

POLÍTICAS DE LA SALUD COLOMBIANA EN LOS MODELOS DE DESARROLLO

Edilma M. Suárez C.*

Introducción

Chantal Mouffe en su texto “El retorno de la política”, diferencia lo político de la política. Define lo político, como la dimensión de antagonismo y de hostilidad que existe en las relaciones humanas y la política, aquella que establece un orden y organiza la existencia humana en condiciones que son siempre conflictivas. En este terreno se moviliza la política de salud en conflicto, entre la garantía del derecho a la salud en el marco de los derechos humanos y de los derechos sociales, económicos y culturales, con la mercantilización y la reducción de las funciones del Estado para quien los intereses privados parecen ser el único interlocutor.

Para comprender la política de salud en los modelos de desarrollo, es necesario ubicarla dentro de la política social. Para Montoro, la política social es “la intervención pública dirigida al objetivo del bienestar colectivo e individual e incluye seguridad, educación, salud y vivienda” (1) y José Antonio Ocampo, Secretario General de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), dice que “conforma el conjunto de objetivos, normas, sistemas y entidades por medio de las cuales la so-

* Enfermera, Mg. Administración en Salud y Mg. Estudios Políticos. Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana.

ciudad se compromete a garantizar los derechos sociales, económicos y culturales” (2). Estos conceptos, no sólo ubican la política de salud dentro de la política social, sino que permiten comprender la relación, entre la garantía del derecho a la salud de la población, con el acceso a otro tipo de bienes y servicios que son responsabilidad del Estado.

En Colombia, la política social ha tenido dos enfoques que corresponden a cada uno de los dos modelos de desarrollo que ha tenido el país. El modelo de desarrollo cepalino, se caracterizó por proteger la industria nacional, crear la clase media, mejorar la educación y realizar cambios imperceptibles en los patrones de desigualdad. El modelo neoliberal, eliminó la protección a la industria nacional, abrió las puertas al libre mercado, promovió “la disciplina fiscal, recortes al gasto público, reforma tributaria, liberalización financiera y del comercio, un tipo de cambio competitivo, inversión extranjera directa, privatización de las empresas estatales, desregulación y protección de los derechos de propiedad”, características que deterioraron la calidad de vida de la población y por lo tanto su salud (3).

El análisis de la política de salud en el marco de la política social de los dos modelos de desarrollo (cepalino y neoliberal), permite hacer un inventario cronológico sobre logros, limitaciones y capacidad de respuesta, frente a las múltiples y complejas necesidades de la población colombiana. La primera parte del artículo, describe las implicaciones de los modelos de desarrollo en la política de salud y la segunda, la situación actual de la política de salud. Por último, se presentan algunos retos para el profesional de enfermería, cuando asume el papel de promover la garantía del derecho a la salud de la población.

1. Implicaciones de los modelos de desarrollo en la política de salud

1.1 Modelo cepalino

Este modelo vincula a la salud, como uno de los elementos importantes para lograr el desarrollo, se le considera una inversión de carácter público y no un gasto. En el contexto de la política social, el Estado con su nuevo rol, buscó la protección del trabajador asalariado para dar respuesta a las presiones de la creciente organización sindical, facilitada por la concentración obrera y el aumento importante de la industria (4). Con estos adelantos, la política social, creó y consolidó la clase media a tal punto que se la consideró exitosa en la construcción de nuevas estructuras económicas, incremento del nivel de vida de la clase media, formación de nuevos estratos sociales, industrialización y urbanización de la región (5). Además, la política social cepalina en la

década de los sesenta, “operó un crecimiento económico significativo y se dieron notables mejoras en la educación pública, pero no hubo grandes cambios en los patrones generales de la desigualdad” (6).

En 1974, durante la vigencia de este modelo, se constituyó el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual traía muy buenas intenciones, pero no logró ampliar la cobertura, ni disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud. Según el Ministerio de Salud, por lo menos el 40% de la población carecía de servicios, a pesar de los innumerables esfuerzos concentrados en construir hospitales y centros de salud (7). Así, el servicio de este sistema de salud, se caracterizó por ser asistencialista y concentrado en los hospitales del Estado, los cuales debían brindar servicios de salud y encargarse de la salud pública que sí logró controlar la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades de origen tropical.

