

## **Veeduría Ciudadana al Plan de Desarrollo de Medellín: análisis del componente salud**

***María Esperanza Echeverri L.***

Profesora, Facultad Nacional de Salud Pública  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia

***Luz Stella Álvarez C.***

Profesora, Escuela de Nutrición y Dietética  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia

### **Resumen**

*En Colombia, al igual que en otros países latinoamericanos, en los últimos años se introdujeron cambios radicales en los sistemas de salud y en la planeación del desarrollo. Hay una nueva normatividad que contiene la tensión entre la implantación de políticas de corte neoliberal con una impronta de rentabilidad económica y competitividad abierta y las políticas democráticas que buscan superar los viejos problemas de inequidad y exclusión. Los planes de desarrollo de las*

*ciudades colombianas no escapan a esta dinámica conflictiva. El presente estudio, elaborado para la Veeduría Ciudadana al Plan de Desarrollo de Medellín hace un balance de los resultados del Plan de Desarrollo Municipal 1995-1997, respecto a los objetivos planteados para el sector salud. En él se destacan problemas y conflictos estructurales derivados de la esencia misma del nuevo sistema de salud así como las fortalezas, debilidades y errores de la administración municipal en la conducción del sector en la ciudad.*

**Palabras clave:** *plan de desarrollo, inequidad en salud, red de servicios.*

### **Abstract**

*In Colombia, like in other Latin American countries, in the last years new changes have been introduced to the health system and development planning. There are new rules that hold the tension between the implementation of neoliberal policies with economic interests and open competition, and democratic policies that see to overcome the old problems of inequity and exclusion. Development plans for cities in Colombia are not exempt of this conflictive dynamics. This study, conducted by the Citizens Advocacy group for the Development Plan of Medellín, summarizes the results of the City Development Plan for 1995-1997 in the health sector. It highlights the problems and structural conflicts derived from the core of the new health system as well as the strengths, weaknesses and mistakes made by the city's administration.*

**Key words:** *development plan, inequity in health, net of services.*

### **Introducción**

La Veeduría Ciudadana al Plan de Desarrollo de Medellín, en convenio con la Contraloría Municipal emprendió la tarea de hacer un balance del Plan de Desarrollo 1995-1997, cuyos resultados fueron presentados en un Seminario realizado en Medellín los días 27 y 28 de noviembre de 1997. Este informe es el balance del componente de salud del Plan.

Fue realizado con base en entrevistas a funcionarios de la Secretaría de Salud y Metrosalud, dirigentes de organizaciones gremiales y de Organismos No Gubernamentales, profesores universitarios expertos en el tema y administradores de Empresas Promotoras de Salud.

En los primeros cinco capítulos se analizan cada uno de los objetivos que el Plan se propuso

para el período 1995-1997, estableciendo las metas logradas, los puntos críticos y los asuntos que quedan por resolverse. Finalmente se presentan las conclusiones y se plantean algunas propuestas y sugerencias para el próximo plan de desarrollo.

### *1. Proceso de estructuración de una instancia de dirección para la salud en la ciudad*

El Plan de Desarrollo 1995-1997 se propuso como objetivo, en el marco de la reforma a la salud, consolidar la Dirección Local de Salud y Seguridad Social garantizando su modernización, y autonomía financiera y administrativa.

En la evaluación de este objetivo se destacan dos balances:

1.1. Un proceso de transición traumático, demorado y todavía inconcluso que ha generado o profundizado las dificultades en la gestión administrativa, financiera, en la asunción de competencias y en la direccionalidad de la salud en la ciudad.

