

Perspectivas de la Epidemiología en la Reforma de la Seguridad Social

Hernán Málaga¹

Médico Veterinario. Maestría Preventiva Medicina Veterinaria – MPVM.
Representante en Colombia de la Organización Panamericana de la Salud -
Organización Mundial de la Salud. Apartado Aéreo 253367. Santafé de Bogotá.

RESUMEN

La reforma a la Seguridad Social en Salud ha generado nuevos campos de acción para la epidemiología, en especial los relacionados con las estrategias de justicia social y sanitaria. En la primera estrategia el método epidemiológico puede operar en el diagnóstico y priorización, así como en la elaboración del modelo para la intervención, preservando o mejorando la equidad. En la segunda, la orientación de la epidemiología en la administración de servicios evitaría desvíos y propondría correcciones para optimizar su uso, buscando eliminar los factores injustos evitables.

Palabras Claves: Equidad, epidemiología, prevención, promoción.

ABSTRACT

Perspectives for epidemiology within the reform to the social security

The reform to the social security systems generated new fields of action for epidemiology, particularly those related to strategies for social and sanitary justice. In the first strategy the epidemiological method can operate in the diagnosis and in the process of establishing priorities, as well as in the design of the model form intervention, preserving or improving equity. In the second, the orientation of epidemiology for the administrations of health services would prevent deviations and would suggest corrections to optimize their use, aiming at the elimination of those unjust factors that can be avoided.

¹ Trabajo presentado en la IX Reunión Científica de la Asociación Venezolana de Epidemiología, Maracay, Octubre 21-23 de 1998, y en las Novenas Jornadas Colombianas de Epidemiología, Noviembre 9-13 de 1998.

Key Words: Equity, epidemiology, prevention, promotion.

América Latina ha tenido un modelo de desarrollo elitista que ha creado profundas y peligrosas brechas sociales. Estas han conducido a iniquidades en salud, generando grandes diferencias en el acceso a la infraestructura de salud, en la enfermedad y la muerte, según las condiciones de vida de las poblaciones. Así por ejemplo, en Venezuela la tasa de mortalidad infantil es dos veces y media más alta en las parroquias que tienen entre 90 y 100 % de Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, cuando se les compara con el grupo que tiene entre cero y 10 % de NBI. La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles es tres veces superior en el extremo y las tasas de mortalidad por causas perinatales es seis veces mayor. Prácticamente todos los casos de tétanos neonatal registrados en los últimos años ocurrieron en los municipios que tienen el 70% más de la población con NBI (1). En Colombia, con base en los resultados del censo de 1993 en la información de mortalidad del mismo año, se pudo establecer que las localidades con menor desarrollo socio - económico y más NBI tienen los porcentajes más altos de muertes sin diagnóstico o de causa no definida, consecuencia de la iniquidad en el acceso a los Servicios de Salud, en contraste con la mortalidad certificada constitucionalmente en aquellas con mayor desarrollo y menos NBI (2).

Como respuesta a estas realidades el Ministerio de Salud de Colombia y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela han planteado una estrategia de Municipios Saludables por la Paz y de Municipios hacia la Salud respectivamente. La estrategia está centrada en la participación y empoderamiento de los grupos más vulnerables de la población; se privilegia la promoción con enfoque de oportunidad de vida tendiente a la búsqueda de la justicia social, ya que la salud depende de otros factores que no tienen que ver sólo con lo asistencial médico y estos tienen una prioridad menor, por su capacidad resolutive. Si se gasta una cuota exagerada en la atención a la enfermedad se podría distraer recursos que son más eficaces en otros sectores y esto podría traer más perjuicio hacia la salud.

Mediante esta estrategia se busca hacer realidad la misión de la Salud Pública de asegurar las condiciones en las cuales la gente puede

estar saludable (3) reduciéndose y/o eliminándose los factores evitables e injustos que condicionan diferencias en oportunidad de vida. En ambos países la metodología utiliza tres enfoques estratégicos: voluntad política, participación comunitaria y negociación intersectorial. El proceso se inicia por un diagnóstico participativo de las condiciones de salud y bienestar de la población, procurando la priorización de problemas sentidos que afectan negativamente el desarrollo humano y la equidad. Como resultados, en Venezuela se formaron redes a niveles de Estado y una red nacional habiéndose focalizado los municipios con mayores NBI. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social acompaña los procesos y se logra un trabajo interagencial e intersectorial para apoyar las iniciativas locales.

En Colombia se han desarrollado iniciativas en donde se ha conseguido la conciliación de las necesidades sentidas de la comunidad con los planes de desarrollo municipal en grandes ciudades y en municipios pequeños el establecimiento de auténticas democracias, fortaleciéndose los procesos de paz. Para disminuir las diferencias en el acceso a los servicios de salud (promoción de enfoque de riesgo, prevención, curación y rehabilitación) y a las diferencias de calidad en Colombia se ha seguido un proceso de descentralización amparado en las Leyes 10 y 60, y un proceso de Reforma de la Seguridad Social amparado en la Ley 100, para alcanzar la cobertura universal de la Seguridad Social en Salud.

