

Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de una sentencia de la Corte Constitucional de Colombia: una propuesta*

Modifications to the General Social Security System in Health according to a ruling of the Constitutional Court of Colombia: a proposal

Marleny Valencia A^{1,2}; Yadira E. Borrero¹; Eliana M. Pérez^{1,2}; Nora E. Muñoz,^{1,2}; Flor Cáceres^{1,3}.

¹ Estudiantes del Doctorado en salud Pública. Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. Correo electrónico: mvalenc@gmail.com; yadira.borrero@gmail.com; empt@pijaos.udea.edu.co; noramunozfranco@yahoo.es; flordemar200@yahoo.com

² Docente Universidad de Antioquia

³ Docente Universidad Industrial de Santander

Recibido: 6 de agosto de 2009. Aprobado: 25 de septiembre de 2009

Valencia M, Borrero YE, Pérez EM, Muñoz NE, Cáceres F. Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de una sentencia de la Corte Constitucional de Colombia: una propuesta. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(3): 356-363.

Resumen

La sentencia de la Corte Constitucional T-760 del 2008 solicitó al gobierno igualar los planes de beneficio en salud, agilizar el pago de cuentas, considerar la salud como derecho fundamental y, como tal, velar por su estricto cumplimiento mediante el respeto, la protección y la garantía de la salud. Esto en vista de que el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSS) no ha cumplido con los principios bajo los cuales fue creado y que los resultados en esta materia no son los esperados. En la situación actual de crisis económica, social y política que vive el país, se requiere hacer un análisis y proponer desde la academia medidas viables y sustentadas que orienten el cumplimiento

de la sentencia en beneficio del derecho fundamental a la salud. En este artículo se analiza el contexto, se presentan los puntos clave de la sentencia y se propone universalizar la atención, equiparar los planes de beneficio, explorar otras fuentes de financiación, implementar un modelo de atención basada en atención primaria renovada, promover la participación comunitaria y mejorar los mecanismos de control del sistema. Se trata de una propuesta para enriquecer el debate.

-----*Palabras clave:* derecho a la salud, atención primaria de salud, participación comunitaria, instituciones de atención ambulatoria

Abstract

The ruling of the Constitutional Court T-760/2008 asked the government to match the health benefit plans, to facilitate the payment of bills, to consider health as a fundamental right and as such, ensure strict compliance with the respect, protection and health guarantee. This in view of the Social Security System (SSS) has not complied with the principles under which it was created and the results in this area are not expected. In the current economic crisis, social and policy in the country, it requires an analysis from the academy and to propose viable and sustained

measures to guide the completion of sentence for the benefit of the fundamental right to health. This article examines the context, the key points of the decision and intends to achieve universal care, equating benefit plans, explore other funding sources, implement a care model based on renewable primary care, promote community participation and improving system control mechanisms. This is a proposal to enrich the debate

----- *Key words:* right to health, primary health care, consumer participation, ambulatory care facilities

Introducción

En Colombia, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), buscando alcanzar eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación.¹ Sin embargo, a pesar del aumento de los recursos y de más de 15 años de implementación, los objetivos de cobertura total y equidad no se han alcanzado, situación que ha llevado a la interposición del recurso constitucional de tutela como único medio para garantizar servicios de salud necesarios para la vida. Esto ha generando la queja constante de los ciudadanos, materializada en la interposición de acciones de tutela cada vez en aumento² al punto de desbordar la capacidad de respuesta de los organismos de control; ello da cuenta de la insatisfacción y el descontento con la ineficiencia del sistema. Para tratar de intervenir la situación, la Corte Constitucional profirió la sentencia T-760 en julio del 2008.³

La sentencia puede considerarse como oportunidad para realizar una revisión exhaustiva del SGSSS y proponer medidas tendientes a facilitar el cumplimiento de sus principios. Una de las fortalezas de la sentencia radica en que cataloga la salud como derecho fundamental y emplaza al gobierno para realizar una serie de ajustes en el sistema.

Conscientes de la oportunidad que brinda la sentencia y de la necesidad de participación desde la academia, se ha elaborado este documento que contiene una propuesta para dar cumplimiento al mandato de la Corte. El escrito inicia con la revisión del contexto del SGSSS y los gastos en salud, y luego se presenta la propuesta consistente en considerar otras fuentes de financiación para universalizar el sistema, equiparar los planes de beneficio al Plan Obligatorio de Salud (POS) contributivo, implementar un modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria renovada,⁴ facilitar la participación comunitaria y mejorar los mecanismos de control del sistema.

