Desafíos y perspectivas de los sistemas de salud y la gestión frente a las funciones esenciales de la salud pública

José Ruales[1]

En primer lugar quiero agradecer por la invitación a este evento a la Organización Panamericana de la Salud y recalcar la tradicional colaboración de la representación de la OPS en Colombia con instituciones como la Facultad Nacional de Salud Pública y otras entidades que trabajan por la salud de los colombianos.

El contenido de esta presentación va a tratar de enfocar los siguientes temas: en primer lugar, algunos elementos conceptuales sobre sistemas de salud, objetivos, organización y modelos, con énfasis en la práctica de la gestión de la salud pública y de la gestión de la empresa sanitaria en general, que es uno de los elementos desarrollados dentro de esta propuesta conceptual que fue consensuada por los países de la región en la iniciativa de salud pública en las Américas, y que especialmente se refiere a la función esencial de salud pública No. 5, sobre desarrollo de políticas y de la capacidad institucional en planificación y gestión de la salud. La segunda parte tratará sobre tendencias y desafíos de la gestión en salud y en salud pública. Haremos un breve recuento de la gestión de la salud pública en dos sistemas de aseguramiento regulado, como Chile y Colombia, y terminaré con el marco de algunas propuestas sobre el fortalecimiento de la gestión de salud pública, que se han generado en los últimos meses a partir de los ejercicios de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública en varios departamentos de Colombia.

Sistemas de salud: objetivos, organización y modelos

Para empezar, recordemos que los sistemas en general son grupos de elementos que interactúan, se interrelacionan o son interdependientes, lo cual forma parte de un todo más complejo. En lo particular, el sistema de salud se puede conceptuar, según la OMS, como las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud. El sistema de salud comprende la atención a las personas y al

1 Asesor en desarrollo de sistemas y servicios en salud de la Organización Panamericana de la Salud, Colombia

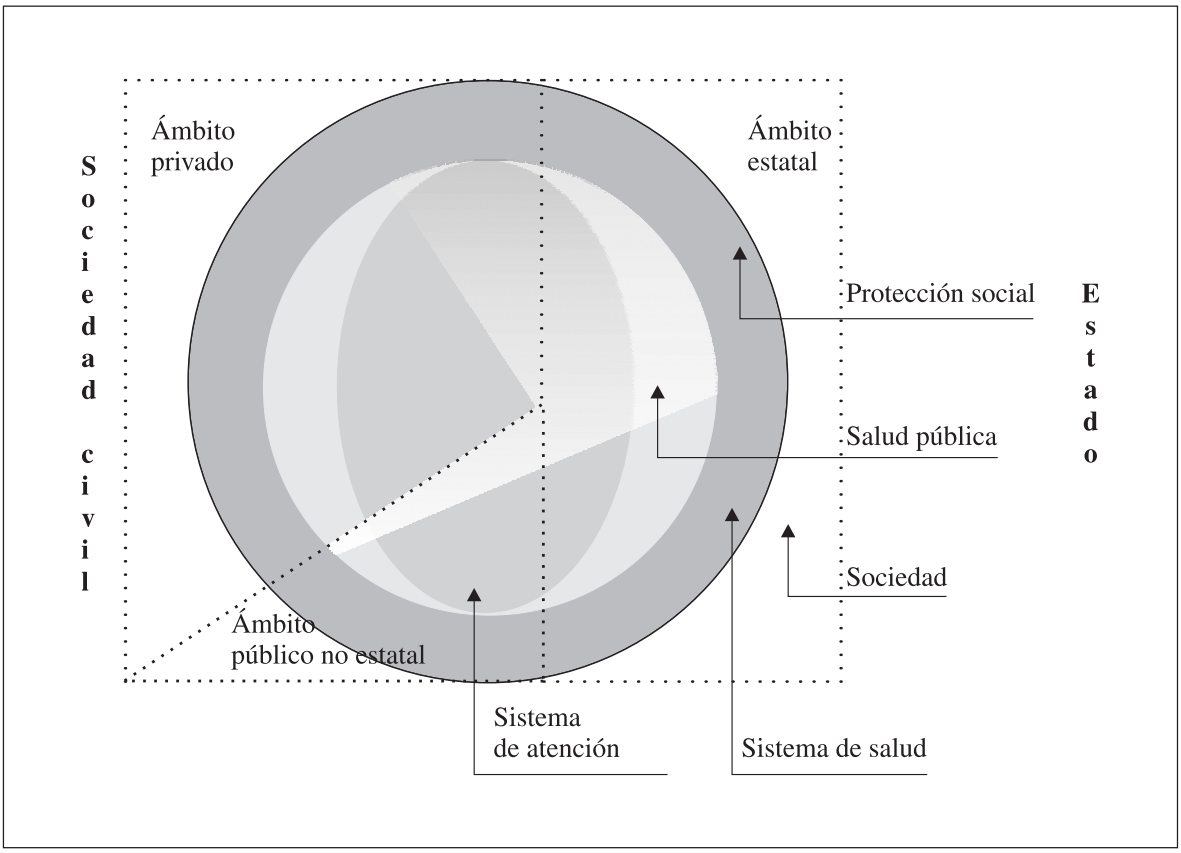
entorno, efectuada con la finalidad de promover, proteger y recuperar la salud, o de reducir o de compensar la incapacidad irrecuperable, incluido el suministro de medios, recursos y condiciones para ello; pero también se refiere a las actuaciones ejercidas sobre factores determinantes generales de la salud, realizados con el fin de mejorar la salud o facilitar su atención, independientemente de la naturaleza de los agentes públicos que lo realizan, sean estos estatales, no estatales o privados.

