

OPORTUNIDADES PARA LA SALUD MENTAL DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Marcela Rodríguez*

Resumen

El presente artículo parte de una descripción de las características del antiguo sistema de salud, en la que se resaltan las falencias que presentaba y que obligaron a hacer reestructuraciones para llegar a plantear el nuevo sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), el cual, a pesar de tener un marco filosófico sólido, presenta dificultades para su implementación. No obstante, así como nos enfrenta a situaciones de difícil manejo, también brinda oportunidades de desarrollo profesional en salud mental, diferentes de la tradicional área asistencial.

Palabras clave: Salud mental, seguridad social.

Title: Opportunities for Mental Health within the General System of Social Security in Health.

Abstract

The article begins with a description of the characteristics of the old health system in Colombia, outlining its weaknesses, which forced a restructuration, generating the new General Health System of Social Security (Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS). Even though the new System has a solid philosophical foundation, it has caused difficulties. Nonetheless, aside from situations which are hard to manage; the new System has also brought forth new opportunities for professional development in mental health, different from the traditional assistance area.

Key words: *Mental health, social security.*

* Psiquiatra de la Clínica Nuestra Señora de la Paz.

Antiguo sistema nacional de salud

El antiguo sistema nacional de salud de Colombia (SNS), vigente desde 1975, correspondía en realidad a un modelo de prestación de servicios asistenciales fragmentado. En forma similar a la mayor parte de los países latinoamericanos, al SNS lo integraban tres subsistemas de prestación de servicios, cada uno dirigido a segmentos distintos de la población y con mecanismos de modulación, financiamiento y prestación de servicios diferentes.

El primero de los tres subsistemas correspondía al de salud pública (SSP). Éste incorporaba las tres funciones (modulación, financiamiento y prestación de servicios) en forma vertical y centralizada alrededor del Ministerio de Salud y sus servicios seccionales de salud.

Así, la atención en salud mental, para el caso de este subsistema, quedaba en manos de las instituciones psiquiátricas públicas de orden nacional y departamental, que para ese entonces se limitaban a instituciones como las beneficencias departamentales, en cuyas manos estaba la responsabilidad del cuidado y la tutela de los enfermos mentales.

Los organismos e instituciones que los conformaban se financiaban con subsidios a la oferta (aportes fijos

destinados a las instituciones, independientes de su productividad), procedentes de los ingresos corrientes de la nación y de otras fuentes públicas de destinación específica.

Le correspondía cubrir al 75% de la población de más bajos ingresos; pero, en el mejor de los casos, alcanzaba sólo al 40%, con un paquete de servicios de baja calidad que le demandaba al país el 40% del gasto total en salud. Esto se tradujo en una baja cobertura en servicios de salud para la población con trastornos mentales, al igual que en servicios de mala calidad.

Los seguros sociales (SSS), administrados por el Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y cerca de mil cajas de previsión, conformaban el segundo subsistema. Estas instituciones eran moduladas por el Ministerio del Trabajo (hoy parte del Ministerio de Protección Social), ya que además de los riesgos generales de salud también administraban los riesgos profesionales, de invalidez y de vejez.

Adicionalmente, el SSS se continuaba financiando a través de impuestos parafiscales, que pagaban las empresas afiliadas, y entregaba en forma directa un paquete amplio de servicios de mejor calidad a un grupo cautivo que representaba al 20% de la población correspondiente al segmento formal de la economía, es decir, individuos con un empleo for-

mal; no obstante, demandaba aproximadamente el 50% del gasto total del sector.

Para el caso de las personas afectadas con algún tipo de patología mental y que se encontraran cobijadas por este subsistema, los servicios asistenciales eran prestados en forma directa por parte de clínicas y hospitales del Instituto de Seguros Sociales o de aquellas que les ofrecían sus servicios a través de contratos.

El subsistema privado de servicios (SPS) correspondía al tercero de los tres subsistemas. Éste era el menos regulado por parte de los organismos estatales de inspección, vigilancia y control. Se financiaba a través de seguros privados (medicina prepagada, pólizas de salud, etc.) y pagos de recursos propios de los usuarios. Ofrecía los planes de servicios más amplios y de mejor calidad a tan sólo el 5% de la población de mayores ingresos y le demandaba al país el 10% del gasto en salud.