El objetivo de este artículo es presentar una propuesta para alimentar el debate e invitar a los actores sociales a participar en la construcción de un espacio de posibilidades para la acción colectiva, en el marco de la defensa del derecho a la salud de los colombianos.

Contexto del sistema

Indicadores básicos

Colombia cuenta con 43.926.000 millones de habitantes; 75% residen en zonas urbanas, con esperanza de vida al nacer de 70,7 años en hombres y 77,5 años en las mujeres, y una tasa de mortalidad general de 440,7 por cada 100.000 habitantes, la cual se distribuye así según los siguientes grupos de causas: enfermedades

cardiovasculares: 130,2 por 100.000; lesiones de causa externa: 80,3; neoplasias: 71,6; y enfermedades transmisibles: 33,1.⁵ Adicionalmente, cuenta con 45% de su población bajo la línea nacional de pobreza; el gasto nacional en salud, como proporción del producto interno bruto (PIB) fue en el 2003 de 7,8%, distribuido así: en gasto público, 3,1%; privado, 1,2%; y seguridad social, régimen contributivo: 3,5%. El desempleo fue de 14,2% durante el primer trimestre del 2009.⁶

Indicadores del Ministerio de la Protección Social del 2007⁷ muestran que las patologías de interés en salud pública más comunes son: malaria, con tasa 273,7 por 100.000; dengue clásico, con tasa de 96,4; tuberculosis, con 25,6; dengue hemorrágico, con 11,7; VIH/sida, con 11; muertes maternas, con 415 casos; y muertes perinatales, con 6.387 casos. Las coberturas de vacunación contra polio, difteria, tétanos, tos ferina, tuberculosis y sarampión están entre 92,8 y 93,3%.⁵ En síntesis, Colombia tiene una mezcla de morbilidad y mortalidad de países industrializados y países de bajos ingresos.

Contexto sociopolítico

El contexto colombiano, en sus dimensiones política y social, ha mostrado altos índices de exclusión, pérdida de credibilidad y confianza en las instituciones públicas y sus gobernantes y desigualdad económica, social y política; además de concentración de riqueza en las élites, dependencia económica, deuda externa impagable, fragmentación y desarticulación social, todo ellos matizado con debilidad de los sistemas de justicia, seguridad y defensa, corrupción administrativa, impunidad generalizada, prácticas clientelistas y conflicto armado, que lleva a desplazamiento forzado en el ámbito interno. Estas condiciones impiden la construcción colectiva de un proyecto común de nación y de democracia que trascienda los intereses particulares de personas y grupos sociales. Son diversos los elementos que se configuran como campo problemático dentro del contexto sociopolítico en el país, el cual condiciona las decisiones en salud. Entre ellos, pueden mencionarse los siguientes:

- 1) *Violación a los derechos humanos.* Desde la Comisión de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos se enfatiza en que ha sido creciente la violación de los derechos humanos en Colombia:⁸ “Se ha caracterizado por violaciones graves, masivas y sistemáticas de esos derechos, constituyendo muchas de ellas crímenes contra la humanidad”.⁹ Las violaciones continúan siendo graves, masivas, sistemáticas y en gran parte permanecen en la impunidad.
- 2) *Conflicto armado interno.* Ocasiona un alto gasto del PIB,¹⁰ además, el número de personas desplazadas continúa aumentando, con un estimado de más de cuatro millones a marzo del 2008 y un incremen-

to de 18% durante el primer semestre del 2009 con respecto al mismo periodo del año anterior.¹¹

- 3) *Incumplimiento de los pactos internacionales.* Además de la violación de los derechos humanos fundamentales, también se violan los derechos económicos, sociales y culturales. En los últimos años se ha registrado crecimiento económico,⁸ pero este no se ha traducido en reducción de la desigualdad, la pobreza y el desempleo.

Gasto en salud

El gasto total en salud condiciona de forma estructural el flujo interno de recursos, tiene importantes implicaciones en la determinación de los procesos de salud de la población y su análisis se constituye como herramienta para evaluar la eficiencia y equidad del sistema. Además, sirve de base para la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas de salud.¹² Para la comprensión de este indicador, se acoge la clasificación que considera que el gasto total en salud está compuesto por tres elementos: gasto público total, gasto en seguridad social en salud y gasto privado total.¹³

