

## Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010\*: ¿desarrollo para todos?

### National Plan of Development 2006-2010\*: Development for everybody?

Por medio de un plan de desarrollo, el conjunto de la sociedad establece claramente las líneas de acción de un gobierno durante un periodo determinado. Este instrumento establece parámetros, como objetivos, metas o propósitos, a través de los cuales se puede evaluar la gestión y exigir los correctivos, en caso de ser necesarios.

Como todo proyecto, el Plan de Desarrollo 2006-2010 contiene múltiples propósitos de las diferentes entidades y ministerios que están bajo la responsabilidad del gobierno nacional. En este análisis se hará referencia a los principales puntos relacionados con el concepto amplio de salud; por lo tanto, se mencionarán los temas que la determinan: la pobreza, el desempleo, el aseguramiento y los servicios.

Básicamente se parte de unos objetivos dirigidos a consolidar y continuar las directrices del Plan 2003-2006, resaltando el crecimiento económico alcanzado, pero complementándolo, según el gobierno, con una noción más amplia de desarrollo. Es importante resaltar que el Programa Nacional de Salud 2002-2006 se incorporó al Plan Nacional de Desarrollo correspondiente<sup>1</sup>.

Para este periodo (2006-2010) se propone una serie de metas que, en el caso de la macroeconomía, corresponden a las siguientes: crecimiento del PIB en niveles del 5%, aumento del empleo a un 3,1%, descenso de la tasa de desempleo al 8,8% en el 2010, disminución del índice de pobreza entre el 39,6% y el 35% y el de indigencia al 8% y reducción del déficit fiscal al 2,3% del PIB entre 2008 y 2010.

---

\* Texto conciliado al proyecto de Ley No.199/07 del Senado y 201/07 de la Cámara "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010".

<sup>1</sup> Ley 812 de 2003: "Hacia un Estado comunitario".

Otras metas de interés en salud se relacionan con disminuir la tasa de homicidios a 25 por 100.000 habitantes en 2010 y la consolidación de la política de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Para el caso de la protección social se aprobaron las siguientes metas: llegar al 100% de cobertura en régimen subsidiado en los niveles 1 y 2 del Sisbén, aumentar en 900.000 los afiliados a riesgos profesionales, alcanzar el 95% de cobertura en vacunas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), sumar 300.000 niños de edades entre 6 meses y 5 años a los beneficios del programa de desayunos infantiles, dar subsidio económico 400.000 adultos mayores y reducir la mortalidad materna de 83,3 a 63 por 100.000 nacidos vivos.

Se retoma el proyecto de tarifas mínimas, propuesto hace varios años y que hasta la fecha no se ha logrado expedir debido a sus dificultades en torno a costos y señales para los diferentes participantes en el Sistema. Al revisar y analizar el texto es necesario reflexionar si este mandato es lo mejor para contrarrestar el abuso de posición dominante por parte de las EPS. Es importante resaltar que para el Sistema la unidad de pago por capitación (UPC) es el principal parámetro para definir el gasto en salud, el cual se ejecuta a través de las aseguradoras, que son las que lo controlan a través de las tarifas/frecuencias de uso.

Definir un manual de tarifas mínimas originaría una serie de dificultades que muy seguramente agravarían la situación de muchas entidades, tanto prestadoras como aseguradoras. Para explorar un poco más este punto, las preguntas pertinentes antes de iniciar este proceso pueden ser:

- ¿Con base en qué se definirían estas tarifas: con los costos de las empresas sociales del Estado, o con las de las clínicas y hospitales privados?
- ¿Cuál sería el margen de administración y de utilidad para los prestadores?

Si se definen tarifas por encima de las del mercado, esto puede llevar al control sobre la demanda de los usuarios (frecuencia) y al traslado de este aumento a la UPC, lo cual implicaría un mayor gasto en salud, con sus efectos negativos sobre el equilibrio financiero del Sistema o con pérdidas en las EPS. Por el contrario, si las tarifas se definen por debajo de este parámetro, muchas IPS simplemente desaparecerían. En estos escenarios un punto sería la constante: siempre perdería el usuario.

De acuerdo con lo anterior, en términos generales se puede afirmar que los objetivos y metas del Plan de Desarrollo 2006-2010 no son muy diferentes de los establecidos para el período 2003-2006, muy seguramente porque muchas de las metas no se alcanzaron o porque en realidad no se lograron transformaciones importantes en las entidades estatales o en la sociedad en general. Una evaluación independiente de la rendición de cuentas hecha por el gobierno contribuiría a establecer qué tanto de lo que en el período anterior no se cumplió se trasladó a este período y qué tanto se avanzó.

Adicionalmente, el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 contiene puntos que afectan los recursos para el sector salud; esto, en conjunto con los establecidos en la Ley 1122 de enero de 2007<sup>2</sup>, afectará gravemente el desempeño de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El primero de estos puntos se refiere a la destinación de porcentajes de la UPC para financiar modelos de atención como el de telemedicina (0,3%) o el de transporte de pacientes (2%), asignándole a la entidad que agremia nacionalmente los municipios colombianos la organización y puesta en funcionamiento de este último servicio dentro de los seis meses siguientes a partir de la sanción de la ley.

Lo anterior, unido al 0,6%<sup>3</sup> destinado para la interventoría de los contratos en el régimen subsidiado y a la Superintendencia de Salud, más los costos de la defensoría del afiliado, significan casi un 3% de la UPC que se destinará a actividades diferentes de las de garantizar un plan de beneficios, como dotación (ambulancias), servicios (telemedicina) o administrativos (interventoría-defensoría).

Desde este concepto, hacia el futuro se podría destinar parte de la UPC para financiar la tecnología o la infraestructura, la cual se debe hacer bajo el riesgo e iniciativa de los inversionistas correspondientes y no con cargo a una UPC que debe tener como objetivo garantizar el Plan Obligatorio de Salud; esto, sin mencionar que parte de los recursos serán manejados por entidades ajenas al sector (asociación de municipios).

Una ausencia importante es la salud mental. Pasó de ser uno de los puntos fundamentales en el Programa Nacional de Salud 2002-2006 con

---

<sup>2</sup> Cambiar para perder. *Vía Salud* 39: 33-36.

<sup>3</sup> Ley 1122 de 2007.

proyectos como la encuesta nacional de salud mental, la política de salud mental y el fortalecimiento de los recursos, a ser prácticamente olvidada para esta etapa.

Es, pues, el Plan Nacional de Desarrollo un conjunto de propósitos reiterativos y repetitivos en su gran mayoría, y otros, altamente lesivos; algunos, como salud mental, simplemente no se han tenido en cuenta.

Todo lo anterior invita a reflexionar si este Plan si será un “Estado comunitario de desarrollo para todos” que promueva el avance del sector.

*Juan Gonzalo López Casas  
MD, ESS, ex viceministro de Salud, ex secretario de salud  
de Antioquia, doctorando en economía y gestión de la salud (UPV).  
Director del Departamento de Medicina Preventiva y Social,  
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana.  
jglopezcg@hotmail.com*