
EDITORIAL

Reflexiones Frente al Plan Nacional de Salud Pública

El escenario actual, de cara a la expectativa generada por el proceso que llevó a la reforma de la Ley 100, a través de la Ley 1122 de inicios de 2007, cierra debates de casi dos años, durante los cuales se exploraron y analizaron las diferentes alternativas para llegar al documento final, el cual mantuvo la apuesta por el aseguramiento como garantía de acceso a la salud.

Para el componente de salud pública, el cual fue debatido por diferentes grupos con el propósito de avanzar hacia la reforma, los antecedentes incluyeron mesas de trabajo con los principales académicos reconocidos en el sector sobre el tema, así como debates alrededor de la situación de la salud y su mirada frente a los avances en aseguramiento y financiación del sistema.

Estos ejercicios condujeron, finalmente, a lo que se plasmó en la Ley 1122/2007, y luego en el proceso de reglamentación en el Decreto 3039/2007 del Plan Nacional de Salud Pública.

La reflexión sobre documentos escritos implica un ejercicio que siempre expone a aquellos que de buena voluntad y con la premisa de superar obstáculos hacen sus mejores esfuerzos para avanzar y aprovechar los espacios y oportunidades para que, si bien no se tenga un producto ideal, este se pueda considerar como un cambio y avance en lo existente.

Los aportes fundamentales que trae la Ley 1122 en materia de salud pública se relacionan con el logro de un capítulo específico que posicionará el tema en el marco de una ley cuyo eje es buscar la salud para la población. Debe recordarse que en la Ley 100 de 1993 la salud pública quedó restringida a un articulado en el marco de los planes de beneficios, específicamente en el artículo 165, en donde se menciona el PAB. Esto siempre fue un reclamo de los interesados en el tema y un objeto de crítica.

Son elementos diferenciadores de la nueva reglamentación el introducir el Plan Nacional de Salud Pública como una política articuladora que reemplaza y trasciende el PAB, así como la necesidad de cambiar la evaluación por cumplimiento de metas y pasar al concepto de evaluación de resultados; retomar e integrar la salud pública; la salud ocupacional identificada como parte de los problemas prioritarios en salud; la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

Estas actividades se veían fragmentadas a partir del Sistema de Riesgos Profesionales. Aquí, nuevamente se agrupa la financiación de las actividades de promoción y prevención en la entidades promotoras de salud del régimen subsidiado, el cual se había dividido; se retorna a las direcciones locales el 4,01% (art. 46 de la Ley 715 de 2001) y se asume un compromiso con prioridades en materia de salud

Catalina Latorre Santos
Jefe Departamento Salud Pública
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

5



de la población; se fortalecen las funciones de vigilancia del INVIMA y del INS, organismos adscritos al Ministerio de la Protección social con competencias fundamentales en el marco de vigilancia y control, acompañando y complementando las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

El texto del Plan Nacional de Salud Pública se organiza en los capítulos de alcance, conceptos, líneas de política, situación de salud, prioridades nacionales en salud, responsabilidad de los actores del sector salud, financiación y un anexo técnico de los objetivos y metas prioritarias en salud. La lectura a profundidad del recientemente aprobado y divulgado Plan Nacional de Salud Pública suscita interrogantes y emociones encontradas. Al tratar de comprenderlo y respetar los esfuerzos de quienes trabajaron en él, es evidente que la propuesta que este contiene trató de respetar ejercicios de consenso y debate.

El solo orden, el cual deja el análisis de la situación de salud como capítulo IV, empieza a generar desconcierto sobre los elementos fundamentales del debate, como eran la preocupación efectiva sobre la situación de salud y no sólo la solvencia financiera del sistema, amén de los obstáculos locales para una verdadera gestión de salud. Esta particularidad de forma produce incertidumbre sobre en qué se fundamentó realmente el Plan en su orden lógico y dificulta entender la verdadera dimensión que se dio al avanzar más en la salud como derecho y mejorar situaciones de salud, como han sido las controvertidas discusiones sobre indicadores, las cuales han preocupado constantemente al sector alrededor de cifras sobre la mortalidad materna, o los datos de enfermedades transmitidas por vectores, la cobertura de vacunación, los embarazos de adolescentes, etc.