En Colombia, a partir de la aplicación de la Ley 100 de 1993, se realizó un aumento significativo en los montos de financiamiento en salud, pasando de 6,2% del PIB en 1993 a 9,6% en 1997, con estabilización en 7,8% a partir del 2003. Adicionalmente, algunos analistas consideran que existe una tendencia al aumento del gasto en seguridad social en salud y del gasto público total como porcentaje del PIB, en contraste con la disminución del gasto privado y del gasto de bolsillo.¹³

Esto hace que en el contexto latinoamericano el país se identifique con un gasto en salud relativamente alto, comparado con el promedio regional, que fue de 7,0% durante el mismo periodo. Sin embargo, el gasto per cápita en salud es bajo, con 152 dólares en el año 2000. El país ha registrado una participación alta del gasto público en salud en relación con el gasto total, que se ubica en un promedio de 78,3% en el periodo 1998-2000, la cifra más alta después de Cuba (85,7%), en América latina y el Caribe. En cuanto al uso de los recursos, entre 1996 y 2003, 66,2% del gasto total en salud correspondió a gastos de atención, 17,0% a gastos de administración, 8,0% a inversión y 8,8% a otros gastos. Como se puede ver, el gasto en administración es considerable, y llega a ser mayor que el gasto en actividades de promoción, prevención y programas de salud pública.¹³

Ahora bien, es importante ampliar la discusión sobre la unidad de pago por capitación (UPC) como prima de seguro.¹⁴ El valor real de la UPC es parte del impedimento del sistema para cumplir con el principio de universalidad en la prestación de los servicios, debido a que ha venido perdiendo su poder adquisitivo y en la actualidad no se logra garantizar el mismo plan de beneficios a toda la población. Este fenómeno se relaciona con la separación o fragmentación del SGSSS en régimen contributivo y subsidiado.

En el primero se acepta la existencia de una prima ajustada por riesgos, mientras que en el segundo no se reconocen diferencias en la UPC por variables individuales como edad y sexo; solo se asumen mayores riesgos debido a la baja densidad de población.

Una posible explicación a esta situación es que la UPC no se ha ajustado al mismo ritmo del incremento del gasto en salud, así que en ambos regímenes, pero especialmente en el subsidiado, es necesario revisar este balance para evitar que el ajuste se convierta en un incremento de las barreras de acceso, deterioro de la calidad de los servicios, menoscabo de las condiciones del recurso humano de salud y de los prestadores de servicios.¹⁵ Teniendo en cuenta este planteamiento, se considera que el análisis del gasto en salud se debe complementar con la comprensión de los problemas de financiamiento del SGSSS. En la actualidad, se destacan la compensación, solidaridad, evasión-elusión e intermediación.¹⁵

Por otro lado, la falta de un sistema de información sólido que permita estimar el porcentaje real que, tanto las empresas promotoras de salud (EPS y EPS-S) como los intermediarios descuentan de la UPC, ha debilitado el control y las políticas públicas.¹⁴ En este escenario, el capital privado dedicado a la intermediación ha demostrado ser uno de los más rentables en términos financieros; niveles de rentabilidad se deben en buena parte a la demora en el flujo de los recursos públicos, periodo durante el cual se generan beneficios a agentes privados en lugar de ponerlos al servicio de la salud de la población; por último, la presión sobre el gasto en salud por el reconocimiento de medicamentos y servicios por fuera del POS es uno de los principales desafíos. La Sentencia T-760 sugiere la unificación del POS; la crisis que se avecina se fundamenta en la inexistencia de recursos suficientes para financiar un plan de beneficios ilimitado.¹⁶

Adicionalmente, la evolución de los riesgos muestra otras presiones sobre el gasto, por ejemplo, en el régimen contributivo el aumento de la esperanza de vida y la ocurrencia de enfermedades de alto costo requieren de mecanismos como el reaseguro. A su vez, en el régimen subsidiado se encuentran desfases entre el gasto y los ingresos de las EPS, especialmente en las grandes ciudades, a partir de lo cual se pueden establecer medidas como un asegurador único o el incremento en la UPC con ajuste de riesgos.¹⁴

Elementos centrales de la Sentencia T-760 de 2008

La Sentencia T-760 del 2008 tiene como fin hacer cumplir los compromisos de la Ley 100 de universalizar la

cobertura del SGSSS, igualar los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, mejorar el acceso a los servicios de salud, garantizar eficiencia en el control estatal a los actores del sistema y, con ello, avanzar en la equidad en salud.

Con la evidencia aportada por los casos analizados y teniendo en cuenta el marco legal vigente (Constitución colombiana, Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007 y demás normas), la Corte Constitucional encontró problemas de regulación relacionados con el derecho a la salud, tanto de carácter concreto, como de carácter general. En el primer caso se refiere a asuntos derivados de casos específicos y los segundos tienen que ver con fallos de la regulación y violación de las obligaciones constitucionales.

