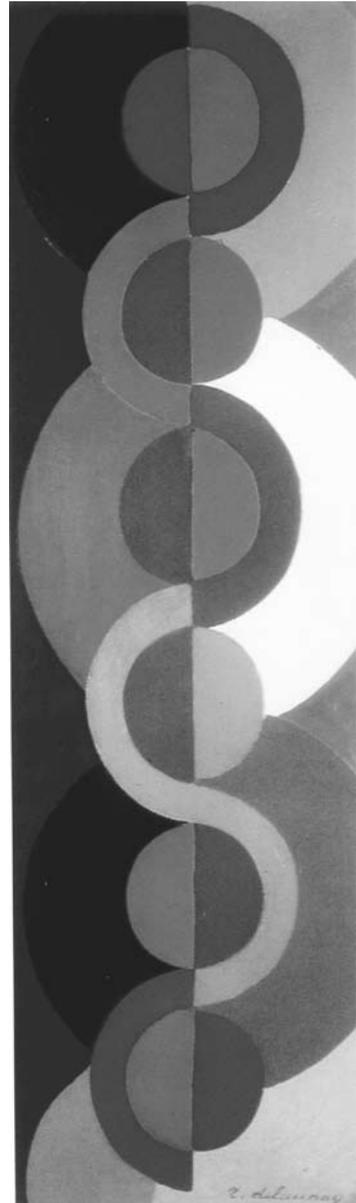

ESPACIO ABIERTO

Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano

Álvaro Franco-Giraldo

Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría

Mérida Rosa Rodríguez-López



Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano*

Theoretical Reference for the Analysis of Health System Reform in Colombia

Arcabouço teórico para a análise da reforma do sistema de saúde na Colômbia

Fecha de recepción: 30-11-11 Fecha de aceptación: 27-04-12

1657-7027(201206)11:22<28:RTASSC>2.0.TX;2-7

Álvaro Franco-Giraldo**

* Revisión crítica de un tema.

** Médico, doctor en Salud Pública, profesor titular de la Universidad de Antioquia-Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia, Universidad de Antioquia, Calle 62, No. 52-59, Oficina 303. Correo electrónico: alvarofrancogiraldo@hotmail.com, afranco@guajiros.udea.edu.co



Resumen

El propósito de la revisión temática fue definir unos ejes temáticos para interpretar la reforma en salud y orientar un nuevo modelo del sistema. El método utilizado fue la revisión documental sobre las teorías de políticas públicas, los referentes para el análisis, los cuasimercados en salud, las redes integradas de servicios de salud (RISS) y la atención primaria en salud (APS). Se contrastó la lógica de la salud pública (colectivo-ciudadano) y la lógica microeconómica (individuo-consumidor). Se analizó la reforma colombiana (leyes 100 de 1993 y 1438 de 2001), basadas en teorías del *policy choice*, enfoques clásicos del ciclo de las políticas y teoría neoclásica; la reforma estructural basada en el derecho a la salud, en la equidad y en teorías de políticas públicas (enfoque crítico y enfoque constructivista). Se concluye la necesidad de continuar el debate ideológico por la reforma estructural del sistema de salud; asimismo, continuar con los desarrollos técnicos, instrumentales y de estrategias para implementar las RISS y la APS, con el propósito de afianzar los sistemas integrados de salud.

Palabras clave autor: sistema de salud, políticas públicas, reforma, Latinoamérica, teoría política.

Palabras clave descriptor: Sistemas de salud, políticas públicas de salud, reforma de la atención de salud - Colombia.

Abstract

The purpose of this topic review was to define themes for interpreting the health reform and guide a new model system. The method was a literature review on theories of public policy, relating to the analysis, quasi-markets in health and Integrated Networks of Health Services (INHS) and Primary Health Care (PHC). It contrasts the logic of public health (collective-citizen) and micro economic logic (individual-consumer). It analyzed the Colombian reform (law 100/93 and 1438/2001), based on theories of policy choice, classical approaches cycle policies and neoclassical theory, the structural reform based on the right to health, equity and theories of public policy (critical and constructivist approach). It concludes a need to continue the ideological debate on structural reform of the health system. Similarly, continue with technical developments, instrumental and implement strategies for integrated networks of health services and primary health care, to strengthen integrated health systems.

Keywords author: health system, public policy, reform, Latin America, political theory.

Keywords plus: Health systems, Health public policy, Health care reform – Colombia

Resumo

O propósito da revisão temática foi uma definição de eixos temáticos para interpretar a reforma da saúde e orientar novo modelo do sistema. O método utilizado foi o de uma revisão da literatura sobre teorias de política pública, referentes para a análise, quase-mercados em saúde, redes integradas de serviços de saúde (RISS) e Atenção Primária à Saúde (APS). Comparou-se a lógica da saúde pública (coletivo-cidadão) e a lógica micro-econômica (individuo-consumidor). Analisou-se a reforma colombiana (lei 100 de 1993 e 1438 de 2001), baseada em teorias de *policy choice*, enfoque clássico do ciclo das políticas e teoria neoclássica, a reforma estrutural com base no direito à saúde, equidade e teorias de política pública (enfoque crítico e constructivista). Conclue-se a necessidade de continuar o debate ideológico sobre a reforma estrutural do sistema de saúde, assim como os desenvolvimentos técnicos, instrumentais e das estratégias para implementar as RISS e APS, a fim de fortalecer os sistemas de saúde integrados.

Palavras chave autor: disistema de saúde, políticas públicas, reforma, Latino América, teoria política.

Palavras chave descritor: Sistemas de saúde, políticas públicas de saúde, Reforma da saúde - Colômbia.