En la búsqueda de coherencia en el documento, como se presentaba en un reciente

debate organizado por la Universidad Nacional, el haber concebido como enfoques del Plan todos los vigentes, como son: poblacional, de determinantes (campo de la salud) y gestión social del riesgo, hace que algunas definiciones sean restrictivas. Así ocurre con la de determinantes de salud, en la cual abre la posibilidad de considerar factores estructurales y socio-económicos que inciden en el proceso salud enfermedad, pero al definirlos explícitamente se enfatiza en el enfoque de campos de salud o se introducen elementos fundamentales para este. Tal es el caso de los aportes que a él ha hecho la medicina social, los cuales llevarían a una vinculación y legitimidad de debates no sólo en sector salud, sino también en otros sectores cuya relación con las condiciones de bienestar de la población son determinantes para la solución de fondo, con carácter colectivo y no individual.

Queda entonces la percepción de que en aras de la concertación la propuesta de varios enfoques dificulta buscar un hilo conductor coherente con la medida que se va desarrollando, la identificación de las líneas prioritarias, así como las estrategias, metas e indicadores. Al hacer la lectura de cada prioridad, con sus líneas de intervención, se tiene entonces una sensación de mezcla y proceso de planeación. Esto, proyecta unas actividades descontextualizadas a nivel local, muestra una clara intención centralizadora y deja la participación y realidad local perdida en una suerte de activismo que trata de ser innovador en su listado pero deja poca movilidad para la realidad local, a pesar de que repetitivamente, en la línea de promoción aparecerá la frase de “Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento...”

La intención de los enfoques se pierde. En últimas, se está enmarcado todo en el riesgo y los otros enfoques quedan subor-

6



Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 6 (13): 5-8, julio-diciembre de 2007

dinados a una o dos viñetas, repetitivas y estandarizadas, que no muestran realmente una respuesta ni los valores del enfoque de determinantes o el de gestión social del riesgo. El planteamiento acaba nuevamente estructurando las actividades desde el enfoque de niveles de prevención del riesgo, siendo coherente en este sentido y limitándose a actividades de prevención primaria y secundaria.

Por lo tanto, pese a un ejercicio sistemático de no descuidar para ninguna prioridad las actividades por cada estrategia, operativamente se leen una serie de puntos que generalizan actividades poco pertinentes para escenarios rurales o apartados, con grandes brechas frente a lo urbano/rural y no se precisa claramente la probabilidad de reconocimiento de lo local y el respeto a las diferencias étnicas y culturales, reconocidas como uno de los principios del Plan Nacional de Salud Pública. La selección de actividades deja además poco fundamento sobre la evidencia de su efectividad.

Estas consideraciones posiblemente se modifiquen con el trabajo actual de mesas de trabajo coordinadas por el Ministerio, organizadas en los temas de revisión de la evidencia científica para la adopción de las estrategias en salud pública costo efectivas, basadas en pruebas; desarrollo del diseño metodológico de formulación, intervención y adopción del plan de intervenciones colectiva; fase de planeación y priorización acorde con las diferencias regionales, étnicas y culturales; ejecución del plan de intervenciones colectivas y fase de seguimiento y evaluación de resultados y efectos del plan de intervenciones colectivas.

El compromiso del Plan con las prioridades en salud (infantil; sexual; reproductiva; oral; mental; lesiones violentas evitables; enfermedades transmisibles y zoonosis;

enfermedades crónicas no transmisibles; nutrición; seguridad sanitaria y del ambiente; seguridad en el trabajo y enfermedades de origen laboral; gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública) vuelve a la lógica de los programas del Sistema Nacional de Salud. Debe reconocerse que este enfoque fue frecuentemente solicitado como exitoso para el manejo de la Salud Pública; de hecho, el sector lo manifestó en múltiples debates en el marco de reforma a la Ley 100.

