

LA PROMOCIÓN Y LA PREVENCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Cecilia Realpe Delgado*

RESUMEN

Este ensayo describe cómo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad no han logrado el desarrollo esperado en Colombia. Una cuidadosa mirada a la legislación en salud, desde la reforma constitucional de 1991 hasta la Ley 715 de 2001, muestra como la promoción de la salud en particular, se ha quedado rezagada en enunciados de buenas intenciones y en normatividad poco precisa que orienta a evadir el cumplimiento de la misma.

Se hace una breve descripción y análisis del Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud, sobre las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención; de igual manera se trata la ley 715 de 2000, sobre transferencias y competencias en salud y educación.

Palabras claves: Promoción - Prevención - Sistema - Salud - Desarrollo – Legislación

SUMMARY

This paper describes how health promotion and prevention of the disease in Colombia, have not achieved the expected levels of development. A careful look at health legislation in Colombia, from the constitutional reform of 1991 to the passing of law 175 in 2001, shows how health promotion, in particular, remains at the stage of being good intentions expressed in general statements that are imprecise and liable to be evaded.

The description includes the agreement 117 of 1998, of the National Council of Social Security in Health, the Ministry of Health's Resolution 412 of 2000 about activities, procedures and intervention plans of promotion and prevention, as well as Law 175 of 2000 on money transferences and competences in health and education.

Key words: Promotion - Prevention - System - Health - Development - Legislation

Mucho se ha dicho, escrito y legislado sobre la Promoción de la Salud (PS) y la Prevención de la Enfermedad (PE). El aseguramiento universal y el énfasis en la PS y la PE son planteamientos que rigen la mayoría de los sistemas de Salud del mundo¹. Sin embargo hoy, en nuestro país, el desarrollo de ellas es incipiente debido a la falta de concreción en las políticas de salud y la limitada ejecución de las mismas, la falta de

• Enfermera Universidad Nacional, Especialista en Administración de Servicios de Salud, Docente titular, Departamento de Salud Pública. Universidad de Caldas.

control por parte del gobierno y la desinformación de la mayoría de los ciudadanos sobre los deberes y derechos en salud.

Si nos acogemos a los postulados fijados en la carta de Ottawa² para la PS, en la que se conceptúa que ésta tiene que ver con el bienestar de la población y que, para conseguirla se requiere de ciertas condiciones de vida, como son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, la justicia social, la equidad y un ecosistema estable, podemos deducir que son precisamente éstas condiciones, las que le hacen falta a la mayoría de los colombianos, por lo tanto, la PS se convierte en una utopía en tanto cada sector, al cual le compete la responsabilidad, no modifique favorablemente dichas condiciones.

Hasta la propia educación en salud sobre hábitos saludables se convierte en una encrucijada para los trabajadores de la salud, cuando se enfrentan a situaciones sobre las que no pueden intervenir. ¿Cómo dar educación sobre una dieta balanceada, cuando no se dispone de recursos económicos para conseguir los alimentos básicos por falta de un empleo?, o sobre las condiciones higiénicas de la vivienda, cuando ésta tiene el piso en tierra y carece de una ventana para ventilarla?, o cuando el 60% de la población está en la línea de pobreza y otros no alcanzan a clasificar en ella?. Por supuesto que no podemos quedarnos de brazos cruzados, es aquí donde se requiere del concurso intersectorial con el fin de aunar esfuerzos para brindarle a la población unas condiciones de vida que permitan su desarrollo y, así, con el esfuerzo conjunto del Estado y de los ciudadanos se logren escenarios sanitarios deseables.

La prevención tiene otra lógica, ella se relaciona con el riesgo de enfermar, por lo tanto, sus acciones se encaminan a la identificación de los problemas de salud y a la intervención de sus causas. Podríamos pensar entonces que su campo de acción es inmenso y, que el sector de la salud lo tiene todo por hacer; claro que sí, siempre y cuando se haga un esfuerzo por mejorar las condiciones de vida de la población, de lo contrario las probabilidades de enfermar, por mucha intervención en salud que se haga, siempre aumentarán o al menos se mantendrán.

A partir de la Constitución Política del 91³, la salud se convierte en un derecho y en un servicio público a cargo del Estado; para lograrlo se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prevención, protección y Recuperación por medio del aseguramiento universal.