En 1970, el Sistema Nacional de Salud alcanzó a proteger un 7.5% de la población a través del Instituto de Seguro Social (ISS). En 1990, el aseguramiento en salud benefició el 20.9% de la población total del país y el 27% de la población económicamente activa, es decir, sólo cubrió aproximadamente a 7 millones de personas (entre trabajadores y beneficiarios) (8). Este sistema se caracterizó por la falta de coordinación y control, por ejemplo, si una persona se encontraba asegurada, podía acudir al sector público y/o privado para solicitar atención sin ninguna restricción, de esta manera las posibilidades de acceso de quienes tenían menores recursos se reducían y el sistema era cada vez más ineficiente.

Es importante anotar que entre 1970 y 1990, el progreso de cobertura por la seguridad social fue muy lento y los servicios privados (pólizas de indemnización y medicina prepagada) eran marginales. Según Molina, los seguros privados surgieron en los años ochenta y para 1990 cubrieron aproximadamente a un millón de colombianos (9).

Por otra parte, según la metodología de cuentas nacionales para salud, en 1993, Colombia destinó el 7.3% del PIB en servicios de salud, de los cuales el 27% correspondía a gastos del gobierno; el 26% a contribuciones (tanto de empleadores y trabajadores a la seguridad social); y el 41% a gastos de bolsillo de los hogares colombianos (10). Pero, la iniquidad también se observa en la prestación de servicios por cada subsector, el sector público cubría especialmente los partos, las hospitalizaciones y el 27% de los servicios. El sector privado cubría en mayor porcentaje (59%) los servicios de consulta externa, hospitalización, cirugía y odontología; mientras el subsector de seguridad social el 14% (11).

Es de anotar que el SNS fue exitoso en Atención Primaria en Salud, especialmente en los programas de vacunación, prevención y control

de enfermedades infecciosas y tropicales. Se dio prioridad al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), a través de permanentes jornadas nacionales de vacunación, las cuales requirieron de gran difusión (prensa, radio y televisión), logrando coberturas del 95% en los esquemas de vacunación.

Durante la vigencia del modelo de desarrollo cepalino, se obtuvieron apoyos internacionales, el más sobresaliente y con mayor influencia en las políticas de salud fue la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) creada en 1902 (en el 2002 llegó a su centenario). Esta organización lideró políticas, planes y programas en materia de salud, muestra de ello son las diferentes reuniones que promovió y que han sido el origen de políticas en el sector salud, no sólo en Colombia sino en otros países de la región. Sin embargo esta organización ha perdido liderazgo frente a las organizaciones de financiación internacional (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional) que en la actualidad orientan las políticas social y de salud.

1.2 Modelo neoliberal

En las postrimerías de la década del ochenta, finaliza la Guerra Fría y se proclama un "Nuevo Orden Mundial" por parte de Estados Unidos que trae para los países de América Latina mayor sumisión a los designios de las instituciones financieras internacionales y se agudiza la competencia comercial entre las viejas y las nuevas potencias económicas (12).

A mediados de los ochenta, en América Latina, se presenta una severa crisis económica, dada por los altos niveles de endeudamiento de los países de la región, las importantes alzas en las tasas de interés, la reducción de los niveles de financiamiento externo, la incertidumbre y la naturaleza cambiante de las reglas que gobernaban el comercio mundial (13). Puede decirse que el endeudamiento externo ha sido la principal limitante para el crecimiento económico de los países de la región (14). Las consecuencias de esta crisis, facilitan el desmantelamiento del Estado intervencionista y de la mayoría de los beneficios alcanzados por la población; dando vía libre al modelo neoliberal que trajo consigo reformas estructurales de modernización del Estado (disminución de las funciones en el papel del Estado), privatización, descentralización, apertura económica, reducción del gasto social, focalización, introducción del mercado en la prestación de bienes y servicios, entre otros.

La introducción de este nuevo modelo de desarrollo, fue promovida en la región por las agencias de financiación internacional —Fondo

Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM)—, con la idea de preservar la estabilidad del sistema financiero internacional y asegurar el cumplimiento de las obligaciones crediticias de los países deudores. En este sentido, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), ha apoyado la política social neoliberal planteada por las agencias de financiación internacional y con lectura positiva para los países de la región, considera que son pertinentes la focalización, la privatización y la descentralización. Sin embargo, estas tres estrategias han empeorado los indicadores sociales, incluso si se compara con los logros obtenidos en la década de los años ochenta.

Por el contrario, Asa Cristina Laurell, hace una lectura que pone en evidencia las implicaciones de la nueva política en materia social:

Hay así un desplazamiento del reconocimiento de los derechos sociales, al combate de la pobreza; del compromiso de la sociedad de garantizar estos derechos a través de la acción pública a los programas asistenciales y discrecionales para los pobres; del incremento del gasto social público a su reducción en el marco de una estricta disciplina fiscal; de la tendencia hacia una ampliación y universalización de los servicios sociales públicos a la definición de un paquete de los servicios beneficios sociales al mercado (15).