En la mayor parte del período 1995-1997 y debido a la transición y a los frecuentes cambios en las propuestas sobre la

forma jurídica de la Secretaría de Salud, Metrosalud asumió las funciones de direccionamiento de la salud en la ciudad y aún hoy, pese a que el proceso de escisión se inició en octubre de 1996 con la creación de la Secretaría de Seguridad Social en Salud, y la constitución de Metrosalud como Empresa Social del Estado, esta última instancia realiza por contrato, algunas funciones de la Secretaría (p.e. manejo de presupuesto).\*

Esta situación ha representado en la práctica\*, además de dificultades en la gestión por la no separación definitiva de competencias, una carga financiera adicional a los crónicos problemas de financiamiento de la salud porque no se ha reestructurado la planta de cargos de Metrosalud y un retraso de un año en la conformación del máximo organismo rector y decisorio, con participación de la población: el Consejo Municipal de Seguridad Social\*\*.

1.2. La conformación de una Secretaría de Seguridad Social en Salud, que aunque en su orientación formal, (Plan de Desarrollo Institucional), identifica acertadamente problemas críticos de salud en la ciudad, no ha logrado

Entrevistas en octubre de 1996 con un miembro de la Junta Directiva de Metrosalud y con la Secretaría de Seguridad Social en Salud.

En octubre de 1997, un año después de la creación legal de la Secretaría de Seguridad Social en Salud del Municipio de Medellín, se realizó convocatoria en prensa para la conformación de este Consejo.

posicionarse aún como instancia de Dirección Local de Salud.

- Aunque el proceso de conformación de la Secretaría de Salud viene de tiempo atrás, sólo hasta abril del 1997 se nombró con continuidad un secretario de salud municipal y se empezó a proveer una planta de cargos propia. Si bien siete meses pueden ser insuficientes para evaluar esa gestión, no se advierte aún un liderazgo visible o un posicionamiento público frente a las áreas críticas de la salud en la ciudad.

- No existe relación entre la Secretaría de Salud y Metrosalud en términos de alianza estratégica en la perspectiva de un Plan de Desarrollo que pretenda afrontar problemas críticos de salud. Una relación con esta orientación permitiría aprovechar las fortalezas de Metrosalud, que ahora está constituida como Empresa Social del Estado (ESE) con 51 Instituciones prestadoras de Servicios (IPS)\*, además ha logrado desde su trayectoria en la gestión sanitaria en la ciudad desarrollar fortalezas, especialmente en salud pública, tener credibilidad y aceptación en la población y en otras Empresas Promotoras de Salud privadas (EPS) y aun con todos los problemas de baja cobertura y exclusión, viene atendiendo a la

población más vulnerable o sea la que no tiene el acceso al aseguramiento.\*\*

- El desarrollo de la salud en la ciudad en el período 1995-1997 está atravesado por las lógicas introducidas por la Ley 100 de 1993, especialmente la competitividad y la rentabilidad económica; por su parte, el Plan de Desarrollo Institucional de la Secretaría de Seguridad Social en Salud, partiendo de una lógica distinta, identifica en buena medida en sus políticas, objetivos y metas, los problemas críticos de salud de la ciudad p.e.: la necesidad de analizar la red de servicios, de definir políticas en salud pública (Plan de Atención Básica); y para la población no asegurada, de aumentar la afiliación al sistema de aseguramiento.<sup>1</sup> En esa perspectiva, la tarea del próximo Plan de Desarrollo, será llevar a la práctica esas declaraciones formales privilegiando la intencionalidad sanitarista sobre las lógicas de competitividad y rentabilidad económica.

## *2. Prestación de servicios*

El Plan 1995-1997 se propuso como objetivo garantizar la oportunidad y accesibilidad a los servicios de salud para la pobla-

ción de Medellín aplicando como estrategias la afiliación gradual al 100% de las personas de los estratos socioeconómicos 1 y 2 que lo requiriesen así: en 1995: 25%, en 1996 al 50% y en 1997 al 25% y la conformación de la Dirección Local de Salud como Empresa Promotora de Salud (EPS) transitoria para la administración oportuna y con calidad del régimen subsidiado<sup>2</sup>.

El balance muestra que pese a los esfuerzos realizados en el último año (sept/96-sept/97) por aumentar el aseguramiento en salud para la población más pobre (o sea la afiliación a una ARS: Administradora del Régimen Subsidiado para los niveles 1 y 2 del SISBEN), las metas propuestas no se cumplieron ya fuera por problemas estructurales derivados de la concepción de la Ley 100 de 1993 o por otros propios de la gestión local.