El Sistema General de Seguridad Social de Colombia establece un trascendental cambio administrativo y funcional del sector y su plena implementación será una herramienta muy fácil contra las iniquidades en el acceso, ya que aumenta la capacidad de pago a los más pobres a través del Régimen Subsidiado, disminuyendo de esta forma las barreras de acceso de carácter económico, empodera las comunidades al exigirles que concierten entre ellas las condiciones de aseguramiento y prestación de los servicios de salud, posibilitando superar las barreras culturales, y al haber cambiado hacia el subsidio a la demanda podría producir paulatinamente un reordenamiento de la oferta mejorando la accesibilidad geográfica y la distribución del recurso humano en la salud.

Sin embargo, la búsqueda de la Justicia Sanitaria, tiene en su implementación algunos desvíos, entre ellos la focalización en áreas donde no hay acceso a los servicios de salud, las diferencias en los niveles de desarrollo de la red de instituciones prestadoras de servicios a nivel municipal, el no mejoramiento de la calidad en los servicios de las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS, la no priorización por las Empresas Promotoras de Salud-EPS y las Administradoras del Régimen Subsidiado-ARS de la prevención y de la promoción, y la desviación de recursos en favor de intermediarios financieros.

NO FOCALIZACION EN AREAS SIN ACCESO A LOS SERVICIOS

En América Latina se privilegiaron las acciones asistenciales concentrándose estas en los hospitales de grandes áreas urbanas, se promovió el uso de tecnologías de alto costo y se generó desigualdad en la distribución y en el acceso a los servicios. Estos fueron establecidos en función de valores políticos y valores económicos y de otros valores utilitarios no concordantes con la necesidad, lo que impide cumplir con los principios de igualdad sanitaria: "a igual necesidad igual acceso a la atención disponible, igual utilización e igual calidad de la atención para todos" (4). Esta premisa debería de ser el eje conductor de los procesos de reforma del sector salud; sin embargo, en la reforma sectorial que se aplica en Colombia este principio no ha sido seguido, toda vez que al estimar la relación entre el porcentaje de población con NBI de los diferentes departamentos, con el avance en el porcentaje de población con NBI afiliada al régimen subsidiado hemos encontrado que no existe una asociación entre pobreza y la inscripción al régimen subsidiado, encontrándose un coeficiente de correlación $r = -0,23$ lo que indica que sólo en 5 de 16 Departamentos que tienen más de 50 % de NBI, se alcanza una afiliación por encima de la mediana del país (40 % de su población pobre) mientras que 12 de los 17 Departamentos que tienen menos de 50 % de NBI se ha alcanzado este nivel de afiliación. De acuerdo con estadísticas del Ministerio de Salud, en 1998 se estimó la población colombiana en 40 800 000 habitantes, de los cuales 21 585 254 (53 % de la población del país) estaban afiliados, 14 588 564 en el régimen contributivo y 7 026 690 en el régimen subsidiado, por lo que las coberturas durante

1997 habrían avanzado en un 25,7 % en la población subsidiada y sólo 8,4 % en el régimen contributivo, lo que evidencia el énfasis dado a los subsidiados. Sin embargo, esta aceleración provino fundamentalmente de las grandes ciudades, mientras los Departamentos más postergados como Vaupés, Guainía, Bolívar, Atlántico, Córdoba, Guajira, Sucre, Amazonas, Nariño, Tolima y Putumayo sólo alcanzaron coberturas inferiores al 40 %.

En una reciente reunión de Secretarios de Salud realizada en Bogotá se recomendó incluir el nivel de NBI municipal, con el objeto de darle la prioridad en la inscripción al régimen subsidiado a los municipios más postergados de cada Departamento. Actualmente sólo se prioriza en el nivel local a través de lo que se denomina el SISBEN (sistema de identificación de beneficiarios de programas de salud, vivienda, educación, etc.) y esta clasificación se compara por veedores municipales con las condiciones de pobreza de los beneficiarios. Sin embargo, esto se presta a manipulaciones políticas y de otra índole, por lo que la intervención de la epidemiología en el nivel local para esta constatación se hace importante.

DIFERENTES NIVELES DE DESARROLLO DE LAS REDES DE IPS

En los procesos de reforma surgen nuevos autores y nuevas responsabilidades. En Colombia, el nivel central retuvo las funciones de definir políticas, prestar asesorías, dar apoyo y llevar a cabo la vigilancia y el control. A los Departamentos les corresponde adaptar las políticas y dar asesorías, además de realizar la vigilancia y el control, y los Municipios planifican y ejecutan los programas de prevención y control, integrados dentro del plan de atención básica (5).