Estas medidas no son nuevas, ya han sido sugeridas desde la década del 80, así en 1987, el Banco Mundial publicó un informe denominado “Financiación de los servicios sanitarios en los países en desarrollo: un programa de reformas”, en este informe el Banco Mundial recomienda aplicables a todos los países las siguientes medidas:

- trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones
- ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo
- utilizar de forma eficaz los recursos privados
- descentralizar los servicios sanitarios públicos

Con este informe empieza a concretarse el análisis económico de los servicios de salud, el cual se convirtió en la base para la formulación de la política sanitaria, sumado a la tendencia internacional que sostenía que “los mecanismos del mercado eran superiores a las decisiones políticas, y que era social y culturalmente preferible trabajar para lograr un papel minimalista del estado” (16). Estas tendencias dieron origen a un movimiento internacional de reforma del sector salud que facilitó como ya se mencionó, la publicación por el Banco Mundial del Informe sobre el “Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud” (17).

2. Situación actual de la política de salud en Colombia

En consecuencia los modelos de desarrollo y enfoques de la política social, la problemática del sector, no sólo no se ha resuelto, sino que se ha perpetuado e intensificado al punto de restringir el derecho a la salud de la población. Para ilustrar esta situación, a continuación se analizan algunos aspectos influyentes en la salud de la población colombiana dados por los dos modelos de desarrollo.

Cobertura y universalidad: ninguna de las dos políticas de salud ha logrado la cobertura y la universalidad, se evidencia un estancamiento aproximado del 50%. Esta afirmación es fundamentada por el 52% de personas que actualmente están afiliadas al sistema de aseguramiento en salud. Los datos publicados por el Ministerio de Salud en 1996, indicaron que el SNS, no logró cubrir por lo menos al 40% de la población del país, cifra aproximada ante la falta de un sistema de información completo y actualizado.

Acceso: el anterior sistema poseía un gran número de centros y puestos de salud, ubicados en zonas rurales que facilitaban el acceso geográfico de la población al sistema de salud. El actual sistema ha desaparecido varios de estos centros de atención, por problemas financieros y destrucción de la infraestructura en manos de los grupos armados que cometen continuas infracciones al derecho internacional humanitario y a la misión sanitaria. Otra limitación para el acceso de la población a los servicios de salud, se relaciona con la baja o casi nula presencia de las empresas aseguradoras y prestadoras en zonas que consideran no rentables, o en las que existe permanente enfrentamiento de los grupos armados. Haciendo que el principio de libre elección no sea posible, la población sólo tiene un centro de atención cercano.

El Sistema de Seguridad Social en Salud ha generado mayores barreras para el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, los sistemas de copago para controlar la solicitud de consultas, asignar al usuario una Institución Prestadora de Servicios de Salud a grandes distancias de su lugar de trabajo y/o residencia con la intención de que use con menor frecuencia los servicios (por los costos en tiempo y transporte que esto implica); además las empresas aseguradoras generalmente niegan la atención de algunos eventos en salud (enfermedades de alto costo), sugiriendo que se use la acción de tutela.

Este sistema de seguro que proponía un cambio positivo, como opción ante el anterior sistema, resultó ser "más caro que la enfermedad", la moda de las aseguradoras en el caso de las enfermedades de alto costo es brindar los servicios sólo bajo la acción de tutela (18).

Gasto público en salud: el Banco Mundial estableció que el gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) fuera eleva-

do, así, el SNS para el año 1984 alcanzó el 7.4%, mientras que el SGSSS en 1996 superó el 10% del PIB. Con las aseguradoras como intermediarias el gasto no llega a beneficiar a la población objetivo, sino que se queda en los bolsillos de las empresas aseguradoras que han llegado a convertirse en los últimos años en las empresas más rentables del país.

Equidad: es innegable que el Sistema Nacional de Salud era iniquitativo al favorecer principalmente a la población trabajadora (trabajadores privados y trabajadores del Estado), mientras que sólo cubría algunos eventos de salud de la población pobre, la cual en la mayoría de los casos consultaba al subsector privado y compraba con recursos propios los medicamentos que le eran formulados.

Pero el SGSSS, es también un sistema iniquitativo, porque establece diferencias en los planes de beneficios, a quien tiene mayores recursos le da más garantías, mientras a la población pobre sin capacidad de pago le da un plan con la mitad de los beneficios, no correspondientes con las necesidades de la población, sino a la conveniencia del sistema de aseguramiento.