Por ser los servicios asistenciales en patología mental de altísimo costo, es apenas lógico pensar que la cobertura para esta población podría incluso estar por debajo de este cálculo si se tiene en cuenta las particularidades sociales y económicas de las familias cuyos miembros padecen enfermedad mental.

Por otra parte, si observamos en detalle la distribución porcentual de

los recursos de la nación destinados al sector salud, se hace evidente que el 50% era destinado a la población perteneciente al sector formal de la economía, poseedores ya de múltiples beneficios por su condición de empleados.

Esta organización fragmentada del sistema de salud entró en crisis, porque resultó insuficiente para responder a los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad y, además, por el poco impacto de sus acciones sobre el estado de salud de la población; ya que esta fragmentación no sólo radicaba en su organización, sino en su concepción respecto a la prestación de servicios de salud, que se limitaban a las acciones asistenciales y de rehabilitación, con lo que pasaban por alto, el campo de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de la Conferencia de Alma Ata, en 1978.

A partir de la Constitución de 1991, en la que se establecen los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad, enmarcados dentro del campo de los derechos humanos fundamentales, se hacía necesaria una reforma al SNS para que pudiera cumplir así con dichos preceptos.

Como resultado de esta situación, el antiguo sistema se transforma en

uno moderno de seguridad social en salud, concebido con el fin de mejorar las condiciones de salud en la población en términos de cobertura, calidad y equidad en la prestación de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y así contribuir al desarrollo social y económico del país (1).

Nuevo sistema general de seguridad social en salud

En la búsqueda de un modelo de salud más universal, solidario y eficiente, así como de mejor calidad, tal como lo establece la Carta Magna, el nuevo sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) estableció relaciones competitivas, pero reguladas, entre agentes públicos y privados (2).

Adicionalmente, separó la función de financiación del sistema de la prestación de los servicios, la reemplazó por un esquema de aseguramiento y, además, creó un aparato estatal que modula y regula la organización y el funcionamiento de todo el sistema.

En contraste con el antiguo SNS, el nuevo sistema de seguridad social en salud corresponde a un modelo único de seguros públicos, articulado alrededor de tres subsistemas concebidos y organizados horizontalmente para manejar las contingencias económicas derivadas de los riesgos de salud en la población.

Subsistema de modulación y regulación

La organización y el funcionamiento de todo el SGSSS están fuertemente moduladas y reguladas por el Estado, con el fin de corregir las imperfecciones inherentes a la prestación de los servicios de salud.

Subsistema de financiamiento y aseguramiento

Los servicios cubiertos por el SGSSS se financian por medio de un sistema de aseguramiento público (subsídios a la demanda), que permite asumir, disminuir y desleír las contingencias derivadas de los riesgos de salud especificadas en un plan único de beneficios: el plan obligatorio de salud (POS).

El aseguramiento es administrado por empresas promotoras de salud (EPS), de naturaleza pública o privada. Tales empresas asumen las contingencias especificadas en el POS, desde dos regímenes de aseguramiento: contributivo (RC) y subsidiado (RS).

En términos generales, el POS se financia con recursos de naturaleza pública, por medio de una suma fija de dinero que el SGSSS le paga a las EPS a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga): la unidad de pago capitado (UPC). Esta suma oscila entre, aproximadamente, 100 a 150 dólares por persona/año y su

monto está definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

Los mecanismos de pago de la UPC a las EPS por parte del SGSSS son diferentes, dependiendo del tipo de régimen de aseguramiento.

Subsistema de entrega de servicios

Para garantizar que la población afiliada al POS acceda a los servicios de salud, las EPS ofrecen dos formas: directa, a través de sus redes propias, o indirecta, a través de contratos con las instituciones prestadoras de servicios (IPS), públicas o privadas.

Además de la capitación hacia las EPS, el SGSSS incluye también formas de capitación hacia las IPS (2).

Posibilidades del profesional de la salud mental

A lo largo de la última década, el gremio de psiquiatras y el gremio médico, en general, han tenido que presenciar los múltiples cambios que se han generado a partir de la implementación gradual, pero irreversible del nuevo SGSSS en nuestro país: reducción de ingresos por concepto del ejercicio profesional; cierre de hospitales; servicios asistenciales con restricciones en el tiempo de atención, en los procedimientos y en los medicamentos formulados; entre muchos otros cambios.