El sistema de salud, entonces, debe entenderse como algo más amplio que el sistema de atención a la salud, que tiene como componentes sociales a la sociedad civil y el mercado, el sector público no estatal y el propio Estado, en donde la salud pública cubre una parte del sistema de atención en el sector privado, en el sector público no estatal y en el sector estatal. Además de eso, cubre aspectos externos al sistema de atención que se involucran incluso en el área de la protección social y de salud.

En la figura 1 se representa la sociedad en su conjunto, constituida por el estado y la sociedad civil. El estado representa el ámbito estatal y la sociedad civil los ámbitos privado y público no estatal. El sistema de salud es parte de esta sociedad, dentro del cual tenemos el sistema de atención, que es un componente del sistema de salud en general, cuya mayor parte está, en la mayoría de los países, en el ámbito privado, una importante parte en el ámbito público no estatal que conforman en su conjunto la sociedad civil, y una parte que en este caso es minoritaria, que está en el ámbito estatal.

La salud pública corresponde entonces a una pequeña parte en cada uno de estos ámbitos, tanto privado y público no estatal como estatal, y el entorno social tiene esa responsabilidad integral de la

Figura 1. Ámbitos de salud y componentes sociales



protección social, la protección social en su conjunto, no solamente en materia de salud. No debemos confundir el sistema de salud con el sector salud. El sector salud es el conjunto de instituciones, es decir, de organizaciones formalmente organizadas en un régimen político, jurídico y administrativo, cuya finalidad principal es trabajar para la salud, y de sus relaciones entre sí y con otras instituciones. Componen el sector salud los siguientes subsectores: público estatal, público no estatal, privado de interés público y privado relacionado con el mercado.

Algunas instituciones relacionadas con salud están adscritas a otros sectores y no están en el sector salud propiamente dicho, como el saneamiento básico ambiental, la producción de equipos e insumos de salud, la producción de medicamentos, la seguridad alimentaria, los seguros de salud, etc., ya que prevalece en esta organización y agrupación la naturaleza de la organización productiva sobre el fin, como regla para pertenecer a un sector u otro.

Objetivo principal del sistema de salud

El sistema de salud y el sistema de atención que lo compone tiene como finalidad fundamental producir salud de la mejor manera posible en cada situación específica y constituye el eje del proceso social de generación de salud, es decir, producir salud para las personas, pero especialmente para la población en su conjunto. La eficacia social del sistema es el principal indicador de desempeño del sistema de salud, es decir, de la salud de la población.

Sin embargo, no basta con ser eficaz y producir salud socialmente, sino que el sistema debe hacerlo generando satisfacción individual y sobre todo, satisfacción social. Es decir, el nivel de satisfacción constituye el segundo indicador de desempeño global de los sistemas de salud y de atención en salud. El sistema de salud debe generar entonces un producto social que es la salud de la población, pero respondiendo a las necesidades y a las demandas de la sociedad y de las personas, ya que la satisfacción se evalúa en varios factores, como son: la calidad de la atención, definida por la capacidad de solución de los problemas y las formas de prestación, y la respuesta a las expectativas de salud de la población.

Los sistemas de salud tienen reconocidos valores y principios que todos hemos repetido y hemos valorado, como la equidad, la participación social, la eficiencia, la descentralización, la integralidad de la atención y la solidaridad. Y requiere de ciertos recursos y condiciones para su funcionamiento, como son: el liderazgo, la información, los recursos humanos y la capacidad física, los conocimientos y la tecnología, y por supuesto, la financiación del sistema. Con esos requisitos y con esos principios, tal como ya el doctor Feo lo planteó antes, hay unas funciones del sistema de salud claramente definidas, como son: la rectoría, el aseguramiento, la provisión de servicios, la compra y el financiamiento. Y en el ámbito de la rectoría, tenemos, como también se expresó, la regulación, la armonización de la provisión de servicios, la conducción del sistema, la vigilancia del aseguramiento, la modulación de la financiación y las funciones esenciales de la salud pública. Estas son, en general, las funciones y las características del sistema de salud.

¿Cuál es la estructura de ese sistema de salud en la etapa previa y posterior a la reforma?

Nos encontrábamos con sistemas de salud básicamente segmentados, en donde se estaba dando integración de funciones dentro de las instituciones y segregación de la población, es decir, estas funciones de rectoría, de financiamiento, de articulación y prestación eran ejecutadas por cada uno de los tres sectores clásicos del sistema: por la seguridad social para la población asegurada, por el sector privado para la población con capacidad de pago y por el Ministerio de Salud para la población pobre.

La propuesta que se ha señalado nos empuja a sistemas de salud estructurados con separación de funciones e integración de la población. Esta teoría de integración horizontal plantea entonces que la rectoría la podrían ejercer los ministerios de salud para todas las poblaciones y por lo tanto, para todas las instituciones, y establece el financiamiento por modelos de seguros sociales ampliados, la articulación a través de competencia estructurada por medio de redes de servicios y la prestación por una pluralidad institucional, con variaciones que van de modelos de mercado, modelos de privatización del

aseguramiento y la prestación y de privatización solamente de la prestación con sistemas de seguro único, etc.