Lo más relevante de la Sentencia T-760 del 2008 es que declara la salud como derecho fundamental y le recuerda al Estado la obligación de respetar, proteger y garantizar este derecho. Para ello, la Sentencia ordena igualar los planes de beneficio, revisar los contenidos del plan obligatorio de salud y actualizarlos de acuerdo con el perfil epidemiológico, sin afectar la estabilidad financiera. Asimismo, incluir nuevos medicamentos y tratamientos, actualizar y flexibilizar los comités técnicos científicos (CTC) y que el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) cumpla oportunamente con los pagos a las EPS. Exhorta al gobierno y los organismos de control para que mejoren la inspección, vigilancia y control del sistema de salud, elaboren informes periódicos y verifiquen el cumplimiento de la jurisprudencia. Con estas medidas, se espera mitigar en buena parte los problemas que aquejan a los servicios de salud.³

Esta sentencia ha dado pie a un importante debate nacional sobre el camino a seguir. Si bien no ordena una reestructuración del SGSSS, ha creado un escenario de posibilidades para que diferentes actores — académicos, políticos, económicos, sociales— reflexionen y planteen alternativas tendientes a defender el derecho a la salud. En este marco se plantea aquí esta propuesta.

Propuesta de ajuste al Sistema General de Seguridad Social en Salud

En la situación de ineficacia del SGSSS, el deterioro de las condiciones sociales, la amenaza por la crisis económica y humanitaria, el aumento del desempleo y en el marco de la sentencia, se presentan los siguientes elementos con el ánimo de aportar a posibles cambios que contribuyan a garantizar el derecho a la salud en Colombia:

Universalización del aseguramiento

Dado que la sentencia plantea como prioridad la universalización del aseguramiento y que, según datos del Minis-

terio de la Protección Social (MPS), en el año 2006 88,6% de los colombianos se encontraban afiliados al SGSSS (15,8 millones en el contributivo, 22 millones en el subsidiado y 1,2 millones en regímenes especiales), cerca de 4,8 millones están por fuera.⁵ El reto sería la consecución de los recursos para ampliar la cobertura que, según el MPS y el Departamento Nacional de Planeación (DNP), serían 5 billones de pesos.¹⁷ Ahora bien, un cálculo aproximado de gasto en salud para afiliarse al 100% de la población al valor promedio de la UPC contributiva para 2009 tendría un costo de 20,5 billones de pesos. Si se tiene en cuenta que actualmente el gasto en salud es de 13,8 billones, incluido el gasto público, el privado, los aportes parafiscales y el gasto de bolsillo,¹⁴ significa que para lograr la cobertura universal a ese costo se requerirían 6,7 billones de pesos.

Para obtener esos recursos, se proponen dos fuentes, de la siguiente manera: trasladar a salud 35% del gasto militar, que en Colombia alcanza 18,4 billones de pesos al año, el segundo más alto después de Estados Unidos en la región,¹⁸ y usar para financiar la salud todo el recaudo del impuesto del 4 por mil, que es cercano a 2,6 billones de pesos.¹⁹

Unificación del plan de beneficios

La Sentencia plantea unificar los planes de beneficio para la población, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, las condiciones de salud pública y la estabilidad financiera del sistema. Si bien estas premisas son fundamentales para definir el plan de beneficios, no se puede perder de vista que el derecho a la salud, como parte de los derechos humanos, debe ser progresivo y no regresivo. Por ello, los avances en términos de servicios que se han logrado no se pueden disminuir y, por tanto, se deben considerar como derechos adquiridos.

Partiendo de los derechos mínimos adquiridos, se propone que la unificación de los planes de beneficios se realice con base en las coberturas garantizadas actualmente a la población afiliada al régimen contributivo, servicios que son reglamentados para este régimen por la Resolución N.º 5251 de 1994. La cobertura actual corresponde a los cuatro niveles de complejidad, con las siguientes exclusiones: tratamientos estéticos, experimentales, en el exterior, medicamentos comerciales y no pos y restricción en salud mental. Igualmente, se garantiza la cobertura de patologías y tratamientos denominados de alto costo, incluyendo la atención de personas con insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca severa, VIH/sida, cáncer, unidad de cuidados intensivos, entre otros.

Con base en lo anterior, no es éticamente justificable ni legalmente posible igualar los planes de beneficios por la vía de recortar el pos, sino que todas las personas afiliadas tengan los mismos servicios considerados para quienes actualmente tienen el régimen contributivo.