Introducción

Los dos hechos más recientes que generaron desconcierto y evidenciaron la crisis del sistema general de seguridad social en salud colombiano (SGSSS) fueron, sin duda, la Sentencia de la Corte Constitucional T - 760 de 2008 y la declaratoria de emergencia social de 2009 (1, 2). La primera hace énfasis en la actualización y unificación de planes de beneficios y establece unas directrices para el Gobierno sobre cuáles serían las acciones que se deberían implementar para dar cumplimiento a la igualación del POS; pero, fundamentalmente, invoca y sienta doctrina sobre la protección del derecho a la salud, demanda acciones seguras para el acceso a servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y acusa al ente estatal cuando afirma, de manera categórica, que “El Estado desprotege el derecho a la salud cuando permite que existan vacíos o lagunas en la regulación, que se constituyan en barreras de acceso a los servicios de salud” (3).

El debate desatado por la Sentencia T- 760 de 2008 no puede quedarse sin resolver; tampoco los temas relacionados con la fallida Emergencia Social de 2009 ni las razones que llevaron a la crisis tras dicha emergencia, debido a la alianza perversa entre los emporios económicos, sectores del Gobierno y algunos actores del SGSSS. Estas tres situaciones confluyeron en ese gasto exorbitante de servicios de salud que se denominó el “No POS”, favoreciendo los intereses económicos de las empresas (compañías farmacéuticas y aseguradoras). El propio Gobierno, dada la gravedad de estas anomalías, intentó formalizar en los decretos de Emergencia Social lo que llamó “prestaciones excepcionales de salud”. Dichos decretos y la emergencia misma fueron finalmente declarados inexequibles por la Corte Constitucional. Muy a pesar del contubernio gobierno y empresas, los sectores sociales y actores del sistema estuvieron

de acuerdo en que era necesario hacer una reforma del sistema de salud colombiano, lo cual se intentó con la ley 1438 de 2008; pero está pendiente el debate ideológico de la reforma y poner sobre la mesa sus referentes conceptuales, porque ha sido una constante del enfoque neoliberal ocultar la ideología y las posiciones teóricas, aduciendo que son innecesarias y superfluas, precisamente para poder implementar su propio ideologismo.

Siendo esta una de las piezas más importantes del rompecabezas de la reforma, el debate ideológico acerca de las posturas de esta política pública, incluidas las que se esconden tras la Ley 1438 de 2011, que supuestamente llegó a llenar este vacío con una visión diferente sobre el sistema de salud, está aún pendiente. Adicionalmente, habría que apoyar ese debate ideológico con propuestas técnicas y herramientas instrumentales para el cambio y la transformación social. Aún no se precisa el derecho a la salud y el logro de la equidad como eje conductor de un proceso de reforma, y debe responderse a la pregunta sobre cómo se hace esto, así como otras más; por ejemplo: ¿cuál es la asignación de recursos que garantiza la universalidad del derecho a la salud, con criterios de integridad y plenitud del servicio?

Este artículo se interesa, por consiguiente, en definir unos ejes temáticos que permitan analizar e interpretar la reforma, que sirvan de este modo para orientar la formulación de la política y el diseño de un nuevo modelo de sistema de salud. Además, se pretende dar luces teóricas para lo que sería una reforma estructural para la salud; una reforma estructural dilatada por décadas, de la que solo anuncia que debe ser total e integral, pero aún no se define cómo jerarquizar esos cambios, cuál es la orientación más adecuada, cuáles sus puntos nodales o en cuales áreas hacer énfasis, entre muchos otros interrogantes que solo se podrían responder siguiendo



un enfoque teórico o una corriente filosófica de teoría política que interprete de la mejor manera una determinada realidad y unas condiciones específicas en cada país o región para la implementación de la política.

Estas preguntas nos motivan a retomar algunos temas que ya hemos trabajado en el pasado: los modelos de salud en condiciones del mercado (4)¹ y las redes de servicios (5)². Estos asuntos que hoy son considerados por algunos analistas como novedosos para en el SGSSS, sirven en parte en este documento para dejar planteadas algunas líneas instrumentales para la reforma del sistema, luego de hacer la disquisición teórica y de hacer alguna contrastación entre la lógica de la salud pública y la lógica económica, aplicadas a los servicios de salud.

Bases teóricas

Las reformas y las diversas configuraciones que tenemos de los sistemas de salud más que técnico científicas obedecen a la ideología y a las ideas políticas que se discuten en el seno de la sociedad. En el desarrollo del sistema de salud se sobrepone las creencias políticas, las ideologías, las prácticas. Según algunos autores (6), la reforma en salud es una etapa de concentración en algún problema, o conjunto de problemas específicos con intensidad de recursos, acciones e idealmente de resultados visibles. Se esperaría de las reformas fueran sustentadas en cambios graduales y progresivos, incrementales, dadas sus dificultades, siempre en relación con el entorno político, económico y epidemiológico; al respecto Walt (7) anota que una reforma sólo se reconoce mediante un ejercicio *ex post* más

que uno *ex ante*, y va contra aquellos intentos por hacer “una revolución”, o trabajar en la “gran reforma necesaria e impostergable”, que siempre traen los afanes reformistas de manera romántica o demagógica”.

Enfoques referentes

Para una lectura de los sistemas de salud y de las reformas se podría echar mano de algunas teorías, de las cuáles se hace énfasis en dos, tanto en este documento como en otra publicación (8), las cuales se describen más a fondo por constituir los principales referentes del debate suscitado en los últimos 18 años alrededor de las reformas en salud: las concepciones libertarias y las igualitarias; pero conviene explorar otras más.

