solución a los problemas es privatizar, pues lo público es

ineficiente per se y los mecanismos propios del mercado tienen mayor capacidad de asignar los recursos y garantizar el acceso a la salud.

La participación ciudadana

Frente a la participación ciudadana, se menciona fortalecer los mecanismos creados en el marco del nuevo sistema de seguridad social. El problema en este caso es que, en un sistema basado en el acceso individual a los servicios, lo colectivo se pierde o se acomoda a su lógica. Por esta razón, la participación en salud se ha reducido a la categoría de consumidores y usuarios y no hacia comunidades y ciudadanos:

La estrategia de acercamiento del Estado al ciudadano a través de la oferta-imposición de mecanismos y modalidades de participación parece adquirir más un énfasis procedimental que minimiza los aspectos socio-culturales y económicos. Se privilegia una relación pragmática, donde priman los problemas concretos que no trascienden lo inmediato.¹³

A pesar de la multiplicidad de espacios de expresión de los ciudadanos, la política sanitaria se ha construido por la gestión de los intereses de otros actores como el Banco Mundial, las entidades privadas que participan en el sistema y, en menor medida, por los sindicatos del sector. De lo que se trata entonces no es de fortalecer los actuales espacios de participación, sino de implantar un sistema de salud construido democráticamente, que tenga como objetivo central la satisfacción de las necesidades del conjunto de la población.

En síntesis, el actual gobierno insiste en mantener, sin hacer cambios sustanciales, un sistema de salud que ya muestra fallas protuberantes en materia de capacidad para resolver los problemas sanitarios del país y, que además, demuestra claramente sus efectos en materia de nuevos grupos excluidos en favor de nuevos actores beneficiados. Seguramente seguiremos durante los próximos años asistiendo a la aplicación de un modelo que obedece más a la lógica de los intereses privados y que no es una propuesta pertinente para una sociedad fragmentada y excluyente, especialmente si se considera que se pretende entrar en un proceso de negociación del conflicto político para alcanzar la paz.

Referencias

1. Colombia. Congreso de la República. Ley 508 de julio 29 de 1999. Santafé de Bogotá: El Congreso; 1999.
2. Jaramillo I. Evaluación del régimen subsidiado en salud. Santafé de Bogotá: FESCOL; 1998.
3. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta de calidad de vida. Santafé de Bogotá: DANE; 1997

4. Corporación Viva la Ciudadanía. Equidad y política social en Colombia. Cumbre Social Contra la Pobreza y por la Equidad. Santafé de Bogotá: La Corporación; 1998.
5. Colombia. Congreso de la República. Op. cit., p. 247
6. Cardacci D. Participación social y promoción de la salud. México. Congreso de Ciencias Sociales y Medicina; 1997.
7. Colombia. Ministerio de la Salud. Implementación del Plan de Atención Básica en Colombia, enero-septiembre 1997. Inf Epidemiol Nac 1998; 3(15).
8. Colombia. Congreso de la República. Op. cit., p. 19.
9. Asociación Médica Colombiana. Propuesta para reestructurar el Sistema General de Seguridad Social. Santafé de Bogotá: La Asociación; 1998.
10. Jaramillo I. Op. cit., p. 16.
11. El Tiempo. Febrero 28 de 1999
12. Colombia. Congreso de la República. Op. cit., p. 21.
13. Ochoa D., Restrepo D. El estado del arte de la descentralización política y de la oferta pública en participación ciudadana y comunitaria. p. 153. Citado por: Rojas MC. El paso de lo macro a lo micro en el gobierno de lo social: política social, desafíos y utopías. Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales; 1997

Otras referencias consultadas

Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Resolución 3997 de 1996 octubre 30, por el cual se establecen las actividades para el desarrollo de acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá: El Ministerio; 1996.

Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión Financiera. Decreto 806 de 1998, abril, por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá: El Ministerio; 1998.