En desarrollo de éstos postulados constitucionales se expide la Ley 100 de 1993⁴ que en su artículo 152 define su objeto, el cual consiste en regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud, POS y en el Plan de Atención Básica, PAB. Sin embargo separa la prestación de los servicios de salud en paquetes que desintegran y causan dificultades para llevar a cabo la atención integral a cada persona. La atención individual se apoya en el POS, el cual incluye entre otras acciones, las de Promoción y Prevención; son de responsabilidad de las EPS, ARS y Entidades Adaptadas para el caso de los afiliados y de los Municipios para el caso de los vinculados. El PAB

complementa las acciones del POS y las acciones de saneamiento ambiental en lo correspondiente a información, educación y fomento de la salud; éstos servicios están a cargo del Estado, son de cumplimiento obligatorio, gratuitos y de cubrimiento universal. En la ejecución de ésta ley, la mayoría de los esfuerzos se han orientado hacia la salud individual pero ha dejado rezagada la salud pública, sin la cual es difícil acceder a la plenitud de la salud individual.

A partir de la Ley 100 se originan nuevas Leyes, Acuerdos y Resoluciones. Las más recientes sobre PS y PE son el Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud y la Resolución 412 de 2001 del Ministerio de Salud.

El Acuerdo 117⁵, establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Hace énfasis en que es responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Adaptadas y Transformadas y de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles o de eventos de enfermedades sin atención, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 1485 de 1994 y el Decreto 2357 1995. Establece además, que las instituciones mencionadas deben inducir la demanda de éstos servicios, ya que los usuarios no los solicitan espontáneamente; incluye:

1. Las actividades, procedimientos e intervenciones para protección específica con el fin de evitar la aparición inicial de la enfermedad, mediante la protección frente al riesgo; ellas son:

- Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Atención preventiva en salud bucal
- Atención del parto
- Atención al recién nacido
- Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

2. Las actividades procedimientos e intervenciones para detección temprana, las cuales identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad; son ellas:

- Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años).
- Alteraciones del desarrollo del joven (10 a 24 años)
- Alteraciones del embarazo
- Alteraciones en el adulto mayor de 45 años
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de seno
- Alteraciones de la agudeza visual

3. Atención de enfermedades de interés en salud pública, las cuales generan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especiales de tal manera que se garantice su control. Ellas son las enfermedades infecciosas, las de alta prevalencia y las de alta transmisibilidad y poder epidémico; incluye 21 patologías.

La Resolución 412⁶, retoma las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y las guías

de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, con base en el acuerdo 117. Las clasifica en:

1. Norma Técnica: Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento, la secuencia en que se deben desarrollar, las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables de su ejecución. Hacen parte de la norma técnica las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, las de detección temprana y algunos elementos de las guías de atención de Tuberculosis, Lepra, Leishmaniasis y Malaria. Advierte que las EPS, las ARS y las Entidades Adaptadas y Transformadas no podrán dejar de ejecutar estas acciones, tampoco disminuir la frecuencia anual ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.
2. Guías de Atención: No explícita si son de obligatorio cumplimiento y de demanda inducida. Se puede deducir que no, porque la norma técnica sólo incluye algunas acciones de las cuatro guías mencionadas anteriormente.

Se puede concluir entonces que lo contemplado en el Acuerdo 117 y en la Resolución 412 se orienta en esencia a la prevención y no a la promoción. Se logra avanzar en la prevención ya que se incluyen como beneficiarios de estas acciones a grupos etáreos que tradicionalmente no habían sido tenidos en cuenta para la prestación de servicios programados, como son los jóvenes entre 10 y 24 años y el adulto mayor de 45 años, entre otros. Pero, por otra parte, con la delimitación de éstas acciones se corre el riesgo de que las EPS, las ARS y las Entidades Adaptadas y Transformadas se limiten a cumplir el mínimo incluido en la normatividad y no se esfuercen por desarrollar otras actividades o priorizar la atención de otras enfermedades de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de su población y las metas territoriales en salud pública.

Investigaciones recientes realizadas en Medellín⁷, Cali⁸ y Manizales⁹, sobre accesibilidad a los servicios de salud, conocimiento sobre deberes y derechos y utilización de las acciones de promoción y prevención por parte de los afiliados, demuestran que el conocimiento y uso de los servicios de salud y en particular los de promoción y prevención son bajos y que la mayoría de los afiliados desconocen sus deberes y derechos. Con esto se evidencia el no cumplimiento de lo ordenado como obligatorio, en el Acuerdo 117 y en la Resolución 412, por parte de las EPS, las ARS y las Entidades Adaptadas.

Respecto a la población no afiliada a ninguno de los regímenes – cerca del 50% de la población – o sea los vinculados, como paradójicamente se los llama, no se incluyen en la normatividad comentada; ¿significa entonces, que no tienen derecho a éstos servicios que son de carácter obligatorio?, ¿o que al igual que con los servicios del POS son más restringidos para los vinculados que para los afiliados? ¿Se profundiza más la inequidad?, ¿Dónde queda el derecho igualitario de la salud básica para el total de la población?.

¿Cuál es la perspectiva de la Promoción y la Prevención?