Vega (9), quien parte de la evaluación de los programas sociales desde la perspectiva de la justicia social cimentada en la igualdad y la pluralidad, descarta las explicaciones teóricas o enfoques metodológicos universalizadores de una verdad particular, como se da en el positivismo y en el estructuralismo, siempre bajo una visión centralizada del poder, aunque no se puede negar que han servido hasta ahora para explicar e impulsar proyectos políticos y sociales en los cuales los gobiernos se han atrincherado para la implementación de las políticas públicas. Esos enfoques pueden extenderse a las políticas de salud o a la política de prestación de servicios, como sería el caso de la reforma; son enfoques y paradigmas que tienen sustento filosófico (conocimiento y valores) y un componente político.

No obstante, algunos de ellos, siguiendo a Cuba y Lincoln (10), pasan de la medición y la descripción (objetivos) hacia el constructivismo. Según los autores, se da una transición del positivismo al pragmatismo, al constructivismo y a la ciencia crítica, alejándose del método deductivo y del paradigma

1 Fue presentado por el autor en las II Jornadas Distritales de Epidemiología y en el I Congreso Nacional de Prevención y Promoción, Bogotá, octubre 25 de 2001.

2 Asesoría al Ministerio de Salud en 1994 (reglamentación de la Ley 100 de 1993).

hipotético-deductivo de la ciencia, y se pasa de una concepción positivista instrumental y reduccionista de la realidad a otra más comprensiva, pluralista y crítica (9).

Vega (9) diferencia dentro de las teorías, el positivismo, el neopositivismo y el pragmatismo, tres corrientes que se apuntan a suposiciones epistemológicas y ontológicas parecidas. Desde otra perspectiva, se refiere al interpretativismo (interpretación fenomenológica de significados y participación) que promueve el acuerdo de las personas y la transformación social; también a la teoría crítico-social, emancipadora y “orientada hacia la definición no de lo que es sino de aquello que puede y debe ser” (9: 84). La teoría crítico-social busca “... aclarar las bases históricas, estructurales y de valores de los fenómenos sociales [...] el cambio político y social para generar mayor justicia, equidad y democracia”. Esta teoría entiende la justicia y la democracia como “una distribución más equitativa del poder y los recursos de una sociedad” (10). Así mismo, Vega (9), al citar a otros autores (11), describe las teorías postmodernas y postestructuralistas basadas en el método de la deconstrucción, en la cual se destaca el postmodernismo crítico, que es materialista social e histórico, y en una dirección contraria, la tendencia postmoderna conservadora (y neoconservadora) y la tendencia lúdica, que se basan en juegos del lenguaje y en la intensificación de la diferencia, cayendo en el relativismo.

Sin embargo, estas teorías, en su mayoría son universalizadoras, totalizantes y hacen uso de la generalización objetivista o subjetivista y naturalista de la verdad, según los autores citados, con excepción del postmodernismo conservador y lúdico que tiende hacia el relativismo. Entre tanto, para el postmodernismo crítico, que no generaliza, no hay verdad esencial, trascendental, ahistórica o absoluta; solo existen verdades discursivas.

Enfoques de análisis de políticas públicas

Si seguimos a algunos tratadistas de políticas públicas, encontramos tendencias o corrientes de análisis de políticas y públicas, dentro de una amplia franja de matices del pensamiento, que pueden ser aplicadas en el caso de la reforma sectorial sanitaria y de la política en salud. Algunas de ellas se describen a continuación:

Roth (12) ve en el análisis de políticas, “el mundo teórico a disposición de todo científico social” y señala tres grandes posturas teóricas relacionadas con el Estado y las políticas públicas: las centradas en la sociedad, las centradas en el Estado y las mixtas o intermedias. En “Enfoques para el análisis de políticas públicas” Roth (13) agrega a la ya estudiada relación de las políticas públicas con el Estado y la sociedad, una nueva clasificación basada en teorías, enfoques y marcos conceptuales para explicar las políticas públicas y para la investigación, que hace uso de demostraciones, argumentos, evidencias y pruebas empíricas para comprobar y refutar. De esta manera, resume en tres enfoques el arsenal metodológico más conocido y habla de enfoques “tradicionales”, “integracionistas” e “interpretativistas”.

Parte del tradicional ciclo de las políticas, basado en métodos positivistas, empíricos y racionales de la política, con especial predilección por los datos y las variables objetivas. El segundo grupo de enfoques, los integracionistas o mixtos, aunque está limitado a las variables objetivas medibles, integra variables valorativas subjetivas que enriquecen el marco explicativo (creencias, ideas, referencias, comunidad epistémica, ideas). El tercer enfoque propuesto es más radical: considera solo los fundamentos valorativos, se basa en la argumentación y en la subjetividad del discurso.



A continuación se analizan algunas variaciones de estos enfoques:

- El *policy analysis* anglosajón es una herramienta que ofrece soluciones de ingeniería social e institucional (perspectiva *top-down* tradicional). El *policy analysis* tiene algunas características: actividad orientada hacia la resolución de problemas de enfoque multidisciplinar, normativo u orientado por valores. De ahí que Lasswell (14), al hablar de orientación política, lo llame también las “Ciencias de las políticas de la democracia, basadas en el diseño de políticas democráticas, enfocadas a la realización de “la dignidad humana”, es decir, “los derechos humanos” (fin último del Estado contemporáneo y del Estado Social de Derecho), con la pretensión de formación e ilustración para una ciudadanía más deliberante (13).
- De otro lado, el enfoque o la perspectiva de las políticas públicas “instituyente”, según Giraud y Warin, citados por Roth (13: 22), se basa en la construcción de relaciones de fuerza entre diferentes actores de intereses en la sociedad. El método es el de las políticas públicas instituidas en la definición de problemas sociales y regulación de conflictos. Este último enfoque, de perspectiva democrática radical, reintroduce la política y la exigencia democrática en el centro del proceso político y resume el “análisis de política pública” (15) como el análisis del proceso de acción pública, es entender el “Estado en acción”, o el gobierno, o mejor, “la gobernanza en acción” (13: 23).
- El *modelo secuencial* o del *ciclo de la política*: el enfoque más tradicional del que hemos hecho referencia está dado por etapas o fases (“enfoque de los libros de texto”); fue seguido por Lasswell (16) y Jones (17). Roth (13), por su parte, señala que dicho enfoque hoy se sigue por