Hay una serie de modalidades de los sistemas de salud en América Latina que en general tratan de llevarlos desde sistemas segmentados con población segregada (es decir, cada tipo de población según su capacidad de pago en diferentes instituciones) a sistemas de aseguramiento mixto regulado, donde las funciones están separadas, asignadas a diferentes estamentos y donde la población está integrada.

Sin embargo, se desarrollaron también otros dos tipos de modelos: el de sistemas públicos integrados, basados en sistemas de aseguramiento universal público, y el de sistemas de mercado atomizados, basados en una competencia libre entre todos los estamentos. Es así como en este momento los sistemas de salud en América Latina y el Caribe se podrían clasificar de esta manera: sistemas públicos integrados y sistemas de seguro de salud unificado. Tenemos básicamente aquí los sistemas del Caribe inglés, con Cuba y Costa Rica; el sistema de seguro de salud unificado con el modelo de Brasil; los países que mantienen sistemas segmentados, aunque algunos, como el caso de Paraguay y República Dominicana, están transitando hacia sistemas de aseguramiento mixto o hacia sistemas de mercado, pero la mayor parte se encuentra todavía en ese modelo, que no despegó ni cuajó totalmente; ahí están Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela; y finalmente, los sistemas de aseguramiento mixto regulado, representados básicamente por Chile y Colombia, ya que Uruguay se podría ubicar un poco hacia este lado por el modelo de prestación de servicios cooperativistas, y Argentina, un poco más hacia el sistema de mercado, por su modelo de prestación corporativo.

En el caso específico de Colombia, se plantea con mucho énfasis el modelo horizontal con una separación de funciones especialmente del financiamiento y la provisión, a través de dos elementos que se integran al sistema, tanto en la resolución y la definición de los consumidores como de los compradores, con mecanismos de libre elección para la compra, empoderamiento de los consumidores y mecanismos de incentivos y competencia para la compra de los servicios entre las instituciones compradoras y la provisión de servicios.

Se genera también una creciente complejidad en la cual la relación entre usuarios y proveedores está separada secuencialmente e intermediada primero por la incorporación de fondos en el modelo del seguro social tradicional, pero luego por articuladores de los fondos y también por compradores entre los usuarios y los fondos, y articuladores dentro de los fondos y los prestadores.

Eso generó un modelo de salud, calificado de pluralismo estructurado en Colombia, en donde hay una variedad de compradores y de proveedores que pueden estar articulados a través de la integración vertical, o a través de mecanismos de red con tres fondos: los fondos regionales, el fondo de solidaridad y el fondo de redistribución y garantía, y dos elementos de vigilancia y control y de dirección en el sistema, la superintendencia y el consejo nacional de salud, con el Ministerio de la Protección Social como organismo rector.

La práctica y la gestión de la salud pública

La salud pública es la manifestación del sistema de salud dentro de la perspectiva de la salud de la población, y es su realización en la dimensión colectiva y social. Contribuye la salud pública a la ejecución de las funciones del sistema de salud y a su organización, y por lo tanto, no es solamente un componente, ya que es el elemento integrador. Según el concepto consensuado de salud pública definido en la iniciativa *La salud pública en las Américas,* la Organización Panamericana de la Salud señala: "La salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones, por medio de actuaciones de alcance colectivo".

La gestión, por otro lado, es un proceso de toma de decisiones, que al comprometer una serie de recursos, pretende la consecución de una serie de ob-

jetivos, asumiendo el resultado que ellos arrojen. Gestión significa cumplir objetivos, obtener resultados y/o realizar actividades operativas a través de otros, tomando siempre en cuenta el objetivo de lograr el equilibrio entre las necesidades y los recursos.

De acuerdo con la formulación de la función esencial de salud pública No. 5, se define la capacidad institucional de gestión en salud pública por medio de cinco componentes: liderazgo y comunicación, toma de decisiones basadas en los datos, planificación estratégica, desarrollo organizativo y gestión de recursos, especialmente humanos y financieros.

El liderazgo y la comunicación representan la orientación del sistema hacia una visión claramente articulada con estándares de excelencia perfectamente definidos, que debe proporcionar los recursos y estrategias para alcanzarlos y que posee, o requiere que posea, el personal cualificado, necesario para una comunicación eficaz de la visión y las estrategias de aplicación.

La toma de decisiones basada en datos se refiere a las competencias de recursos de la autoridad sanitaria para recoger, analizar y evaluar datos de diferentes fuentes destinados a desarrollar capacidades de gestión basados en dichos datos, y facilitar el acceso a fuentes de datos pertinentes para apoyar los procesos de toma de decisiones, asegurando que dichas fuentes se utilicen en los niveles intermedios y locales. La toma de decisiones basada en los datos también significa el análisis sistemático de la información sobre resultados de sus intervenciones, garantiza el personal necesario y competente para efectuar dicho análisis, y utiliza la información sobre el funcionamiento de los sistemas de salud para aportar al proceso de toma de decisiones.

La planificación estratégica como función de la salud pública significa para la autoridad sanitaria el poner en marcha procesos de planificación en salud en áreas estratégicas, con base en información pertinente y válida; genera también, y asegura la viabilidad, en los planes estratégicos a través de medidas para establecer alianzas con la sociedad civil y garantiza la coordinación y concordancia entre los niveles nacional y subnacional.