Mejoramiento de la eficiencia en el manejo de los recursos

Un segundo aspecto necesario para garantizar la universalización de la cobertura con equiparación de planes es mejorar la eficiencia para manejo de los recursos. Para ello se requiere lo siguiente:

- 1) Prohibir la generación de lucro con el manejo de los recursos económicos para la salud, pues con el actual SGSSS en Colombia, entre las cien empresas más lucrativas, se encuentran las grandes EPS, las cuales obtuvieron por venta de servicios en el 2003 un total de 2,02 billones de pesos; de estos, solo una facturó 1,3 billones, cifra que supera los ingresos operacionales de Bancolombia, el primer banco del país.¹⁵ Como derivación de este análisis es que se propone que en vez de que los recursos del SGSSS generen lucro privado, se inviertan en la prestación de servicios de salud para toda la población, siguiendo el ejemplo de países como Brasil, donde esa norma ha dado buenos resultados.
- 2) Cambiar la lógica de contratación, pues en el modelo actual del SGSSS, debido a su enfoque biomédico curativo, se privilegia la prestación de servicios de recuperación sobre las actividades de promoción y prevención, y, por tanto, se incentiva la producción de servicios curativos y el uso de altas tecnologías, aspectos que aumentan los gastos en salud en detrimento de la ampliación de cobertura y de acceso de calidad a todos los servicios preventivos, lo que a la postre resultaría más rentable. Se propone entonces privilegiar la contratación para el primer nivel por capitación, una parte por servicios prestados y otra por resultados de salud. Esto estimularía el cambio del actual modelo de atención hacia un enfoque de atención primaria en salud (APS). El cálculo del valor de contratación se debe hacer con base en el perfil epidemiológico y la estructura, densidad y dispersión de la población. Para los servicios de segundo nivel de complejidad en adelante debe considerarse la contratación por paquete de servicios, favoreciendo la calidad.
- 3) Estandarizar las proporciones de gastos de administración e inversión de las administradoras. En la actualidad, se reconoce 8% de la UPC para gastos de administración, porcentaje que debe reconsiderarse, de modo que se establezcan los costos de administración necesarios y se establezca un límite real, además de definir los toques de los gastos de inversión.

Fortalecimiento de la inspección vigilancia y control

Deben unificarse y fortalecerse las acciones de inspección, vigilancia y control (IVC), dado que los en-

tes territoriales departamentales y municipales tienen responsabilidad en la inspección y vigilancia, pero no competencia en el control, lo que hace que su labor sea débil y no represente riesgo de sanción para los entes controlados. Además, en este momento se privilegia el control de los recursos financieros, subordinando la calidad de los procesos y los resultados en salud.

Con el fin de asegurar el mejoramiento y fortalecimiento de la capacidad de IVC, y, con ello, de rectoría del sistema, se propone fortalecer la auditoría nacional de la calidad de los servicios de salud, otorgar a las secretarías de salud la capacidad de sanción, implementar un sistema de evaluación con base en resultados de salud, articular las empresas administradoras de planes de beneficio con los actores locales para la planeación en salud a partir de las necesidades de la comunidad a fin de concertar indicadores de proceso, resultado e impacto y, por último, definir y cumplir el plan de sanciones por el no cumplimiento de las metas de salud.

Implementación de un modelo de atención primaria en salud renovada

La propuesta de mejoramiento del sistema de salud colombiano va dirigida a acoger la recomendación de la OMS, en el sentido de promover la estrategia de atención primaria en salud (APS), con el fin de alcanzar lo estipulado en Alma Ata hacia una salud para todos. En el momento, se considera que la estrategia continúa siendo válida para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y abordar los determinantes sociales de la salud.

De acuerdo con la OMS, la APS renovada supone tener presentes asuntos como la equidad en salud, la justicia social, la sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el mayor desarrollo de los sistemas de salud que garanticen la calidad de la atención, aspectos que son resaltados en la sentencia T-760 de 2008. Asimismo, la APS permite lograr atención universal, integral e integrada con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, centrada en las necesidades y la participación de la familia y la comunidad.²⁰

A pesar de que esta estrategia es aplicable en todos los países, cada uno debe implementarla de acuerdo con sus condiciones históricas, económicas, políticas, sociales y de su sistema de salud; además, debe contar con la voluntad política para sostenerla en el tiempo. Cuando se emplea este enfoque, las experiencias nacionales e internacionales han logrado demostrar que los resultados alcanzados son más equitativos, eficientes, con mayor satisfacción por parte de las comunidades y con menores costos de atención que el sistema de mercado actual, y esos ahorros se pueden centrar en atención a las personas de más bajos recursos.²¹

La definición de APS renovada comprende valores esenciales como equidad, solidaridad, sostenibilidad y calidad de los servicios, en concordancia con los principios del SGSSS Colombiano. Mediante el establecimiento de los valores, se pueden determinar las prioridades en salud y evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Igualmente, son la base moral de las políticas y los programas que se formulan a título de las poblaciones.