Salud pública: el actual sistema de aseguramiento, desmanteló las acciones de control y vigilancia de la enfermedades infecciosas y tropicales, al punto que se han incrementado significativamente los casos de tuberculosis, malaria (en todas sus formas) y han caído drásticamente las coberturas de vacunación (sólo alcanzan el 70% a nivel nacional, mientras que en municipios como Buenaventura la cobertura no llega al 20%) (19).

Durante algunos meses del año 2002, los biológicos para vacunar a los niños se agotaron y nuevamente se reportaron casos de sarampión. Por las bajas coberturas del biológico BCG la situación de la tuberculosis tiende a complicarse, o como ha ocurrido desde el 2003, con la fiebre amarilla que han cobrado cuantiosas vidas. Este problema ha tenido su origen en la “confusión” sobre, si la vacunación es un bien público, o un bien privado; y si la responsabilidad es del Estado, o de las empresas aseguradoras de salud; mientras esta situación se resuelve continúan las bajas coberturas de vacunación.

Pero es tal el abandono de las acciones en este campo que el Plan de Atención Básica que recoge algunas de estas funciones, recibió en 1999 recursos inferiores a los destinados en el año 1980, al parecer entre 1998 y 1999 se redujo el gasto en un 30% (20). A su vez, las empresas aseguradoras en salud (como uno de los negocios más rentables del país), reportaron ganancias cercanas al 30% (21) en los primeros cuatro años de funcionamiento, y todo a costa de la reducción en servicios de laboratorio clínico, medicamentos e incapacidades, entre otros.

Papel del Estado: el Estado en el sector salud y en los servicios de salud, pasó de proveedor a regulador y controlador; su papel ha sido

pasivo en comparación con otros sectores (militar). Con esta reducción de funciones se ha llegado al “gobierno mínimo”, se confía al Estado la libertad de mercado a través del ajuste de la vida social a la economía mercantil; así, la función política se reduce a organizar las relaciones sociales en función de la economía de mercado. No significa el retiro del Estado como actor, sino una decidida acción estatal, tanto en el establecimiento de políticas promotoras del sector privado, como en la asunción de la responsabilidad de proveer servicios a grandes grupos de población, con restricción al máximo de las decisiones políticas, una vez sea ajustada la organización social a la economía de mercado (22).

De esta manera la atención en salud a la población, ha quedado en manos del mercado y de sus regulaciones, porque hoy más que nunca se experimenta la ausencia de la institucionalidad. No se puede ocultar que bajo las condiciones de guerra y en las puertas de una recesión económica, la política de salud pasa a segundo plano en las agendas gubernamentales, este ha sido el mensaje transmitido al fusionarse los Ministerios de Salud y Trabajo en la actual administración 2002-2006.

Sociedad civil: según Pérez Baltodano, en Colombia como en los demás países de la región, no se ha logrado la capacidad de regulación necesaria para la consolidación social de la base territorial, ni el desarrollo de espacios públicos independientes del ámbito de acción y control del Estado (23). Tal vez, sea esta la razón por la cual la población durante décadas ha sido receptora pasiva de las políticas establecidas para el sector y sólo hasta ahora con el SGSSS y bajo las consecuencias sociales de las políticas neoliberales, se esté organizando para exigir la garantía de sus derechos, establecidos en la Constitución Nacional y en los diferentes pactos y tratados internacionales.

Colombia necesita un modelo de desarrollo que proteja las libertades, garantice los derechos de los ciudadanos (principios en los que se basa la sociedad moderna) y rescate el carácter de lo público en la provisión de servicios que conducen al bienestar de la población. El nuevo modelo de salud que es necesario construir, debe priorizar el derecho a la salud de toda la población, como decisión política que involucre a la sociedad civil afianzada, así lo expresa Asa Cristina Llaurell, con base en valores y objetivos societales (24). Además, de tener en cuenta en la definición de la política y del modelo de salud, las experiencias pasadas para construir el futuro.

En conclusión, los modelos de desarrollo han orientado y definido las políticas de salud, bajo la influencia de agencias internacionales sin haber dado solución a las necesidades de la población. Rafael Huertas, menciona que hoy se pretende satanizar lo que se consideró solución en el pasado. Quedan algunas ideas claras de que Colombia necesita un modelo de desarrollo que proteja las libertades, garantice los dere-

chos de los ciudadanos y rescate el carácter de lo público en la provisión de servicios conducentes al bienestar de la población. Se requiere dejar de lado la visión medicalizada de la salud para pasar a una visión integral que dé cabida al trabajo transectorial, incluya el acceso universal a vivienda digna, servicios públicos básicos, educación, alimentación, nutrición, trabajo, protección del trabajador, seguridad social y servicios de salud.