Por su parte, el desarrollo organizativo es aquel que establece una cultura, unos procesos y unas estructuras de organización, cuyo aprendizaje y trabajo se basan en la retroalimentación continua y en garantizar su óptimo desempeño, y facilitan la participación y acceso del personal institucional y de la comunidad a la resolución de los problemas de salud pública, además de asegurar la existencia de competencias internas para abordar las relaciones interinstitucionales, como la gestión de conflictos, el trabajo en equipo y el desarrollo organizativo, a fin de dirigir la institución hacia la visión acordada y de responder dentro de los estándares de excelencia.

Por último, la gestión de recursos es la que garantiza la disponibilidad de los recursos necesarios para el desarrollo de las herramientas indispensables para su funcionamiento, que incluyen, por una parte, los elementos financieros, técnicos y humanos y que permiten, por la otra, la asignación eficaz en función de prioridades definidas y la capacidad de gestión de recursos para garantizar la eficiencia, la calidad y la equidad en el acceso a la atención, además de dar poder de decisión a su personal para fortalecer la capacidad de los prestadores y sectores en todos los niveles del sistema.

Estos son los elementos conceptuales de la gestión de la salud como función esencial de la salud pública que fueron consensuados en la iniciativa *La salud pública en las Américas*. ¿Pero cuál es en este momento el contexto de la gestión sanitaria? ¿En qué momento nos encontramos?

Las reformas de los sistemas de salud se han caracterizado por un panorama dominado por regulación y descentralización, y especialmente con el énfasis en la eficiencia y en medidas como la flexibilidad laboral que se han dado como formas de gestión de los recursos humanos, con una gran variación entre los países. Hay países que tienen muchas formas, docenas de formas de contratación de personal, que difieren de las formas tradicionales. Al mismo tiempo hay una importante modificación en el modelo de salud, en el modelo de atención, en el modelo de gestión, en el caso de la atención hospitalaria, que nos puede servir de ejemplo, en donde hay un drástico cambio hacia la cirugía ambula-

toria, el hospital de día, la hospitalización domiciliaria, la creación de centros ambulatorios de especialidades, la atención médica prehospitalaria y la atención de urgencias. Desde el punto de vista de la gestión, hay una tendencia hacia la gestión de cuarta generación, es decir, no a la administración ni a la gerencia tradicional, sino a la gestión de calidad, al trabajo en equipo, a la toma de decisiones basadas en la evidencia.

En este panorama se debe gestionar la empresa de salud, las instituciones de salud. ¿Qué es lo que gestionan las empresas sanitarias? Gestionan, en primer lugar —y eso no debemos perderlo de vista—, la salud de las personas. Es decir, cosas que son tan diferentes como la calidad de vida, el nacimiento, la felicidad, el ciclo vital o la muerte, y que además integran acciones de salud para la atención de las personas. También gestionan procesos productivos que son la secuencia de acciones de intervenciones dirigidas a entregar el servicio integral al usuario, y además efectúan gestión del conocimiento para aumentar la competencia, mejorar en aspectos técnicos y en servicio al usuario y para incorporar nuevos avances a la prestación, etc.

Pero además se gestionan interrelaciones personales. Los sistemas de salud, y especialmente la atención de salud, son una de las empresas en la sociedad con mayor intensidad de mano de obra; la empresa sanitaria es la institución de máxima interrelación social. Las personas que están o que se sienten enfermas son ayudadas por otras personas que supuestamente nos sentimos sanas; eso hace que sean las organizaciones más complejas de gestionar. En los hospitales se cumple la máxima de *"el que sabe, sabe y el que no, es jefe*". El conocimiento acumulado por los servicios, por los especialistas, es mucho más alto que el de cualquier director de hospital. Además se administran y se gestionan los intereses de cinco colectivos que lo integran: los ciudadanos, los profesionales de la salud, el personal en general, los propios gestores y los propietarios, los dueños de los recursos.

Además, en salud hay un gran volumen de recursos económicos, de los cuales 70% corresponde en promedio a recurso humano, y se gestiona también la práctica médica que tiene intereses contrapuestos a los objetivos organizacionales y a la especialización, que depende también en mucho de la escuela de formación y de las tendencias de los integrantes de los equipos de salud.

¿En dónde se gestiona la salud? En tres grandes escenarios: un escenario de macrogestión, que corresponde a los ministerios de salud, los consejos nacionales, los institutos u organizaciones de seguridad social, pero también los ministerios de hacienda, los ministerios de economía, la asamblea legislativa, es decir, hay una serie de instituciones de gestión de salud que están nuevamente fuera del sector salud y que muchas veces toman las decisiones que más consecuencias acarrean en el sistema. Otro escenario es la mesogestión, correspondiente en ámbitos territoriales a los niveles de coordinación, las provincias o departamentos —dependiendo de la organización política de los países—, sistemas o áreas de salud, los gerentes de redes de hospitales, los gerentes de aseguradoras públicas y privadas. Por último, está la microgestión, que se refiere a la gestión hospitalaria de centros ambulatorios, de unidades asistenciales y a la propia práctica profesional liberal.

¿Qué funciones se cumplen en esos escenarios de la gestión de la salud y la salud pública? En el nivel mayor, se refiere básicamente a la política pública de salud, aunque esta política también puede expresarse en políticas sanitarias locales y en la regulación y el establecimiento de prioridades, que se reflejan, en términos económicos, en la asignación de recursos y en la financiación, la cobertura poblacional y el aseguramiento, así como la definición de paquetes de atención o de planes obligatorios de salud, según el modelo del sistema.