Los principios sirven de enlace entre los valores y los elementos, cuyo análisis permite diseñar la forma en que funciona el sistema bajo el enfoque de APS. A continuación se destacan los principios:

Dar respuesta a las necesidades de salud de la población: el sistema de salud se centra en las personas para satisfacer sus necesidades en salud de la forma más amplia posible.

Los servicios están orientados hacia la calidad: además de responder a las necesidades, se trata a las personas con dignidad y respeto, al tiempo que se asegura la mejor intervención para sus problemas, evitando cualquier daño y usando en forma racional los servicios.

Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos: de esta forma, se garantizan los derechos sociales y los ciudadanos están protegidos ante cualquier perjuicio. Permite y exige el monitoreo y la mejora continua del desempeño del sistema de salud de forma transparente y sujeta al control social. Los distintos niveles de gobierno cuentan con responsabilidades claramente definidas, así como con los mecanismos para la rendición de cuentas correspondiente. En este principio es fundamental la sociedad civil por su papel en la garantía de rendición de cuentas.

La participación: es un principio esencial en esta estrategia, pues convierte a los individuos en participantes activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas.²²

La justicia social: conlleva a que las acciones en salud puedan ser evaluadas de acuerdo con el grado en que aseguran el bienestar de los ciudadanos, con énfasis en los más vulnerables.

La sostenibilidad: se requieren y son prioritarios la planificación estratégica y el compromiso a largo plazo para que el sistema de salud opere correctamente. Por su desempeño eficiente, con calidad y a un costo más bajo, este enfoque puede considerarse como el vehículo principal para invertir en la salud de la población.

La intersectorialidad: al tener en cuenta la importancia de los determinantes en salud, es imprescindible que el sector salud trabaje con otros sectores y actores para lograr que las políticas públicas estén dirigidas y coordinadas para apoyar y contribuir de la mejor manera posible hacia el logro de adecuados niveles de salud

y desarrollo humano. Se deben establecer y fortalecer los vínculos entre el sector público y el privado, dentro y fuera de los servicios de salud, entre los que se destacan: trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua, energía, saneamiento, protección social y planificación urbana, entre otros.

En consonancia con los mandatos de la Sentencia T-760, la APS renovada cuenta con los elementos que podrán facilitar su cumplimiento. Entre ellos se cuenta con cobertura y acceso universal, el primer contacto, que es la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud, y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos, además de la atención integral, integrada y continua y la orientación familiar y comunitaria, que considera a la familia y la comunidad como los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema.²³

Además, la APS cuenta entre sus elementos con el énfasis en la promoción y la prevención, que hacen que sus intervenciones sean costo-efectivas y empoderen al individuo y la comunidad para ejercer control sobre su salud y sobre las instituciones y el personal que brinda los servicios, todo lo cual implica que las acciones individuales y colectivas —que incorporan el sector público, el privado y la sociedad civil— deben encaminarse a la promoción de entornos y estilos de vida saludables. Es una estrategia fundamental para abordar los determinantes sociales y salir de la orientación clínica de los sistemas de salud para ampliarla hacia la educación, el trabajo, el hogar y las instituciones educativas.

Otro elemento de la APS son los cuidados apropiados, que se refieren a no centrar la atención en la enfermedad, sino a tratar la persona como un todo, en un ciclo de vida y en un contexto social, económico y cultural. Los servicios ofrecidos deben ser pertinentes y acordes con las necesidades de la población. En ese mismo sentido, se pretende brindar atención de forma segura y basada en la mejor evidencia posible de efectividad, así como asignar los recursos de acuerdo con criterios de eficiencia técnica y de equidad.