corrientes positivistas y neopositivistas que subdividen su objeto de análisis de la política en varias etapas. Una derivación del enfoque tradicional es el *new public management*, basado en la medición de eficiencia, costo-beneficios, rendición de cuentas, etc., con una perspectiva positivista y tecnocrática, así como las perspectivas racionalistas (*project rationality*), muy conocido y aplicado a las reformas sectoriales en salud de corte neoliberal.

De los enfoques positivistas, objetivistas, cuantitativistas y mecanicistas se fue pasando a otros enfoques con criterios cualitativos y otros puntos de vista. Así, se pasa de la evaluación simple a la pluralista y múltiple, interesada en el impacto y la satisfacción de los usuarios y de los ciudadanos (18), y a los enfoques teóricos, retóricos, aquellos basados en las teorías cognitivas de las políticas públicas (19). En ese cambio de enfoque se pasa al “análisis de políticas”, más centrado en los valores, menos racionalidad científica, basándose en elementos extrarracionales, menos *top-down* (de arriba hacia abajo); basándose más en perspectivas postpositivistas y constructivistas, críticas; introduciendo el aspecto valorativo (“giro argumentativo”); reintroduciendo la importancia de la argumentación en los procesos de políticas; se basa en la participación y en la deliberación ciudadana. Estos últimos serían de especial consideración en el caso de desarrollar e implementar políticas públicas en salud, en relación con la reforma sectorial que hemos descrito como de enfoque estructural.

Enfoques aplicados en salud

Al aplicar estas teorías al campo de las reformas sanitarias y de las políticas públicas en salud, no hay duda de que gran parte del debate se concentra entre los modelos tradicionales y del *policy management*, el *policy choice* o de la elección racional, los

cuales representarían el pensamiento más oficialista y gubernamental, en concordancia con el de los organismos multilaterales, de un lado; y del otro lado estarían los enfoques constructivistas y críticos, basados en valores, sobre los cuales se construye la propuesta alternativa cuyo eje es el derecho a la salud, la equidad y los derechos sociales.

Siguiendo esta bipolaridad de las teorías y del debate de la reforma, en esta disertación, como se insinuó al principio, las corrientes filosóficas alrededor de la reforma sectorial en salud las hemos concentrado en dos: el libertarismo y el igualitarismo, sin desconocer muchas más corrientes que se aplican en salud, en los procesos de reforma sanitaria y en la formulación de políticas de salud (enfoques del libertarismo, el igualitarismo, el marxismo, etc.).

Lo cierto es que durante las dos últimas décadas, siguiendo a Granados (20), el debate ha girado en torno a dos concepciones ideológicas disímiles o enfoques: una desde la visión neoclásica liberal y otra desde la perspectiva del igualitarismo. La primera, parte de la organización y el financiamiento de las instituciones de salud y pone el énfasis en que las instituciones tienen que ser más eficientes y deben reducir el gasto en salud: *el eje es la sostenibilidad financiera*. La segunda se basa en la producción social de la salud, donde el peso de los servicios de salud es importante, pero lo más importante es el bienestar social y el acceso a beneficios del desarrollo humano: *el eje es la equidad y el derecho a la salud*.

- **El enfoque neoclásico (20):** el enfoque neoclásico, más propio de la economía, desarrolla conceptos que luego instrumenta concentrándose en unos objetivos de corte económico, supremamente racionales y taxativos: la disminución del gasto público y la distinción entre bienes

públicos y privados; valora los mecanismos de mercado buscando la eficiencia, a través de la competencia regulada de aseguradores y prestadores y terceros pagadores; pide al Estado que se concentre en los pobres y en la *regulación*; desarrolla la atención médica gerenciada; lleva al debilitamiento de la autoridad sanitaria; hace más compleja la vigilancia de la salud pública. En lo operativo recurre a mecanismos como el establecimiento de cuotas moderadoras al uso del servicio.

- **El enfoque igualitarista (20):** el enfoque igualitarista entiende la salud como un derecho social y un hecho político y se soporta en las concepciones principales de la equidad y de la justicia sanitaria, así como de la solidaridad (en el centro de la seguridad social). Ve la justicia sanitaria como un valor bueno en sí mismo y destaca el desarrollo humano como norte de la política pública. Se propone eliminar desigualdades en el estado de salud de la población. Para este modelo ideológico-político, la financiación pública es la que mejores resultados logra en relación con la igualdad y la equidad; privilegia la universalidad de coberturas y la equidad en el acceso a los beneficios.

Pero más que diferenciar las concepciones ideológicas detrás de una política o una concepción de reforma, en este caso en salud (aunque se reconoce que los modelos ideológicos son absolutamente determinantes), es importante diferenciar dos lógicas que atraviesan diferentes modelos ideológicos, políticos y gerenciales de la reforma sanitaria. Aquí las denominaremos, para nuestro análisis específico, la lógica de la salud pública y la lógica microeconómica, sin que esto sea una confrontación de disciplinas académicas o áreas de la ciencia; aunque es cierto que en la época de las reformas sectoriales en América Latina y el Caribe se ha relegado la disciplina de la salud pública, y sus métodos



y estrategias han sido remplazados por los de la economía, por los del rigor financiero y economicista. A ellos se refieren estas dos racionalidades distintas. En estrecha relación con ellos, para la investigación en salud pública es importante entender dos lógicas distintas, la del ciudadano (colectivo) y la del consumidor (individual) (21).