En el nivel intermedio, además de la política sanitaria local —que es el ajuste a condiciones y características socioeconómicas, culturales y epidemiológicas específicas de las regiones—, se da la planificación y la gestión de la salud pública, la coordinación intersectorial local, el aseguramiento y la asignación de recursos, la gestión contractual y la supervisión o inspección, vigilancia y control de los procesos.

El nivel menor se refiere a la gestión de los servicios de salud y a la gestión clínica. En la gestión

de los servicios se incluyen la planificación estratégica, organización, dirección, evaluación y gestión contractual, además de la gestión de recursos financieros y suministros y principalmente la gestión de recursos humanos. En la gestión clínica se incluye la organización de las unidades de prestación, la evaluación de la práctica y especialmente la gestión de la calidad.

Tendencias y desafíos de la gestión de servicios de salud y de la empresa sanitaria

Las principales tendencias se pueden resumir en las siguientes:

En primer lugar, estamos en una transición de la gestión tradicional basada en servicios a la gestión de salud, es decir, lo que se llama la gestión de mejoras, la gestión de ganancias en salud, pasar de los contratos per cápita o por producción de servicios a la gestión de logros de indicadores de salud, de reducción de riesgos. La gestión de mejoras de la calidad de vida va más allá, hacia a asumir indicadores de mejoramiento de la salud, e incluye otros más amplios.

Otra tendencia es la de pasar de modelos de atención tradicional hacia políticas activas de sustitución, en donde los escenarios de la prestación —los hospitales especialmente— cambian de lugar, por ejemplo en todo el desarrollo tecnológico, a través de la incorporación de la telemedicina y la sustitución de personal, y es evidente en el caso de Colombia, en la sustitución de personal, como lo ha dicho el doctor Restrepo, que muchas veces en los hospitales los médicos se han convertido en abogados y las enfermeras se están convirtiendo en contadoras, entonces ¿quién está haciendo la atención de salud?

Son tendencias que también debemos reconocer desde una centralización de la gestión a una gestión descentralizada, básicamente expresada en la descentralización de los servicios, la gestión clínica, la autonomía para el desarrollo de procesos de calidad en los servicios, como lo expresa en Colombia, por ejemplo, el sistema obligatorio de garantía de calidad y la gestión de pacientes y enfermedades. Esto se expresa también en modos de contratación y de análisis de la producción, a través por ejemplo de grupos relacionados de diagnóstico.

Una tendencia muy importante de la gestión de salud consiste en pasar de la competencia a la colaboración, lo que significa la atención gestionada y el desarrollo de mercados internos, pero especialmente la gestión en redes, no el desarrollo de redes físicas de servicio, sino la gestión consolidada en redes que negocian, planifican y contratan de manera coordinada en conjunto.

Gestión de la salud pública en sistemas de aseguramiento regulado: los casos de Chile y Colombia

En este panorama analizaremos algunos elementos de la gestión de la salud pública en los sistemas de aseguramiento regulado que hemos mencionado, en dos casos específicamente: Chile y Colombia. En el caso de Chile también se mencionó que ese país está en una re-reforma, que corresponde a un tercer ciclo de su reforma. En este momento los ejes de la reforma chilena tienen algunos objetivos sanitarios muy definidos en el corto, mediano y largo plazo. En salud pública y atención individual hay una clara separación de las responsabilidades, de las funciones de la salud pública y la salud individual, y de ahí viene el nombre del plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), que vamos a ver en seguida.

Está también el cambio en un modelo de atención que toma en cuenta la atención primaria de salud como eje del modelo y que reincorpora funciones públicas y desarrolla sistemas como el de medicina familiar para la atención de la población pobre no asegurada; asimismo, el fortalecimiento de la autoridad sanitaria —no solamente de la autoridad sanitaria nacional, sino muy especialmente el fortalecimiento de la autoridad sanitaria en las regiones de salud definidas en el sistema—; la modernización de las redes asistenciales —que incluye una adaptación de las redes al nuevo perfil o a las nuevas características de la demanda de la po-

blación, especialmente por el envejecimiento poblacional—; y el financiamiento solidario y la participación social.

Chile fue uno de los primeros países que realizaron la medición de las funciones esenciales de salud pública, porque además fue uno de los que sirvieron de área demostrativa, de escenario piloto para hacer las correcciones antes de la aplicación masiva. El resultado de la medición muestra un desempeño muy bajo de la función 8, de desarrollo de recursos humanos, y bajo en la función 10, de investigación en salud pública; todas las otras funciones superan el 50%, con valores altos en la función 2, de la vigilancia de la salud pública, y la función 11, de reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Estos resultados sirvieron, entre otra información, para la elaboración del plan de desarrollo de la salud pública y de la rectoría sectorial en Chile. Esta corresponde a la separación de los componentes en el plan AUGE en el que hay una separación de los componentes del plan de salud de las personas, por un lado, con prestaciones individuales, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, sin impacto o con bajo impacto colectivo o poblacional agregado, y por otra parte el plan de salud pública, con la definición de un componente que se expresa también en un modelo organizacional, en una separación de tipo organizacional dentro de las regiones, donde se incluyen las acciones de regulación del sistema de seguridad social en salud, y las del sistema prestador de servicios, las acciones colectivas de salud sobre las personas y el ambiente y las acciones de carácter individual con alto impacto colectivo o poblacional agregado.