En términos de la prestación de servicios se encuentran cuatro áreas críticas:

2.1. Inequidad y exclusión en el aseguramiento y en la prestación de servicios de salud, por la baja cobertura del régimen subsidiado.

2.2. Un gran volumen de población caracterizada a nuestro modo de ver como altamente vulnerable, pues aunque recibe servicios de salud cuando los demanda, no ha accedido al aseguramiento teniendo derecho a él.

2.3. Un porcentaje significativo de población que por disposición normativa no pertenece a ninguno de los dos regímenes establecidos en el Ley 100 de 1993 —Contributivo y Subsidiado— y que paradójicamente se denomina “vinculada”. Este grupo además de la vulnerabilidad descrita, debe pagar tarifas altas por los servicios de salud y su situación actual y futura es de alta incertidumbre, pues su proporción en vez de disminuir como lo prevé la ley, posiblemente esté aumentando.

2.4. Implantación precaria y en algunos casos, inexistente de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto a nivel individual —lo cual es responsabilidad de cada EPS—, como en las erráticas políticas de salud pública colectiva (Plan de Atención Básica), las cuales competen a la Secretaría de Seguridad Social en Salud de Medellín.

No existe un dato preciso de la población, pues se requeriría establecer el porcentaje de población pobre no cubierta por ningún régimen de aseguramiento y no se dispone de ese dato para Medellín.

A continuación se detallarán cada una de estas áreas críticas:

2.1. Inequidad y exclusión en el aseguramiento y en la prestación de servicios de salud, por la baja cobertura del régimen subsidiado pese a que entre sept. 96 y sept. 97 la afiliación pasó de 94.000 a 213.985 personas, lo que significa un aumento del 228%. El régimen subsidiado cubre los servicios de salud básicos no especializados, algunos especializados y las enfermedades de alto costo para la población más pobre clasificada en los niveles 1, 2 y

3 de acuerdo al Sistema de identificación y selección de beneficiarios (SISBEN) mediante su afiliación a una ARS, que garantiza el aseguramiento.

- De la meta propuesta para 1997 que era la de cubrir el 100% de la población de los estratos 1 y 2 que lo requiriesen sólo se han afiliado a septiembre de 1997 a una ARS, 213.985 personas; esta cifra corresponde al 32.6% de la población identificada hasta el momento —falta por pensar el 1%— en los niveles 1, 2 y 3 de acuerdo al SISBEN (ver cuadro).

**Población afiliada al régimen subsidiado. Medellín 1997**

Población de estratos 1 y 2	Población clasificada en niveles I, II, III de SISBEN.	Población afiliada al régimen subsidiado.	Porcentaje de afiliación vs clasificación SISBEN.	Población excluida vs SISBEN**	Población no afiliada vs total estratos 1 y 2***
767.284	656.970	213.985	32.6%	442.985	553.299

- Si se tomara el total de población de los estratos socioeconómicos 1 y 2 (767.284

habitantes) en primera instancia estarían por fuera del aseguramiento 553.299 personas, pero

María Esperanza Echeverri L

La prestación de servicios de salud por disposición legal esta organizada en cuatro niveles de atención, ordenados según la complejidad tecnológica y la capacidad resolutoria de problemas de salud. El plan de beneficios para el régimen subsidiado está constituido por los servicios del primer nivel de atención incluyendo los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; los servicios de pediatría, oftalmología, ginecología y obstetricia de segundo y tercer nivel; algunos procedimientos quirúrgicos (apendicectomía, colecistectomía e histerectomía) y las enfermedades catastróficas de alto costo (p.e: SIDA, Cáncer). Información obtenida con un funcionario de la EPS de COOMEVA, y con el Jefe de Planeación de Metrosalud de Medellín, noviembre de 1997.