A modo de conclusión, puede decirse que las experiencias exitosas en este enfoque de APS renovada han mostrado que para alcanzar mejores niveles de salud en la población, en un marco de equidad, no es suficiente con que se aumenten los centros de salud y se capacite por cortos períodos al personal, sino que se requieren enfoques amplios que abarquen todo el sistema y permitan su sostenibilidad en el largo plazo. Como lo plantea Carol Buck, “para los empleadores, propietarios, inversionistas y contribuyentes, el costo de las reformas es un importante factor disuasivo. Es concebible, sin embargo, que gran parte del dinero que gastamos en ‘redes de seguridad’ podría reorientarse provechosa-

mente en reformas más básicas. Lo más eficaz no siempre es lo más costoso. Pero aunque fuera más costoso, una transferencia apreciable de dinero sería factible en nuestra sociedad sin que nadie tenga que sacrificar mucha felicidad".²⁴

Mejorar la participación ciudadana desde la esfera local

En Colombia, la Constitución Política de 1991 hizo explícitos los mecanismos de participación social en los procesos de gestión de la salud, reglamentado posteriormente por el Decreto 1757 de 1994. En el artículo 49, la Constitución dispone que los servicios de salud se organicen en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Asimismo, el Artículo 103 establece que el Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía, con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública. Por último, el Artículo 340 dispone que en las entidades territoriales se debe crear un consejo de planeación con carácter consultivo, que sirva de foro para el Plan de Desarrollo.²⁵

En el desarrollo de los principios básicos de participación ciudadana y comunitaria contenidos en el Decreto-Ley 1298 de 1994, se otorga el derecho a participar en la planeación, gestión, evaluación y control en los servicios de salud. Además, es fundamento y principio del SGSSS la participación social y la concertación, y como parte de su organización se prevé el derecho de sus integrantes a participar a través de los comités de participación comunitaria (o copacos), asociaciones o ligas de usuarios y veedurías, en todas las instancias del sistema, así como también estimular la promoción de los métodos de participación democrática.

La propuesta de participación requiere el compromiso político desde los niveles nacional, departamental y municipal, para otorgar poder decisorio a las localidades, con amparo en el marco normativo que sustenta la participación social en el país. La posibilidad de mejorar las condiciones de participación en las localidades municipales puede conllevar una optimización de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud y, a su vez, contribuir al diseño de planes de salud con oportunidad y pertinencia, lo cual garantiza procesos de atención acordes con las necesidades reales en salud de las comunidades.

Esta propuesta responde además a los procesos de descentralización administrativa que se vienen adelan-

tando en el país, y en salud, específicamente, el fortalecimiento de la gestión local responde a las responsabilidades que se les han otorgado a los municipios. En este escenario local, deben asumirse los espacios de gestión, no solo como concepto operativo en el que se recaba información y se asignan recursos y actividades, sino como espacio donde es posible la participación en la toma de decisiones gubernamentales o institucionales que conduzca a futuros más favorables a la vida humana.²⁶

Ahora bien, la crisis que atraviesa el SGSSS colombiano debe potenciar la participación de los diferentes actores del desarrollo; la primacía de lo económico debe revertirse y dar un giro hacia la consolidación de una dirección política en las decisiones de salud, que comprometa a los diferentes sectores de la sociedad civil, de tal forma que se optimicen los recursos y las acciones en esta dirección puedan garantizar el derecho de todos los colombianos. Ese es parte del espíritu de la sentencia T-760 de 2008.

Conclusiones

La Sentencia T-760 de 2008 se puede considerar como una oportunidad para repensar el SGSSS y hacerlo más justo, equitativo y eficiente. La APS ha demostrado ser una estrategia eficiente para alcanzar niveles adecuados de salud de las poblaciones, a costos más bajos que cuando se está bajo el sistema de mercado regulado.

Como se ha sustentado, en el sistema de aseguramiento con regulación de mercado, como es el caso de Colombia, se podría pensar en un modelo de atención basado en APS renovada, donde predomine la promoción y prevención, con enfoque comunitario, participación activa de los actores y privilegio de la intersectorialidad como la manera de abordar los determinantes sociales y alcanzar el mejor nivel de salud para las poblaciones, de acuerdo con las necesidades sentidas.

Es importante resaltar que para que esta estrategia no se quede solo en lo teórico, es necesario contar con el empoderamiento de los actores gubernamentales locales para que puedan liderar su aplicación, así como el establecimiento de la veeduría y el control de los otros actores. Un aspecto muy importante es la voluntad política del gobierno, que permita superar las barreras impuestas por la falta de compromiso de los actores del sistema.

Por último, esta propuesta no tiene más pretensión que expresar la posición política y ética de las autoras frente al tema, como punto de reflexión para el debate. Es decir, bienvenidos los comentarios y el enriquecimiento de la misma, con miras a fundamentar la participación como profesionales, ciudadanas e integrantes de una sociedad interesada en participar en los escenarios demo-

cráticos donde, desde la política, se espera mejorar las condiciones de salud de las comunidades en el país.