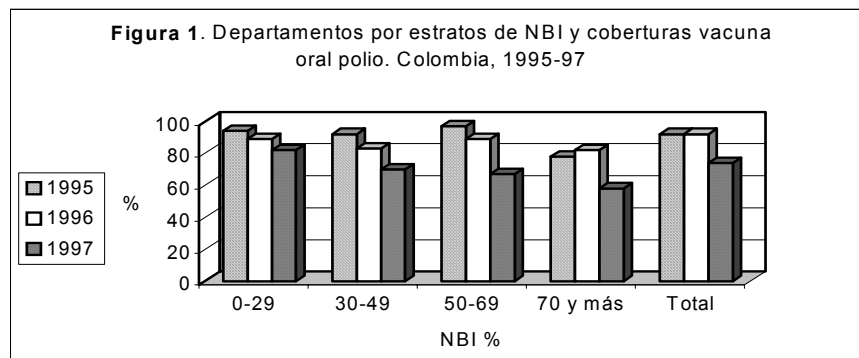
En el Programa Ampliado de Inmunizaciones, se ha requerido evaluar el efecto de esta descentralización en las coberturas de las inmunizaciones, estudiándose doce municipios, seis de ellos descentralizados y seis no descentralizados con similares porcentajes de NBI, en los que previamente existía una sede del programa ubicada en el Hospital o Centro de salud más grande. En uno de ellos se suspendió el programa de vacunación del Hospital y se trasladó a la Secretaría de Salud Municipal que funciona en un local no identificado por la

comunidad. Sin embargo, los datos obtenidos no fueron suficientes para realizar un análisis más completo que permitiera, por ejemplo, realizar comparaciones de cobertura entre pares de Municipios por todos los biológicos. En este estudio, se detectó como problema que el vacunador debe identificar el régimen al que pertenece el usuario para estimar quién factura y a quién se le carga la factura dificultándose el programa; además, el presupuesto asignado para vacunación en los municipios puede ser utilizado para otros fines, que la autoridad competente considere de mayor prioridad (6). La evolución de las coberturas de vacunación antipoliomélica, al comparar los periodos 1995-1996 (fases previas a la descentralización), con respecto a los años de 1997-1998 por Departamentos, evidencia un claro deterioro, correlacionado con las condiciones de vida; es decir, en los Departamentos donde el porcentaje de NBI es mayor, la disminución de las coberturas es también mayor que en los Departamentos donde existen mejores condiciones de vida y hay un mayor desarrollo de los servicios (Figura 1). En cuanto a la malaria se ha realizado un informe del Programa de Control en Colombia, en el cual se encontró desigualdad en el grado de desarrollo de los Servicios de Salud y en su grado de compromiso con el programa, factores estos que determinan la implementación de acciones sostenibles para lograr impactos reales sobre el comportamiento de la patología y que, en general, la vigilancia epidemiología presenta fallas, especialmente en el sistema de información, que no se ha logrado unificar, ya que se manejan registros diferentes en cada Departamento. También es una deficiencia la falta de sistematización de la información sobre las enfermedades de transmisión vectorial, información que no se analiza de manera uniforme en los diferentes entes territoriales (5). Por estas evidencias, el proceso de descentralización y transferencia de competencias debe tener en cuenta que el nivel nacional focalice el máximo de vigilancia y control de los programas, fundamentalmente en las regiones más postergadas del país y de ser necesario tendrá que continuarse ejerciendo programas dirigidos desde el nivel nacional para estas regiones.

INVERSIONES EN SISTEMAS MUNICIPALES DE SALUD

Colombia tiene un préstamo de 50 millones de dólares del Banco Mundial, que se invierten en 81 municipios. El 64 % de los munici-

pios seleccionados tienen un NBI de más del 50 %. Este es un criterio muy importante a tomar en consideración para el desarrollo de áreas piloto, ya que el objetivo fundamental debe ser la búsqueda de la equidad en el acceso a los servicios, y por lo tanto, deben invertirse con énfasis en las áreas más postergadas.



PRIVILEGIAR LA PROMOCION Y LA PREVENCIÓN

En Colombia se estimó en 1996 el total de gasto en salud en 6 billones 964 620 millones de pesos, lo que correspondió al 10 % del PIB de dicho año. De estos el gasto público representó el 4,1 % y el gasto privado 5,9 % (7). El gasto en promoción y prevención para 1997 se estimó por parte del Plan de Atención Básica-PAB en 93 534 millones de pesos y el Plan Obligatorio de Salud - POS, en 403 727 millones de peso, más los aportes del impuesto de las municiones y explosivos, que se obtienen a través del Programa de Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia Pacífica, con 1 211 millones, lo que sumado da 498 472 millones de pesos. A esto habría que sumarle el presupuesto de inversión del Instituto Nacional de Salud, estimado en 5 613 millones para 1999, y el presupuesto del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos en 2 547 millones de pesos para el mismo año. Se obtendría que aproximadamente el 5 % de todo el gasto en salud se destina a la promoción y a la prevención (8).