La Ley 715¹⁰ de 2001, sobre el sistema general de participación dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias para la educación y la salud, ella nace como consecuencia de la reforma constitucional emprendida por el acto legislativo 01 de 2001. La distribución sectorial que hace de los recursos, es de 58.5% para educación, del 24,5% para salud y del 17% para propósito general. Los escasos fondos para financiar los eventos de salud pública les distribuye así: 40% para la población por atender, la cual hace relación al total de la población de cada entidad territorial certificada por el DANE; el 50% por equidad, se refiere al nivel de pobreza y los riesgos en salud pública y el 10% por eficiencia administrativa, la cual se mide con las coberturas de vacunación.

Al analizar su contenido se puede comentar que, en términos generales, buena parte del articulado se limita a enunciar funciones administrativas que se ajustan más a cargos de dirección que a concretar la asignación de competencias y recursos a cada ente o sector que corresponda. Falta mayor especificidad en las responsabilidades para el manejo de los problemas de salud pública; en otros casos, queda a voluntad del ente respectivo financiar o no con recursos propios la prestación de servicios de salud a la población más pobre, con lo cual se abre una compuerta para que se interprete la ley a conveniencia de quien la debe aplicar. Así no se alcanzarán las metas mínimas obligatorias y menos se logrará mejorar el estado de salud.

Según el artículo 46, de la Ley 715 los recursos de promoción y prevención harán parte de una bolsa común con los recursos del PAB, los que serán manejados por los municipios, ya no harán parte del POS, por lo tanto, se eliminará la intermediación de las Administradoras del Régimen Subsidiado; no es claro, si se incluyen los recursos del Régimen Contributivo. Se asigna entonces a los municipios la responsabilidad de la Promoción, la Prevención y la salud pública en una dimensión integral, con lo cual se pueden superar las metas alcanzadas hasta hoy, pero se corre el riesgo como ya ha sucedido, que los municipios desvíen la ejecución de éstos recursos. Después de tres años de ejecución de estas disposiciones, el Ministerio de Salud hará una evaluación con el fin de proponer al Congreso los cambios que considere necesarios.

En el título IV de la misma Ley, sobre participación de propósito general que se refiere a las competencias de otros sectores, se incluyen algunas acciones que apuntan a la promoción de la salud, como: el mantenimiento del medio ambiente; la práctica del deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre; el fomento de las artes; la seguridad y la convivencia ciudadana; el fomento del empleo y la protección de los desempleados y el servicio de restaurantes escolares, entre otros. A la mayoría de estos componentes les hace falta concreción en la asignación de recursos o de responsables para su ejecución, por lo tanto, no pasará de ser un listado de buenas intenciones.

Algunos analistas¹¹ de la mencionada ley, coinciden en afirmar que en diez años las transferencias para educación y salud se reducirán del 42,2% al 37.7%, situación que pondrá a los entes territoriales a soportar todo el peso del ajuste fiscal y por consiguiente el deterioro de la salud y la educación de los más pobres.

Se puede concluir que la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993 son generosas en sus postulados sobre el derecho a la salud y en particular a los servicios de promoción y

prevención, pero la normatividad posterior y su ejecución carecen de un contenido y realizaciones acordes a dichos postulados.

REFERENCIAS

1. GÓMEZ, Alfonso. Ex ministro de salud. “La seguridad social, una realidad evolutiva”. La seguridad social, según los expertos, documento de difusión sin fecha.
2. CARTA DE OTAWA, para la Promoción de la Salud. Noviembre 21 de 1986.
3. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. 1991. Artículo 48 y 49.
4. LEY 100 de 1993 de Seguridad Social. Artículo 153.
5. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Acuerdo 117 de 1998.
6. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de 2000.
7. RAMÍREZ Cañaveral, Humberto; VELÉZ C., Sergio; VARGAS P., Virgilio; SÁNCHEZ, Carlos; LOPERA Villa Jaime. “Evaluación de la cobertura de aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín”.
8. RENDON Campo, Luis Fernando; TORRES Agredo Miyerlandi; LLANOS Bejarano, Guillermo. “Análisis de los servicios de salud dirigidos a los afiliados al régimen subsidiado en Cali 2000”.
9. LARGO, Blanca Cecilia; DUQUE L, Beatriz; REALPE Delgado, Cecilia; ESCOBAR Velásquez, Gloria Mercedes. “Utilización del Programa de Promoción y Prevención en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) de Manizales. En proceso de publicación.
10. Ley 715 de diciembre 21 de 2001. Sistema General de Participaciones.
11. RESTREPO V, Ramón O. Ley 715 : El sacrificio de la inversión social. Periódico el Pulso No. 43. Abril de 2002.