El plan de desarrollo de la salud pública en Chile, que tiene como base el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, se basó en el diagnóstico del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, usó el marco de las funciones como taxonomía para el catastro de las actividades desarrolladas por las actuales dependencias a cargo de la atención de salud, la definición de principales áreas de acción del plan de salud pública, la socialización del plan para la discusión presupuestaria y el levantamiento de detalle para redefinir la negociación presupuestaria, con base en resultados de proyectos dirigidos al cierre de brechas.

En el caso de Colombia, voy a repetir simplemente elementos que ya expresaron el viceministro de salud, la directora de la OPS y quienes nos han antecedido. Después de la reforma, o por la reforma, se dieron algunos cambios que se expresan ya en la Ley 100 de 1993, básicamente relacionados con la descentralización, la definición de nuevos actores y competencias, la distribución de competencias y recursos, la falla técnica nacional para orientar la salud pública con otros actores fuera del sector y en otros escenarios, la dispersión en el enfoque de la salud pública en temas específicos como la violencia, las enfermedades transmisibles y las crónicas, y la reducción del gasto público en esta materia.

Además, al tomar en cuenta la disponibilidad de información que existía para el país hasta 1998, se observa una ruptura radical del sistema de información en salud a escala nacional y, de manera parcial, a escala departamental en la red pública, lo que impide un análisis adecuado y oportuno de la información. Se presenta también la definición de una normatividad sin transición, sin un sistema de gestión —hay autonomía de las aseguradoras para las acciones de promoción y prevención— y el desarrollo disparejo de los pilares estratégicos de salud pública —como la vigilancia de la salud pública y el propio sistema de información—, en contraste con el desarrollo de otros pilares en el ámbito del aseguramiento o del financiamiento.

Esta pérdida del enfoque y orientación hacia la salud pública, que ha sido reconocida por el propio gobierno, se caracteriza por una atención básicamente dedicada al cumplimiento de los planes de beneficio sin articulación entre ellos, dado que se rompieron algunos de los elementos que eran teóricamente de incentivo para propiciar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud y para la reducción de la atención a las enfermedades, a la atención individual, que servirían como incentivo, como un mecanismo para mejorar el ingreso en los prestadores o a los aseguradores. Esos elementos fueron limitados y por lo tanto no fun-

cionaron como incentivos. Se definieron programas preventivos sin orientación ni gestión dentro del sistema. Sin embargo, se empiezan a dar algunas correcciones al sistema. El Acuerdo 117 de 1998 y las Resoluciones 412 y 3384 de 2000 reorientan las acciones de promoción y prevención, para tratar de recuperar la gestión de salud pública según el plan obligatorio de salud.

Hay una reestructuración de las entidades territoriales —con recorte de las instituciones gestoras de la salud pública en el plano territorial— y la pérdida de la responsabilidad de la salud pública, especialmente del control sobre la salud de la población y la gestión de la salud pública en espacio-población. La visión epidemiológica del principio del manejo de espacios-población se rompe con la diversidad de aseguramiento y de prestación que limita la capacidad de los niveles territoriales, especialmente a las grandes ciudades para ese control.

Esos elementos también son propuestos como una mejora, como una forma de devolver esas funciones a través de la Ley 715 de 2001, que recupera el espacio población territorio y redefine las competencias de salud pública para las entidades territoriales y de la articulación de salud pública y posiciona las entidades territoriales como organismos de inspección, vigilancia y control ante las aseguradoras a escala territorial.

En las tendencias podemos observar que a pesar de una reducción constante en ellas —como el caso de la incidencia de tuberculosis que baja de 60 por 100,000 en 1970 a 20 en 1994 y vuelve a subir a 27 en 2000—, observamos que más o menos a partir de 1992 o 1993, esta tendencia tiene algunas irregularidades. Si ella se mantiene, aparentemente hay una baja en la incidencia de tuberculosis que ahora empieza a subir y a dispararse hacia arriba. Pero si comparamos la incidencia de tuberculosis con los sintomáticos respiratorios examinados, vemos que esto fue consecuencia de una disminución en el número de sintomáticos examinados, y que se mantiene la misma tendencia al haberse dado una importante disminución de más o menos 200 mil sintomáticos respiratorios que se venían examinando hasta el 1993, que bajaron a 110 mil o 105 mil en 1997 y 1998. Entonces lógicamente una menor captación significa también una menor incidencia, pero es una reducción estadística.

El otro tema que se ha planteado siempre ha sido el problema de la cobertura de vacunación. Colombia mantenía las coberturas de todas las vacunas en coberturas útiles para la inmunización por encima del 90% hasta el año 1996. Se produce una importante disminución con una brecha mayor en 1998, cuya recuperación empieza a mejorar, como el caso de la polio, pero que solamente en el caso de la vacuna del sarampión ha retornado a coberturas útiles por encima de 90% de la población para el año 2002.