\*\* Tomando como referencia la población clasificada en los Niveles I II y III SISBEN.

\*\*\* Tomando como referencia total de la población en estratos 1 y 2.

falta un 1% de esta población por censar (otros expertos creen que el porcentaje es más alto) y se desconoce cuantos, eventualmente estarían en el régimen contributivo. Por eso no es posible precisar un dato de excluidos con base en la población total.

El cálculo aproximado de la población excluida del aseguramiento por el Régimen Subsidiado hay que hacerlo entonces sobre la población identificada por el SISBEN, y sería a sept./97 de 442.985 personas.

La evaluación y perspectivas del Régimen Subsidiado muestra lo siguiente:

- Hay exclusión e inequidad porque no han tenido acceso al aseguramiento 442.985 personas o sea el 67.4% de la población que tiene el derecho legal, pese a los esfuerzos de la Secretaría de Seguridad Social en Salud por aumentar la afiliación a las ARS, ampliando la cobertura del régimen subsidiado en un 228% en un año. Tal situación pone de presente de un lado, los problemas de la gestión local para poner en funcionamiento el régimen subsidiado (contrato con varias entidades para realizar el censo, áreas sin censar, demoras para iniciar la afiliación) y de otro lado problemas estructurales como la probable subestimación de las cifras de pobreza en la ciudad, la heterogeneidad y complejidad de la pobreza, para los cuales el

SISBEN como instrumento es insuficiente y la ineficacia en la relación costo-beneficio de la focalización del gasto social, donde hay altos porcentajes de población en pobreza.

- La afiliación al régimen subsidiado efectivamente está beneficiando a la población más pobre pues el grupo de 213.985 afiliados está conformado por el 100% de la población del nivel 1 de SISBEN (64.437 personas), más el 60% (149.528 personas) del nivel 2 y algunas personas del nivel 3<sup>3</sup>. Sin embargo aquí hay otras dificultades pues aunque permanentemente se esté realizando censo (actualización, revisita, solicitud de la población) no se ha alcanzado a cubrir algunas zonas de la ciudad ni a compensar con igual velocidad la movilidad de la población en un sentido negativo, es decir el empobrecimiento de nuevos sectores de la población, derivado de la actual situación de recesión económica y desempleo del país y de la ciudad.

- Las perspectivas del Régimen Subsidiado partiendo del escenario actual no apuntan a solucionar los problemas descritos, pues aunque la Secretaría de Seguridad Social en Salud, propuso aumentar para 1998, en un 25% la afiliación a las ARS de la población más pobre, la política nacional de restricción del gasto público, sólo da para mantener el nivel actual de aseguramiento<sup>3</sup>. Además la crisis podría agravarse

aún más si no mejora la situación de empleo y de crecimiento económico, pues esto representa en la práctica menor volumen de población por fuera del régimen contributivo que es el que asegura a los trabajadores y sus familias y en consecuencia mayor proporción de población vulnerable "vinculada" o usuaria potencial del régimen subsidiado.

- La indefinición jurídica y las discontinuidades en la orientación para la conformación de la Dirección Local de Salud en el transcurso del año 1995 y parte de 1996, provocaron el aplazamiento en la implantación del régimen subsidiado. No se puso en marcha la estrategia de salud de conformar una EPS pública transitoria para administrarlo "con calidad y oportunidad". Actualmente las quejas de la población pobre, por la exclusión del régimen subsidiado ocupan el primer lugar en el país\* y el segundo en Medellín\*\*.

La situación del régimen subsidiado plantea la pregunta por

el cómo se está resolviendo en la práctica la prestación de servicios para la población asegurada de la ciudad y esto nos remite a la segunda área crítica.

2.2. Un gran volumen de población altamente vulnerable, pues aunque recibe servicios de salud cuando los demanda, no ha accedido al aseguramiento teniendo derecho a él.