Referencias

- 1 República de Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [internet]. Disponible en: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>. Consultado abril 2009.
- 2 República de Colombia. Defensoría del Pueblo. Programa de salud. La tutela y el derecho a la salud. Periodo 2003-2005. [internet] [Acceso 5 de mayo 2005]. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/?_s=d1&n=106.
- 3 República de Colombia, Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. Sentencia Número T-760 de 2008.
- 4 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de Salud en las Américas. Washington: OPS/OMS; 2005.
- 5 Organización Panamericana de la Salud. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Situación de Salud en Colombia. Indicadores básicos 2007. [internet] [acceso 5 de mayo de 2009] Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VbeContent/NewsDetail.asp?ID=17261&IDCompany=3>.
- 6 Quintero HA: Protección del empleo es prioridad. Periódico *el tiempo*, Bogotá domingo 3 de mayo 2009. P 3-2.
- 7 República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Indicadores de salud-ODM, 04/04/ 2008. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VbeContent/NewsDetail.asp?ID=17261&IDCompany=3>. Consultado mayo 2009.
- 8 Asamblea permanente de la sociedad civil por la paz y Plataforma colombiana de derechos humanos. Informe para el Examen Periódico Universal de Colombia, Julio de 2000.
- 9 Consejo económico y social. Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en Colombia, Doc. E/CN.4/2003/13, 24 de febrero de 2003, pág.5.
- 10 Isaza JF, Campos D. Algunas consideraciones cuantitativas sobre la evolución reciente del conflicto en Colombia. [internet] [acceso 3 de mayo de 2009] Disponible en: http://www.dhcolombia.info/IMG/pdf_ConflictoColombiano.pdf.
- 11 *codhes*. ¿Cohesión o Fragmentación Social? Resumen del Informe sobre Desplazamiento Forzado, Conflicto Armado y Derechos Humanos *codhes*, correspondiente al primer trimestre de 2008. [internet] [acceso 6 de mayo de 2009] Disponible en: <http://www.codhes.org/>.
- 12 Barón G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. *Rev salud pública* 2007; 9: 25-31.
- 13 Molina R, Matilde P, Henderson P, Vieira C. Gasto y financiación en salud: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 8: 1-2.
- 14 Humberto J, Mejía A. Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia UPC 1996 - 2007. *Perfil de Coyuntura Económica* 2007; 9: 97-116.
- 15 Garay L, Rodríguez A. La garantía de la salud como derecho integral. En: Colombia: diálogo pendiente. Bogotá: Planeta Paz; 2005. p. 143.
- 16 Restrepo J. El Sistema de Seguridad Social en Salud: logros y desafíos. *Revista comfama. Observar* 2009; 19: 30-34.
- 17 Arias JF. "Sistema de salud y unificación del POS, Sentencia T-760 de 2008". Presentada en: Foro "Sistema de Salud y Unificación del POS: Sentencia T-760 de 2008". Bogotá.[internet] [acceso 16 de octubre de 2008] Disponible en: <http://www.ginaparody.com/sites/default/files/foro-pos/Jose-Fernando-Arias.pdf>.
- 18 Gasto militar en Colombia. En: *El Espectador*; 4 de mayo de 2009.
- 19 Caracol. El cuatro por mil se volvió el "comodín" de la reforma tributaria, dicen los banqueros [internet] [acceso 4 de mayo de 2009] Disponible en: <http://www.caracol.com.co/nota.aspx?id=345371>.
- 20 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La Atención Primaria en Salud más necesaria que nunca; 2008.
- 21 Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, Maeseneer J. Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. *Rev. Esp. Salud Pública*; 78(1). [revista en internet] 2004 [acceso 6 de mayo de 2009]; 78(1). Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php>.
- 22 Health Council of Canada: Teams in action: Primary Health Care Teams for Canadians; 2009.
- 23 Vega R, Carrillo J. APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia, el caso "Salud a su Hogar" en Bogotá. *Gerencia y Políticas de Salud* 2006;5(11).
- 24 Buck C. Después de Lalonde: Hacia la generación de salud. Notas del editor 1994.
- 25 República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá, 1991.
- 26 Paz CD. Gestión de salud local, la participación y el tercer sector en la salud. [internet] [acceso 3 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.observatoriodesalud.cba.gov.ar/documentos/gestion_de_salud_local.pdf.