En relación con el actual modelo de desarrollo neoliberal, cada vez, es más difícil su legitimación ante el evidente fracaso social. Al ampliarse las desigualdades e incrementarse la pobreza se reduce la estabilidad de los sistemas político-democráticos y la concentración de la riqueza crea mayores riesgos como aconteció en Argentina.

3. Papel de enfermería en la política de salud

El profesor Héctor Darío Abad de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, dijo que los profesionales del sector salud se han dedicado a lo técnico y han descuidado lo político y por esta razón son otros quienes toman las decisiones y definen las políticas del sector salud. Estas sabias palabras tan vigentes ahora como en la época, implican un reto para todas las profesiones de la salud y exigen en el caso de enfermería una profundización en el conocimiento de la legislación vigente, un replanteamiento de la proyección que se tiene como profesión, un reto para no limitarse a la adaptación y a cambios impuestos por los sistemas de salud; y una presencia dinámica que dé respuesta oportuna a las necesidades reales de la población y contribuya a mejorar la calidad de vida.

Se requiere que el profesional de enfermería, se fortalezca y se consolide en un gremio participante e integrante de la sociedad civil en el terreno de lo público; y como actor dinámico del proceso político, sea promotor del bienestar individual, y colectivo; y del conocimiento de los derechos y deberes en salud de la población.

Referencias

1. Montoro Ricardo. La reforma del estado de bienestar: derechos, deberes e igualdad de oportunidades. Investigaciones sociológicas (España) 1997; (79): 14.
2. Ocampo José Antonio. La equidad y la política social en el desarrollo. Javeriana (Bogotá) 1999; vol. 133 (658): 554.
3. Ahumada Consuelo. Política social y reforma de salud en Colombia. En: Ahumada Consuelo/ Relaciones internacionales, política

- social y salud: desafíos en la era de la globalización. Bogotá: CEJA; Pontificia Universidad Javeriana; 1998: 135.
4. Franco Rolando. Los paradigmas de la política social en América Latina. CEPAL (Santiago de Chile) 1996; (58): 11.
 5. Ibarra David. Crisis, ajuste y política económica en América Latina. CEPAL (Santiago de Chile) 1985; (26): 150.
 6. Bushnell David. Colombia una nación a pesar de sí misma. Quinta edición. Bogotá: editorial Planeta; 1996: 307.
 7. Ministerio de Salud. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santa Fe de Bogotá: 1996; 19.
 8. Molina Gerardo. El gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia, informe final. Santa Fe de Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 1993.
 9. Molina Gerardo. El gasto público en salud...; 19.
 10. Ministerio de Salud. Informe Harvard. Bogotá; 1996.
 11. Molina Gerardo. El gasto público en salud...; 20.
 12. Ahumada Consuelo. Globalización y reformas en la década del noventa: impacto sobre la situación económica y social de Colombia. En prensa.
 13. Pérez Baltodano Andrés. Estado, ciudadanía y política en América Latina, Nueva Sociedad. Caracas: 1997; 53.
 14. Bustelo Eduardo. Los ejes perdidos de la política social. Papel político (Bogotá) 2002; (14): 70.
 15. Laurell Asa Cristina. La política de salud en el contexto de las políticas sociales. Nueva Gaceta 2000; (1): 46.
 16. Laurell Asa Cristina. La salud: de derecho a mercancía. Fundación Friedrich Ebert: En Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. Disponible en: <http://www.boletinaps.org>
 17. Laurell Asa Crisitna. La salud...
 18. Departamento Nacional de Planeación. Misión Social. PNUD. Informe de desarrollo humano para Colombia 2000. Santa 11/06/04e de Bogotá: Alfaomega Grupo Editor.
 19. Cayeron cifras de vacunación. El Tiempo, 2001 octubre 9.

20. Departamento Nacional de Planeación, Misión Social, PNUD. Informe de desarrollo humano para Colombia 1999. Santa Fe de Bogotá: Tercer Mundo; 17.
21. Disponible en: www.saludcolombia.com/actual.salud51/informe
22. Lechner Norbert. Apuntes sobre las transformaciones del Estado. Foro 1993; (21): 7.
23. Pérez Baltodano Andrés. Estado, ciudadanía y política en América Latina, Nueva Sociedad... 33.
24. Laurell Asa Cristina. La política de salud en el contexto de las políticas sociales... 50.