En la evolución de las coberturas de cinco vacunas, la cobertura de BCG (antituberculosa) de 1995 y 1996 era casi del 100%, y todas las vacunas tenían una cobertura superior al 90% en 1996. Todas las vacunas tuvieron una cobertura inferior a 80% en 1998. La recuperación sí se está dando, pero no ha sido una recuperación importante y los esfuerzos se han tenido que hacer fuera del esquema regular del Sistema General de Seguridad Social en Salud. ¿Qué pasa con los niños de la cohorte de hace cinco años que están ingresando al sistema escolar, población de la cual tenemos más de 20% que no fue inmunizada adecuadamente? Al evaluar las acciones de salud en el país en 2001, observamos que la gestión de las EPS (Empresas Promotoras de Salud) en relación con 25 indicadores sobre las acciones de salud pública que les corresponden, fueron calificadas como muy deficientes o deficientes, en 12 de los 25, e inapropiadas, porque el sistema de información estaba siendo mal utilizado o porque había problemas en la forma de reporte en cinco, y solamente ocho de las 25 acciones de promoción y prevención, incluidas en el POS (Plan Obligatorio de Salud), gestionadas por las EPS, resultaron en niveles adecuados u óptimos.

Si analizamos los resultados en el régimen contributivo, en donde se evaluaron, tenemos 29 EPS cuyo cumplimiento de los resultados de la primera consulta prenatal fue deficiente. Observamos que solamente cuatro EPS estaban cumpliendo en 2001 con las metas o sobrepasándolas. En relación con el cumplimiento del régimen contributivo, no nos referimos al régimen subsidiado ni a la población

pobre no asegurada; de 29 EPS, solamente cuatro superan las metas para aplicación de la vacuna triple DTP (contra la difteria, tétanos y tos ferina).

En la evaluación por entidades territoriales se observan diferencias en los resultados y el desempeño, al hacer una distribución porcentual de calificación de los indicadores trazadores de acciones de salud pública por entidad territorial. En el caso de Antioquia observamos resultados inapropiados en 25%, los óptimos y adecuados en 25% y los deficientes o muy deficientes en 50%.

Además, Colombia ha sido país pionero en la evaluación de las funciones esenciales de salud pública. Al igual que el resto de países, hizo su evaluación en 2001, pero inició además ejercicios en los ámbitos territoriales descentralizados. La Secretaría de Bogotá lo hizo al año siguiente, y este año, tres departamentos (Valle del Cauca, Caldas y Antioquia) han realizado las evaluaciones. Lo importante no es tanto el ejercicio, sino que a partir de él se está trabajando en este momento en la formulación y desarrollo de planes de fortalecimiento de la salud pública.

No se trata tampoco de comparar, porque estas son autoevaluaciones y en la autoevaluación, incluso teniendo un mismo grado de desarrollo, los miembros del colectivo y los actores de la salud pública de un departamento pueden considerar que su meta está mucho más lejos y por lo tanto, considerar la evaluación en un menor desarrollo; lo que es importante es que hay variaciones locales respecto del nivel nacional. Funciones como la función 11 que a escala nacional es una de las mejor evaluadas, es bastante deficitaria en los departamentos. Todos ellos se pusieron una meta muy alta y para obtener un resultado positivo, definieron en 70% el índice de aprobación de cada una de las preguntas.

Quiero resaltar que fue muy importante para el éxito de la evaluación subnacional el apoyo del Ministerio de la Protección Social y de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, que colaboraron con todos los departamentos en la adecuación del instrumento para adaptarlo a las características del sistema general de seguridad social y para el nivel departamental, y además, el apoyo de las secretarías departamentales y la participación muy activa de las universidades, específicamente la Universidad del Valle-CEDETES, la Universidad de Caldas y la Universidad de Antioquia por intermedio de la Facultad Nacional de Salud Pública.

Pero es importante resaltar que en Colombia están perfectamente definidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los papeles de cada uno de los estamentos en salud pública. El papel del Ministerio de la Protección Social, como ente rector, define políticas y prioridades en salud pública y articula el sistema general de seguridad social en salud en función de la salud pública, como articulador del financiamiento, los planes de beneficio y las prioridades, y es quien define los lineamientos técnicos para los aseguradores, los prestadores para la intervención de las enfermedades de impacto en salud pública, la definición de competencias de los actores, la dirección del sistema de información, la evaluación del impacto de las intervenciones y la responsabilidad de la seguridad en salud del país, dado que la salud pública es considerada un problema de seguridad nacional.

Los Departamentos tienen definido su propio papel como gestores de la prestación de servicios de mediana y alta complejidad para la población pobre no asegurada, el fortalecimiento de la red de prestadores —que significa también la regulación y la planificación de las capacidades resolutivas— y de los planes de inversión, etc. Se ocupan también de garantizar la implantación del sistema obligatorio de garantía de calidad, la asistencia técnica para los niveles locales de sus jurisdicciones, la inspección, vigilancia y control de los municipios en la utilización y gestión de los recursos del sistema general de participaciones, la adecuación de políticas para los ámbitos departamentales de las políticas nacionales o aquellas que les competen como parte de la misión de las gobernaciones, la prestación de servicios de laboratorios de salud pública, la garantía del sistema integral de información, la dirección de los sistemas de vigilancia de salud pública, la formulación del PAB (Plan de Atención Básica) departamental y el desarrollo articulado de todos los actores para el cumplimiento de las políticas en salud pública y específicas que se definan.