En un estudio denominado "Análisis de la Ejecución de las Actividades de Prevención en las Entidades Promotoras de Salud", se eva-

luaron 31 EPS, en 1997. En esta evaluación se obtuvo que en los once Programas Obligatorios existentes, cinco de ellos consumen el 86,3 % de los recursos, siendo el Programa de Salud Oral, el primero en el gasto, con 30,2 %; el segundo, prevención de enfermedades relacionada con el embarazo, parto y puerperio, con el 18,5 %; el PAI ocupa el séptimo lugar en la inversión, con un 2 % y el menor gasto reportado corresponde al Programa de Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual e infección por VIH-SIDA; la prevención del tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia, representó un gasto muy bajo. El gasto fue mayor en las actividades obligatorias: de 1996 a 1997 se pasó de un 41,8 a un 74,8 %; las actividades optativas tuvieron una reducción al pasar de un 44,8 a un 25,1 % en el mismo período. En las actividades optativas se encuentran las áreas de educación, publicaciones, vacunas no incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, otros tamizajes y otros grupos de riesgo. También ha disminuido el gasto en actividades no pertinentes, al pasar de un 12,8 de total en 1996 a sólo 0,12 %, en 1997. Las no pertinentes son las de mercadeo, administrativas, áreas de POS, las referidas a las consultas de infección respiratoria aguda y de enfermedad diarreica aguda, y otras. No obstante que la resolución 4 268 define el Plan de Atención Básica y menciona que para facilitar el desarrollo de acciones de promoción de la salud en el ámbito distrital o municipal se podrá implementar la estrategia de municipios saludables como una propuesta de acción local para movilizar, convocar recursos y comprometer esfuerzos intersectoriales y comunitarios en la perspectiva de un trabajo integral por el bienestar y el desarrollo social de su población, esta no es una actividad obligatoria, y asignarle recursos o no, queda como una opción.

DESVIACION DE RECURSOS EN FAVOR DE INTERMEDIARIOS FINANCIEROS

Si bien esta no es una obligación de fiscalización por parte de la Epidemiología, sino que le corresponde a la Superintendencia de Salud, la carencia de buenos sistemas de información, tanto al nivel de vigilancia de las oportunidades de vida como de vigilancia de la morbi-mortalidad y la falta de una buena caracterización de la población inscrita

en las EPS y ARS, no permite hacer una correcta vigilancia y control de la forma como los recursos de salud se están invirtiendo en el país. Esto puede dar lugar a posibles desvíos en el uso de los recursos, los que en muchas oportunidades, se quedan en manos de los intermediarios financieros y no llegan a los ejecutores de las acciones.

CONCLUSIONES

En la estrategia de justicia social el método epidemiológico puede operar en el diagnóstico y priorización, así como en la elaboración del modelo para la intervención, en la fijación de resultados esperados y sus indicadores, y en la verificación de la disminución de las brechas de oportunidad de vida para el logro de la equidad en salud. En la estrategia de justicia sanitaria, la orientación de la epidemiología en la administración de servicios evitaría desvíos y propondría correcciones para optimizar su uso, y mediante el enfoque de riesgo, buscaría eliminar los factores injustos evitables ▶

REFERENCIAS

1. UCV, OPS, MSAS. Perfiles de Mortalidad según condiciones de vida: Experiencia en Venezuela. Bol. Epidemiol. OPS;1993.14 (3):11-14.
2. DANE, Ministerio de Salud, OPS. Condiciones de Vida y Salud en Colombia, Informe Preliminar;1998. p.11.
3. Mann J. Medicine and Public Health Ethics and Human Rights. Hasting Center Report;1997. 27 (3): 6-13.
4. Whitehead M. Conceptos y Principios de Igualdad y Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España;1990. p. 32.
5. OPS. Informe de Evaluación del Programa de Control de Malaria en Colombia. OPS/HCP/HCT/112-98;1998. p. 53.
6. Herrera N, Mercado V, Ghisays G. Influencia del Proceso de Descentralización en el Programa Ampliado de Inmunizaciones;1998. p. 32 (Documento mecanografiado).
7. Vargas JE, Sarmiento A. Descentralización de los Servicios de Educación y salud en Colombia;1997. p. 35 (Documento mecanografiado).
8. Ministerio de Salud. Dirección de Promoción de la Salud. Informes varios;1998.
9. Ministerio de Salud. Análisis de Ejecución de las actividades de Promoción y Prevención en las Entidades Promotoras de Salud, vigencia 1997;1998. p. 27. (Documento mecanografiado).