La primera, la racionalidad de la salud pública, desde la perspectiva de lo público, del bien común (con un alcance mayor que el bien público de la teoría neoclásica), se asimila a los bienes comunes, colectivos, al derecho social y siempre bajo la responsabilidad estatal. De ello se desprende, en teoría, que los procesos de reforma deberían disminuir el gasto en establecimientos terciarios y en su reemplazo deberían aplicar un conjunto de medidas en salud pública para hacer frente a los determinantes de la salud mediante estrategias de promoción de la salud y la prevención. Se puede resumir en una *lógica colectiva (enfoque de ciudadanía)*, base del eje analítico de la salud pública.

La segunda, desde la visión económica, parte de la perspectiva de lo que es un bien privado (la compra del servicio por un consumidor individual). Diferencia, por lo tanto, los servicios como bienes públicos y privados y toma distancia de la responsabilidad de los bienes privados, que compete al individuo proveérselos. La responsabilidad colectiva está solo en un pequeño número de bienes públicos, basados en el enfoque de las externalidades, también propio de la economía, financiando solo algunos servicios esenciales. Se trata de una *lógica individual (enfoque del consumidor)*, para la que únicamente vendrían bien los mercados (hablamos de cuasimercados en salud).

En ese sentido, la Ley 100 de 1993 trajo una profunda transformación en los servicios de salud en Colombia, pero antes implicó un

profundo cambio en las relaciones Estado-sociedad; inclusive en la concepción de justicia en torno a las justicia distributiva. “El sistema promueve la transformación de los ciudadanos en consumidores, quienes se comportan como individuos aislados...” (21).

- **Eje analítico del enfoque de mercado:** parece irse dando un consenso en que “el sector privado se ha desarrollado sin adecuados mecanismos de regulación que permitan reducir el impacto negativo de las imperfecciones de mercado, particularmente asociadas a los problemas de información” (22). Es el caso de la salud, donde siempre habrá que considerar que se trata de mercados imperfectos. El auge del mercado en salud se deriva del desarrollo de diversas formas de contrato entre los diferentes segmentos del sistema de salud; a partir del aumento de la demanda y el uso de contratos y se fortalece el sector privado que contrata con el público y con el de la seguridad social clásico. Este modelo, que se constituye así de manera transicional, se corresponde con el esquema del Banco Interamericano de Desarrollo denominado “sistema intensivo en el uso de contratos” (23), aunque también se dan diversas modalidades como se puede ver más adelante en este artículo.

Eje analítico de la salud pública

- Se basa en el bienestar y la relación salud-vida, en la satisfacción de la necesidad, en la garantía de realización de potencialidades y en el acceso a oportunidades y recursos económicos y tecnológicos. Más allá del debate jurídico de la salud como derecho fundamental o conexo de la dignidad humana y de la persona como fin en sí mismo, es insostenible sin un mínimo de salud (de condiciones salubres y de oferta de servicios). De ahí que se hable

de tres niveles de actuación y aplicación (21): las condiciones de salubridad y de los servicios de salud (de responsabilidad estatal); la garantía de derechos (eficacia y oportunidad), no solo el derecho a la salud, sino también los derechos sociales en general; y el acceso, la opción de hacer uso de los servicios (derecho a la atención en salud).

Esa lógica de la salud pública tiene unas preocupaciones bastante diferentes de las del mercado, tales como la existencia de una política sanitaria, la *rectoría sanitaria* articulada a la vigilancia y a la regulación sanitaria sobre aquellas áreas propias de la salud pública, siendo que esta no es solo el recorrido por las llamadas “externalidades” como campo restringido a la acción colectiva (promoción y prevención) al cual se redujo la salud pública como política en la reforma sectorial sanitaria.

Adicionalmente, conviene comparar con otras iniciativas internacionales que apuntan también hacia esa lógica de la salud pública. Una ley de salud pública debería enfocarse en temas de más largo aliento, como nos lo señala el modelo español y las propuestas de reforma que se mueven allí en el Parlamento y en la Cámara de los Diputados (24): luchar contra las desigualdades en salud; garantizar los derechos y deberes, individuales y colectivos, de los ciudadanos; prestaciones de salud pública; promoción y prevención; promover la salud; prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad; La finalidad última es “alcanzar y mantener el máximo nivel de salud”, la salud como efecto de otras políticas; la adecuada coordinación entre el sector salud y otros sectores; disminuir las desigualdades injustas en salud, sean territoriales, sociales, culturales o de género; los instrumentos necesarios para la correcta planificación y coordinación; garantizar la independencia y la transparencia de sus actuaciones en

salud pública. Los sistemas de información y de vigilancia de la salud pública desde una perspectiva integral que recoja todos los condicionantes de la salud.

Alternativas instrumentales

Si la idea ha sido, por fin, pasados 18 años, introducir algunos mecanismos y principios de la salud pública que se puedan instrumentar en una reforma, será necesario hacia adelante ahondar más en este tema. En los esquemas se presentan los principios mínimos sobre los cuales puede fundarse un sistema de salud basado en la salud pública (esquema 1, anexo 1) y la forma de articulación de este modelo, así como las formas organizacionales y diseño instrumental (esquema 2, anexo 1).