Llama la atención que un modelo propuesto precisamente para mejorar las coberturas, la calidad y la oportunidad de los servicios genere más una sensación de displacer entre el gremio de médico –y en este caso en el de los psiquiatras–, el cual se enfrenta día a día a la realidad de una normatividad que restringe los servicios que se quieren brindar a aquellas personas que consultan en busca de ayuda. Frente a esta situación, surge la duda respecto a dónde se encuentra el meollo del asunto en un sistema que desde lo filosófico es sólido.

Como en muchas situaciones vitales, se pueden ver dos caras de la misma moneda. Muchas veces, con el temor de enfrentar situaciones que exigen cambios, dadas las circunstancias históricas del sector de la salud, hay una limitación para ver aquellos aspectos que más se temen o frente a los que más vulnerabilidad se siente.

Mucho se habla de los aspectos limitantes de la Ley 100 respecto a la salud mental, pero poco se ha hablado de aquellos que ofrecen nuevas, provechosas e interesantes oportunidades para continuar con la labor de ayuda a aquellos que sufren como consecuencia de sus condiciones afectivas o mentales.

La Ley 715 de diciembre de 2001, que deroga la Ley 60 de 1993 y que sirve como norma reguladora de

parte de las disposiciones de la Ley 100 de 1993, hace referencia a la creación del nuevo sistema general de participaciones (SGP) en la distribución de los recursos y de las competencias. Su diferencia con normas anteriores radica en que los recursos los asigna acorde con su capacidad de ejecución por parte de cada ente territorial.

En esta ley se considera la distribución de los recursos en tres sectores: educación, con un 58,5%; salud, con un 24,5%, y propósito general (agua potable, saneamiento básico, etc.), con el 17% restante.

A su vez, los recursos generales para salud se distribuyen en subsidio a la demanda, prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto por el subsidio a la demanda (dentro de los cuales cabe anotar todos aquellos servicios en salud mental no incluidos dentro del POS subsidiado) y acciones de salud pública consideradas como prioritarias para el país y definidas por el Ministerio de Salud (nuevo Ministerio de la Protección Social).

Si se toman específicamente las acciones de salud pública consideradas como prioritarias para el país, definidas por el Ministerio de la Protección Social, encontramos que –según la Circular externa 00052 (de obligatorio cumplimiento para los entes territoriales)– en el componente de salud pública de las me-

tas nacionales del plan estratégico para el período 2002-2006 está la implementación de la política de salud mental y reducción del impacto en salud de la violencia y el desarrollo e implementación de planes de salud mental en el 100% de las entidades territoriales en desarrollo de la política nacional de salud mental (3).

Lo anterior en cuanto a programas específicos en salud mental, pero hay que tener en cuenta otras actividades de salud pública que tienen relación directa con el quehacer del profesional en salud mental.

En la implementación de la política de salud sexual y reproductiva, el Ministerio de la Protección Social se propone reducir en 26% la fecundidad en menores de veinte años, embarazos no deseados y abortos, y en 50% la tasa de mortalidad materna evitable; además de mantener la prevalencia general de infección por VIH por debajo del 0,5%, reducir en un 20% la infección perinatal por VIH/sida e incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual contra las mujeres y menores.

Por otra parte, en la Promoción de Estilos de Vida Saludable para la Prevención y Control de la Enfermedades Crónicas se busca incrementar en un 15% la actividad física en la población colombiana y reducir un 20% la prevalencia actual

del uso experimental de cigarrillo en la población de 12 a 17 años.

Para la consecución en el país de estas metas propuestas, la Circular 00052 define las acciones de estricto cumplimiento por parte de los planes de atención básica (PAB) en los municipios. Aquí hacemos referencia a las del año 2003, concernientes a salud mental, dado el objetivo de este artículo, pero aclarando que para cada una de las metas mencionadas se indican acciones específicas.

Implementación de la política de salud mental y reducción del impacto en salud de la violencia

Con el objeto de desarrollar una política nacional de salud mental que reduzca el impacto de la enfermedad mental y de la violencia en las condiciones generales de salud de la población colombiana, es preciso elaborar e incorporar a los PAB municipales y distritales un plan territorial de salud mental que incluya por lo menos las siguientes actividades, metas e indicadores de cumplimiento:

Actividades

- Elaboración de un diagnóstico situacional de salud mental en el municipio, a fin de darles prioridad a las necesidades de inter-

vención en los componentes detectados en el diagnóstico.