El esfuerzo de velar por que a cada prioridad se le pudiera cruzar uno a uno elementos en cada línea estratégica, es un ejercicio dispendioso, pero que al leerlo permite identificar duplicación de actividades, especialmente en nutrición y manejo de trastornos crónicos, entre otros, y muestra enfoques diferentes de conceptos en las líneas estratégicas; además, aparecen diversidad de agentes para la coordinación, como lo son los consejos territoriales y los consejos de zoonosis.

La conformación de mecanismos de coordinación local deja con poca claridad el liderazgo de las direcciones locales como articuladoras locales de los procesos, aunque promueve el Plan de Salud Territorial. Igualmente, se repite sistemáticamente la evaluación de estrategias educativas, pero van cambiando los actores de la promoción; esto puede ser válido según la prioridad, pero los términos y alcances confunden y mezclan denominaciones y definiciones en el marco teórico, y reflejan la participación de múltiples personas en su elaboración; además, posiblemente se fragmentaron tareas y se perdieron ocasiones de integración y coherencia en la redacción. Igual pasa con el componente de vigilancia y conocimiento, el cual es innovador por rescatar el vínculo con Colciencias, oportunidad no debidamente aprovechada por el sector, pero aparece un compromiso con capacitación de recurso



humano el cual es repetido pero impreciso y sin identificación de responsables finales, aunque ya en el apartado de competencias se asigna tal responsabilidad a las entidades promotoras de salud. La vigilancia se mueve para algunas prioridades con alta especificidad y para otros en puntos vagos y generales; no se menciona el sistema de información que la va a respaldar.

Finalmente, la propuesta de metas e indicadores, como se ha dicho en algunos debates, es reflejo de una mezcla de enfoques que posiblemente no permita hacer un análisis inferencial de las asociaciones entre las intervenciones y los resultados. Es curioso que las modificaciones a los indicadores para algunas prioridades son más altas (en exigencia), mientras que para otras prima el lograr por lo menos no empeorar. De igual forma, al hacer el ejercicio de metas hacia estrategias, se hace evidente que no hay correspondencia. Así, por ejemplo, para la prioridad de salud sexual y reproductiva se selecciona como indicador cobertura universal para terapia antirretroviral para VIH positivos, y en el desarrollo de estrategias no hay actividades que se relacionen con el indicador; igual pasa con la lepra, en donde esta aparece como indicador de resultado, pero no se mencionan en las actividades.

Desde una perspectiva académica se hace difícil entender la intencionalidad de un

documento en un corto plazo (4 años), para los cuales el 2007 se contabiliza, que tiene variedad de enfoques agrupados en actividades y mezcla de teorías; sin embargo, el mismo puede ser valorado como oportunidad. Asimismo, llama la atención que en la asignación de competencias no se halla mencionado a los aseguradores, ya que las entidades promotoras de salud, tanto de régimen subsidiado como de contributivo, están comprometidas con acciones relacionadas con promoción de entornos saludables, conformación de redes de apoyo y usuarios que faciliten los procesos de mejoramiento de la salud y calidad de vida, así como el mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y la capacitación en salud pública. Estos compromisos son alentadores si las aseguradoras se comprometen con ellos y son involucradas directamente con los nuevos procesos de recertificación, ya que a estas se asignan las competencias de capacitación del recurso humano.

Debe esperarse que la confiabilidad de los sistemas de información y la unificación de información sobre las líneas de base permitan hacer seguimientos reales a los indicadores seleccionados y que la oportunidad para problemas prioritarios, no visibilizados ni asumidos explícitamente en reglamentaciones anteriores, como son la salud mental y el conocimiento, sean aprovechados en esta nueva página de la salud pública del país.



ADMINISTRACIÓN DE SALUD

CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

ESPECIALIZACIÓN EN

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