Respecto al esquema 1, hoy no pueden leerse los sistemas de salud por fuera del derecho a la salud y la equidad, como ya se menciona atrás. La noción de equidad va más allá de lo que se entiende por salud y acceso a servicios de salud; trasciende el estado de salud. *Equidad*: en salud, pretende la posibilidad de una vida sana para todos. Es multidimensional e integral e incluye aspectos diferentes y complementarios al de la igualdad en la atención sanitaria; integrar equidad general y justicia social (25); es mucho más que la igualación de la salud en un nivel precario De acuerdo con Amartya Sen, Vicente Navarro y Norman Daniels, seguidos por Yepes en su conferencia (26), este concepto de equidad en salud hace parte de la justicia social en general, además de su importancia para la vida y las libertades humanas. Para hablar de acceso equitativo a la salud, así como a otros bienes y servicios cuyo consumo tiene efectos sobre la salud, es imperioso el cumplimiento de otra serie de derechos inherentes a cada cultura, que marcan la diferencia, con implicaciones en la definición operativa de los sistemas



de salud, entendiendo que el acceso por sí solo no garantiza la equidad en salud. Debe aplicarse el principio de universalización, que plantea la búsqueda “del bien de todos y cada uno, por igual” (27), más allá de la maximización de los recursos sanitarios en programas sanitarios, es decir, no basta con otorgar “el mayor bien al mayor número de personas”, porque se pueden generar desigualdades e inequidades. En consecuencia, es necesario establecer políticas públicas para que los grupos más castigados socialmente puedan ser incluidos en la política social, lo cual solo se logra removiendo fuerzas sociales e históricas que los ponen en desventaja.

Siguiendo el esquema 2 y de acuerdo con lo expuesto y las expectativas generadas, dos temas aparecen como renovadores en la Ley 1438 de 2011 y en la nueva propuesta: son ellos *las redes integradas de servicios de salud* y *la estrategia de atención primaria en salud*. Se incluyen aquí algunos elementos teóricos ya discutidos en otros textos (5, 28), elementos que se amplían con un concepto mucho más integrador, recomendado para una propuesta de reforma estructural del sistema de salud; este es el de los sistemas integrales de salud.

Aplicación de redes integradas

Algunos procedimientos discutidos por Franco (5) para el diseño de *redes integradas de servicios de salud* han sido: establecer los procesos vinculadores de las actividades y procedimientos de la red que favorezcan la integralidad del sistema de seguridad social en salud; contemplar en su desarrollo *definiciones espaciales* de la red, *diferenciación de los nodos* y *determinación de roles*; brindar pautas para la gestión de la red de servicios dentro de *una economía de mercado* que se apoye en el *sistema descentralizado de servicios de salud*; facilitar mecanismos para la *regulación, vigilancia y control* de los

procesos de atención en red dentro del actual sistema de seguridad social, basado en la libre competencia de los proveedores y la libre escogencia por los usuarios; contribuir a optimizar la capacidad resolutoria de la red y del sistema de seguridad social en salud maximizando el potencial de respuesta de las entidades promotoras de salud (EPS) y de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

El autor en mención propone, así mismo, algunos *elementos articuladores*, basados en algunos organismos importantes para la interconexión; son ellos: el sistema de referencia y contrarreferencia, las EPS³, los niveles administrativos y las instancias de regulación y competencia territorial de la red. Sobre *la regulación* plantea que esta se debe dar a través de los nodos de la red y sus resortes funcionales. En tal sentido, cumplen importante papel los consejos nacional y territoriales de seguridad social, las EPS, las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado EPSs, la Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones locales. *La contratación*, que hoy surge como un mecanismo importante para la articulación de la red, estará a cargo de las EPS y las direcciones territoriales. La contratación también se da entre EPS y las empresas sociales del Estado (ESE) o las IPS, y aun con profesionales independientes que harían parte de la red. El nuevo esquema, además, amerita unos mecanismos de seguimiento, vigilancia y control que además de dar cumplimiento a su misión específica, facilitarían la configuración de los vectores de la red de servicios.

3 Se propusieron en 1994 en la asesoría que el autor realizó al Ministerio de Salud, pero hoy la evaluación diría que las EPS son un obstáculo para el desarrollo de la red de servicios y para la integralidad del sistema.

Aplicación de la Atención Primaria en Salud

En “Atención Primaria en Salud: ¿de regreso al pasado?”, Franco (28) hace una crítica a la renovación de la estrategia de atención primaria, sin desconocer las bondades de aplicar algunos procedimientos inherentes a ella en la coyuntura actual del sistema de salud colombiano.

Algunos elementos de *renovación de la estrategia de APS*, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (29) son: la reorientación de los servicios de salud; los sistemas de salud basados en la promoción de la salud; garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las personas, intersectorialidad y participación; complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social; introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de información-planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

Las cuatro *áreas de la política* (30), siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), para reducir las inequidades sanitarias son: cobertura universal, situar al individuo en el centro de la prestación de servicios, integrar la salud en las políticas públicas de todos los sectores y liderazgo integrador en pro de la salud. Sus *elementos esenciales* son: sostenibilidad, responsabilidad y rendición de cuentas; orientación hacia la calidad; respuesta a necesidades de salud de la población; atención integral, integrada y continua; políticas y programas por la equidad.

que se han dado desde Alma Ata y su renovación no está exenta de lo mismo, pero como lo plantean algunos colegas argentinos (31), “es necesario analizar a fondo cuáles fueron las causas de su distorsión en muchos lugares, tal como lo señaló el Dr. H. Mahler, ex-director de la OMS e ideólogo de la APS, cuando expresó su frustración por el incumplimiento de sus postulados”.

Los sistemas integrados de salud

Sin embargo, ante la pregunta por las oportunidades que se generan en la Ley 1438 (32), en términos organizacionales de los servicios, habría que ir más allá de lo que esta nueva ley recoge y de lo expuesto anteriormente: debe avanzarse en la constitución de los *sistemas integrados de salud*. Con ello se trata de salirle al paso a la tan mencionada fragmentación que nos dejaron las reformas de los años noventa, en Colombia específicamente la implementación de la Ley 100 de 1993. Al respecto, la OMS/OPS expone algunas razones que se definen como “causales de la fragmentación” actual (33): la segmentación del sistema de salud y la descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención, entre otros.