- Desarrollo actividades de información, educación y comunicación a grupos de riesgo, para fomentar factores protectores como la formación y construcción de valores, resolución de conflictos, equidad de género, pautas adecuadas de crianza y fortalecimiento de vínculos afectivos, manejo de la afectividad y la sexualidad y comunicación efectiva en los planos personal, familiar y social, entre otros.
- Reducción de factores de riesgo para la salud mental, como consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, manejo de estrés, tolerancia a la frustración, etc.
- Concertación e implementación de acciones intersectoriales para la promoción de los factores protectores y para la reducción de factores de riesgo relacionados con la salud mental y con la prevención de la violencia, teniendo en cuenta ciclo vital, grupos vulnerables y conformación de redes de apoyo social y mutuo.
- Impulso en los establecimientos educativos al desarrollo de la estrategia "Habilidades para Vivir".

Indicadores de cumplimiento

El Ministerio de la Protección Social esquematiza de la siguiente manera los indicadores y las metas:

Cuadro 1

| Indicadores de cumplimiento | Metas 2003 |
|---|--|
| Plan territorial de salud mental formulado. | El 50% de los municipios y distritos ha formulado el plan territorial de salud mental. |
| Red de protección y apoyo social en salud mental conformada y operando. | En el 50% de los municipios opera una red de protección y apoyo social en salud mental. |
| Número y porcentaje de instituciones educativas que desarrollan la estrategia habilidades para vivir. | El 30% de las instituciones educativas desarrolla la estrategia "Habilidades para Vivir. |
| Número y porcentaje de estrategias de IEC sobre salud mental implementadas. | El 50% de los municipios ha implementado estrategias de IEC sobre salud mental. |

Como podemos observar, dentro de las actuales políticas nacionales de salud existen múltiples posibilidades para el ejercicio adecuado de la labor como profesionales de la salud mental, que por supuesto van más allá de las estancias meramente asistenciales a las que durante muchas décadas se han limitado la mayor parte de los colegas, en un intento de conservar un estatus obsoleto, por no decir que inexistente, y cuya lógica consecuencia es un progresivo empobrecimiento de las posibilidades de la actividad profesional dentro del sistema y el empobrecimiento, asimismo, de la calidad en la prestación de los servicios integrales tanto a las personas afectas de trastornos mentales como a toda una comunidad sumida en el dolor y la desesperanza de conflictos absurdos.

De alguna manera, tras esta breve reflexión, surge una posible explicación al aparente estado caótico y desesperanzador respecto a la situación de la salud mental dentro del marco de la Ley 100.

Se pueden cuestionar los vacíos que evidentemente presenta la legislación alrededor del tema de la salud mental, propios del aprendizaje progresivo que como nación y comunidad debemos enfrentar y superar; pero también es fundamental preguntar por las dificultades que se tienen como profesionales de la salud mental –en términos de costo-eficiencia, costo-eficacia y costo-efectividad– y que deben dirigir su rumbo, en la medida de las posibilidades, a trabajar por la salud mental de nuestra población en todos los ámbitos, trascendiendo a la tra-

dicional práctica clínica, bien sea en el ámbito público o en el privado.

Por lo tanto, el actual desafío es lograr una participación proactiva, a través de reformas necesarias a la ley, así como diseñar e implementar planes, programas y proyectos en salud mental para todo el territorio nacional.

Por otra parte, se necesitan serias reformas en los programas de formación, tanto de psiquiatras como de médicos generales y otros profesionales que laboran en el sector de la seguridad social en salud, pues siempre ha llamado la atención la forma como la mayoría de las facultades centran sus esfuerzos en la calidad del profesional egresado en el campo de lo biológico-orgánico, pero presenta grandes vacíos en los aspectos mentales y sociales. Se desconocen de alguna manera los

lineamientos dados hace varias décadas por la OMS en términos de salud, no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el completo estado de bienestar biopsicosocial, y quienes mejor podrían llegar a hacer estos cambios son aquellos que ostentan un título de especialistas en el campo de la salud mental.

Bibliografía

1. Céspedes J. Reforma de salud y seguridad social en Colombia; 2000. Disponible en: <http://businesscol.com>.
2. República de Colombia, Ministerio de Salud. Organización de los sistemas territoriales de seguridad social en salud en Colombia. Bogotá; 1995.
3. República de Colombia. Ley 715 del 21 de diciembre de 2001.
4. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Circular externa 000052.