Los niveles municipales también tienen defini-

das sus funciones en la salud pública, en la dirección y planificación del sector en el ámbito municipal; la administración del fondo local de salud y la subcuenta de salud pública; la gestión del acceso a la prestación de servicios de primer nivel para la población pobre no asegurada —si está descentralizado—; el establecimiento de la situación de salud en su espacio población; la formulación, ejecución, y evaluación del PAB municipal; la promoción de la participación social y de los ciudadanos; la promoción de la coordinación e integración funcional de los diferentes actores para la ejecución de sus planes de desarrollo; la inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo ambiental que afectan a la salud humana; la garantía de la afiliación y del aseguramiento de la población pobre al régimen subsidiado y la promoción de la afiliación al régimen contributivo, y finalmente, la financiación y cofinanciación de la afiliación al régimen subsidiado y la aplicación del Sisben (Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales).

Estas son funciones muy claramente definidas, que como ustedes ven, incluyen una asignación del marco de las funciones esenciales de salud pública en los ámbitos territoriales y locales y, por supuesto, también las aseguradoras tienen en el sistema un papel en la salud pública, a través de la afiliación de la población y la garantía de la prestación de servicios, la prestación del plan de beneficios del régimen contributivo y subsidiado, el afianzamiento de la calidad de la prestación de los servicios y de la implantación y seguimiento del sistema integral de garantía de calidad, el diagnóstico de riesgo de la población afiliada, el cumplimiento de la gestión de acciones de detección temprana, protección específica y atención a las enfermedades de interés en salud pública, y la articulación con entidades territoriales para prestación de los servicios del POS subsidiado.

Fortalecimiento de la gestión en salud pública

En ese panorama es necesario preguntarnos ¿en qué momento nos encontramos en relación con los momentos conceptual, metodológico y de acción-respuestas de las funciones esenciales de la salud pública que expuso el doctor Feo? Ya en algunos departamentos y en el ámbito nacional estamos en el momento de la acción y de respuesta, porque ya se realizó la difusión, la diseminación de los conceptos y la evaluación del desempeño de las funciones esenciales.

En el ámbito nacional se han definido algunos retos de la gestión en salud pública, que incluyen el esfuerzo porque la salud pública sea un elemento tangible, la definición de logros en salud pública para dos, cinco, siete, diez años, la transformación de las condiciones de salud de la población, el logro de la utilización real y eficiente de los recursos de salud pública existentes por los ámbitos de competencia normativos definidos, la generación de procesos, procedimientos y tecnologías de instrumentos para gestionar la salud pública a escala territorial, la implantación de sistemas de vigilancia en salud pública integral, un sistema integral de evaluación y el fortalecimiento de la función de rectoría del Ministerio de la Protección Social en materia de salud pública. Para ello, las primeras discusiones sobre la incorporación de elementos prioritarios para el fortalecimiento de la salud pública en los departamentos mencionados, que han avanzado en esta evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, han arrojado las siguientes prioridades para el fortalecimiento de la salud pública en Colombia: la necesidad de privilegiar la conceptualización y el empoderamiento del nuevo enfoque de salud pública entre todos los actores del sistema, la formulación de políticas públicas en los niveles territoriales descentralizados, la colaboración y compromiso intersectorial para el fortalecimiento de la promoción de la salud y la inclusión de las funciones de salud pública en los planes de desarrollo municipal, departamental y nacional.

Las prioridades para el fortalecimiento de la salud pública en el ámbito subnacional, es decir, a escala departamental, distrital y local, fue enfocado hacia el desarrollo de la capacidad institucional de planeación, gestión, construcción de alianzas de intersectorialidad; el desarrollo de la capacidad de operativizar las políticas públicas y las prioridades

de salud pública, definidas en el ámbito nacional, o en el ámbito territorial; el desarrollo y la consolidación del sistema de información como herramienta en la gestión de salud pública; el fortalecimiento del ejercicio del liderazgo de la autoridad sanitaria territorial; el desarrollo de sistemas de información; el énfasis en la formación y desarrollo de recursos humanos; y la reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud o hacia los nuevos enfoques de la atención primaria.

En lo que se refiere a las estrategias para fortalecer la salud pública, se plantea la necesidad de un fuerte trabajo de defensa y conceptualización de la salud pública en el nivel normativo nacional, y en los niveles decisorios en política, incluyendo acciones para empoderar la salud pública con la administración de las aseguradoras públicas y privadas; el acompañamiento en la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento de la salud publica evitando que se conviertan en trabajo de técnicos y manteniendo el compromiso de directivos y del nivel político, asumiendo plenamente que la salud pública no es responsabilidad exclusiva del sector de salud, sino que es responsabilidad social; y finalmente la articulación con las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, en ciencias sociales y de investigación en salud pública, sobre la conceptualización de esta, la investigación sobre las funciones esenciales de la salud pública, así como las implicaciones de su operación, debido a la falta de referente y de apropiación.

Para terminar, el desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública, de la gestión en salud pública, y por lo tanto de la atención a la salud de la población, como elementos del cumplimiento de los fines sociales del sistema de salud, del mejoramiento de la salud colectiva, de la respuesta a las demandas y a las necesidades sociales de salud y de la satisfacción social del sistema, se van a conseguir principalmente a través de salubristas, funcionarios, docentes e investigadores comprometidos y poseedores de las competencias necesarias. Por lo tanto, el mejoramiento de la calidad de educación, el fortalecimiento de la investigación, el desarrollo, en general, de los recursos humanos en salud pública, son elementos centrales para convertir esta relación entre las funciones esenciales de la salud pública —la educación, investigación y atención— en un círculo virtuoso.

Muchas gracias.