La idea de la integración es de vieja data, pero se ha mantenido en la retórica porque una cosa piensan los técnicos de la salud pública que la definen y otra muy distinta se ha hecho a través de la política pública, dando mayores posibilidades a la desintegración propiciada por el mercado, aunque no han faltado buenas intenciones. En el artículo VII de la Declaración de Alma-Ata se sostenía que la APS “debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de sistemas de referencia...” hasta el año 2005, con la renovación de la APS en las Américas. Hoy termina siendo obligatorio integrar los sistemas de salud mediante redes de servicios de salud basadas en la atención primaria



que garanticen la cobertura universal y la gratuidad en la prestación.

Los sistemas integrados de servicios de salud (SISS) se entienden, según la OMS, aprovechando la definición más ampliamente usada, de autoría de Shortell, profesor de la Universidad de Northwestern en los Estados Unidos (33). De acuerdo con dicha definición, estos sistemas son: “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. En respuesta, la OMS ha propuesto la siguiente definición: “La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que los personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”.

No hay duda de que el concepto de SISS es más amplio que el de redes de redes de servicios. La prestación de servicios de salud puede organizarse jerárquicamente desde el autocuidado personal hasta el nivel de sistema, pasando entremedio por los niveles de proveedor individual, equipo de salud, departamento/servicio, establecimiento de salud individual y red de servicios (33). De otro lado, el concepto de sistema permite incluir otros atributos ampliamente discutidos en la literatura sobre salud pública y renovados más recientemente, como gobernanza, financiamiento y mecanismos de pago, los cuales, como veremos, son esenciales para la conformación de sistemas integrados. El concepto de red de servicios, por el contrario, se restringe más bien a la función de prestación propiamente tal, a la atención médica en la mayoría de los casos, siendo este uno de los peligros que nos deja la reforma de la Ley 1438 de 2011 (32), sin darle posibilidades

efectivas a los atributos más “sistémicos” mencionados anteriormente.

La complementación sistémica de las redes de servicios debe darse en varios momentos y niveles, pero dos mecanismos articuladores son insustituibles: 1) el *sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros del SISS* y 2) la acción intersectorial, descrita en varios acápite de este texto (33).

Conclusión

De acuerdo con Breilh (34), puede concluirse que los temas en salud pública deben referirse a una teoría de la necesidad; a los derechos humanos relacionados; a las diversas formas de interpretar la calidad de vida y sus determinantes; a los preceptos y mecanismos de la seguridad humana; a cuestiones étnicas, raciales, de género y sociales de inequidad y poder que deben estar en el corazón de una reforma del sistema de salud.

Se debe insistir en el debate ideológico esbozado acerca de la reforma estructural del sistema de salud colombiano. Es necesario acompañar ese gran debate con propuestas técnicas y herramientas instrumentales para el cambio y la transformación social, armados de las teorías más actuales sobre la salud pública, el derecho a la salud y la equidad, así como de teorías de la economía política que les permitan a los tomadores de decisiones incidir en una asignación de recursos que garantice la universalidad del derecho a la salud, con criterios de integralidad y plenitud del servicio.

Las concepciones ideológicas y políticas discutidas en este artículo nos muestran otra dimensión para el análisis y son responsables de las grandes contradicciones y disímiles abordajes epistémicos de la salud-enfermedad, a veces antagónicas, pero con

un potencial de transformación y cambio también importante. Su discusión, sin duda nos ayudarán a concretar aún más el problema de las teorías y modelos en salud pública, argumentando finalmente a favor de aquellos modelos que propenden por abordajes más estructurales, integrales y basados en concepciones políticas e ideológicas explícitas que relacionan la teoría con la praxis, que parten de enfoques macro y estructurales de las ciencias, la filosofía y la política y que garanticen a la acción humana la verdadera transformación social.

Los sistemas de salud se inscriben en marcos controversiales, tanto desde la perspectiva ideológica como desde la metodológica y su concepción basada en la praxis (ético-política), lo cual presupone varios enfoques y distintas configuraciones, algunos de ellos en franca contradicción, defendiendo posiciones disímiles teórico-prácticas de la salud pública que parten de concepciones filosóficas distintas y variadas, como se anota atrás. Es necesario aprovechar estrategias ya probadas y posibles como las redes integradas de servicios de salud o los desarrollos de la estrategia de Atención Primaria en Salud y, de manera más completa, el enfoque de los SIS.

Referencias bibliográficas

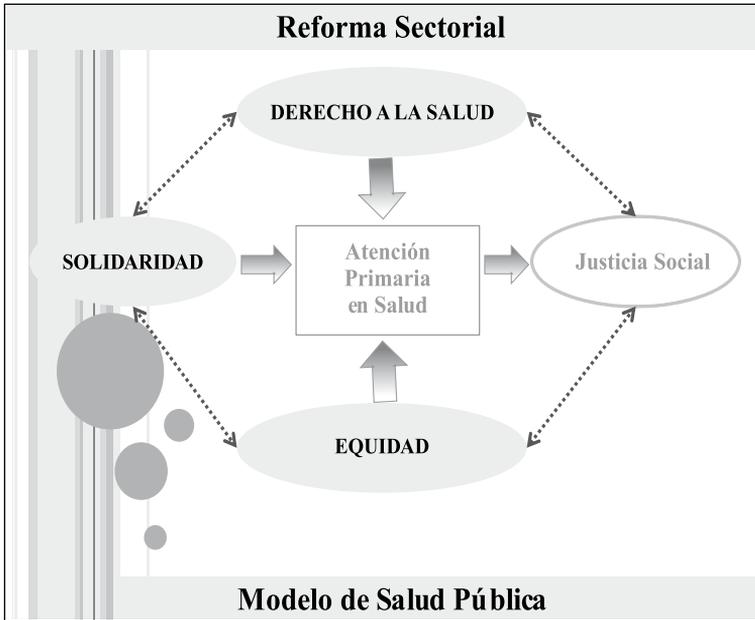
1. Franco A. Otra vez a reformar: ¿y la academia qué? Periódico El Pulso. 11 (141), junio de 2010. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/1006jun/index.htm>
2. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto número 4975 de 2009, por el cual se declara el estado de emergencia social. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009.
3. República de Colombia, Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. Sentencia No. T-760, 2008.
4. Franco-Giraldo A. Modelos de salud en condiciones de mercado. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública [en prensa].
5. Franco-Giraldo A. Diseño del Sistema de Seguridad Social en Salud, a partir de la Red de Servicios. Revista Nuevos Tiempos Cohan/ OPS (Medellín). 1998; 5 (1): 24-35.
6. Jiménez JJ. Política y organizaciones de salud en Chile. Reflexiones históricas. ARS Médica. Revista de Estudios Médicos y Humanitarios (Universidad Católica de Chile) 2001; 5 (5) [versión electrónica]. Consulta realizada el 10 de marzo de 2011 en <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica5/PoliticaOrganizaciones.html>
7. Walt G. Health policy, An Introduction to Process and Power. Londres: Zed Books; 1994.
8. Franco-Giraldo A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano, 2011. Revista Salud Pública (Bogotá). 2012.
9. Vega R. Igualdad y diversidad. Un enfoque crítico de la justicia social en la salud. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2010, pp. 71-90.
10. Guba E, Lincoln Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park California, Estados Unidos: Sage; 1989, pp. 7-20. Disponible en: http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=k_zxEUst46UC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Guba+E.,+Lincoln+Ys.+Fourth+generation+evaluation.&ots=_Y5askgQEW&sig=eGq67wC6irLgX2fwAeyx7e9V79Y#v=onepage&q&f=false [consulta realizado el 25 de abril de 2012].
11. Green JC. Qualitative program evaluation. Practice and promise. En: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, Estados Unidos: Sage Publications; 1994, p. 533.
12. Roth AN. Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora; 2002, pp. 29-40.
13. Roth AN. Las políticas públicas y sus principales enfoques analíticas. En Roth AN, editor. Enfoques para el análisis de las políticas públicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010, pp. 17-67.
14. Dunn WN. Public Policy Analysis: An Introduction. Englewood Cliffs, N Y: Prentice-Hall; 1981.
15. Roth AN. Las políticas públicas y sus principales enfoques analíticas. En Roth AN, editor. Enfoques para el análisis de las políticas públicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010, pp. 17-67.
16. Jones CO. An introduction to the study of public policy. Belmont: Wadsworth; 1970.
17. Calderón VA. La perspectiva de H. D. Lasswell (1902-1978) para el análisis de las políticas públicas. En: Enfoques para el análisis de las políticas públicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010, pp. 67-96.



18. Cuba EG. *The paradigm dialog*. Londres: Sage; 1990.
19. Cano LF. El enfoque retórico del análisis de las políticas públicas. En: Roth AN, editor. *Enfoques para el análisis de las políticas públicas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010, pp. 214-229.
20. Granados R. *Sistemas de Salud*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 1998.
21. De Correa Lugo V. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. En: De Correa Lugo V, Hernández M, Paredes N. *La salud está grave*. Santafé de Bogotá: Provea; 2000, pp. 191-308.
22. Medici A. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez H, Zuleta G. *La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington: BID, Centro de Estudios, Salud y Futuro; 2000, p. 10.
23. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). *Proceso económico y social en América Latina. Informe 1996. ¿Cómo organizar con éxito los servicios sociales?* Washington, D.C.: BID; 1996.
24. Laswell HD. *The decision process: seven categories of functional analysis*. College Park, University of Maryland; 1956.
25. Garay LJ. *Colombia: Diálogo pendiente*. Bogotá: Planeta Paz. 2005. p.p. 123.
26. Yepes F. La noción de equidad. Ponencia en el "Primer Congreso Internacional de Sistemas de Salud ¿Hacia un nuevo sistema de salud en Colombia?" la Pontificia Universidad Javeriana, 24 -26 de noviembre de 2010. Bogotá: PUJ, Auditorio Félix Restrepo.
27. Guzmán MP. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009; 25 (1): 84-92.
28. Franco-Giraldo A. Atención Primaria en Salud: ¿de regreso al pasado? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2012 junio; (2) [en prensa].
29. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/ jul/05*. Washington DC: OPS/OMS; 2005.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS; 2008.
31. Devani C, Ferrero H, Llorens B, Vallone F. *Atención primaria de la salud Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
32. República de Colombia, Gobierno Nacional, Senado de la República. *Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, 19 de enero de 2011.
33. OMS/OPS. *Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, DC: OMS/OPS; 2008.
34. Breilh J. *Nuevos paradigmas en salud pública*. En: Programa de Naciones Unidas para el Ambiente, OPS, Reunión internacional. "Un enfoque de ecosistemas para la salud humana: enfermedades trasmisibles y emergentes", Río de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Pública Fiocruz, 1999.

Anexo 1

Esquema 1. Principios de un modelo de salud pública



Fuente: elaboración propia

Esquema 2. Estrategias para la reforma de un sistema de salud



Fuente: elaboración propia