De la población excluida del aseguramiento (553.299 según las metas del plan o 442.985 según la Ley 100 de 1993) 385.000 personas han sido atendidas a septiembre de 1997 con servicios de salud básicos o especializados y los costos han sido asumidos por el Municipio o el Departamento\*\*\* según el caso (atención no especializada o de primer nivel por el municipio, y especializada por el departamento) vía subsidio a la oferta\*\*\*\*.

Interesa destacar que de esta población accede entonces a los servicios de salud pero no al aseguramiento que es lo que

\* Entrevista con la Jefe de la División de Atención al Usuario de la Superintendencia Nacional de Salud. Santafé de Bogotá. Noviembre 11 de 1997.

\*\* Entrevista con el Coordinador del Área de Salud de la Defensoría Regional del Pueblo. Medellín, noviembre 21 de 1997.

\*\*\* La Ley 10/90 que estableció la descentralización de competencias y recursos para el sector salud en el país, definió que la responsabilidad administrativa, funcional y financiera para los servicios de primer nivel están a cargo del municipio y los de segundo y tercer nivel que corresponden a la atención especializada están a cargo del Departamento.

\*\*\*\* El subsidio a la oferta son los recursos que el Estado entrega directamente a los hospitales e instituciones públicas para financiar la prestación de servicios de salud a las personas que no están afiliadas al aseguramiento. La Ley 100/93 prevé que estos recursos irán disminuyendo gradualmente a medida que se universalice dicho aseguramiento.



verdaderamente garantizaría una inclusión más permanente y a futuro en el sistema, por eso su situación es de alta incertidumbre y vulnerabilidad pues la ley se orienta al desmonte gradual de subsidio a la oferta.

Quedan además las preguntas por los 168.299 (553.299 sin ARS - 385.000 con servicios pero sin ARS = 168.299) que no tienen ni aseguramiento ni servicios ¿Cuántas están cubiertas por el Régimen Contributivo? ¿No han buscado estas personas la atención en salud? ¿La han o no necesitado? ¿Cómo están solucionando sus problemas de salud? ¿La exclusión generada por el Régimen Subsidiado condiciona la demanda? Éste es uno de los muchos vacíos del sistema de información que no permite avanzar en el análisis.

2.3. Un porcentaje significativo de población que por disposición normativa no pertenece a ninguno de los dos regímenes establecidos en la Ley 100/93 —Contributivo y Subsidiado— y que paradójicamente se denomina “vinculado”. Este grupo además de la vulnerabilidad descrita, debe pagar tarifas altas por los servicios de salud y su situación actual y futura es de alta incertidumbre, pues es probable que su tendencia sea a crecer —no a disminuir como lo prevé la Ley—, mientras los recursos para atenderlo tienden a decrecer.

La Ley 100 estableció dos regímenes de aseguramiento: el contributivo para la población trabajadora y su familia, costado por empleadores y trabajadores, el subsidiado para la población más pobre (niveles 1, 2 y 3 del SISBEN), no cubierta por el contributivo y financiado por recursos estatales y —siguiendo el principio de solidaridad— con los aportes de los trabajadores que ganan más de cuatro salarios mínimos por fuera de esos dos regímenes, queda una franja de población llamada “vinculada”, la cual debería —según las previsiones de la Ley— quedar inscrita en cualquiera de los dos regímenes hacia el año 2001, cuando se universalizará el aseguramiento.

Estas previsiones de la Ley se basaron en proyecciones del comportamiento de los escenarios económicos del país: un nivel de pobreza del 25 al 35%, que coincidía en 1993, con el porcentaje de familias que recibía ingresos mensuales inferiores a un salario mínimo, unos índices de crecimiento anual de la economía en un 5%, del empleo asalariado en un 3.5%, del empleo independiente en un 2.1%, y de los ingresos promedio reales de los trabajadores al 1.8%.<sup>4</sup> Tales condiciones permitirían la incorporación progresiva, en un período de 7 años, entre 1995 y 2001, del 70% de la población con mayor capacidad de pago al régimen contributivo, mientras que el 30%

restante y más pobre lo haría al régimen subsidiado.<sup>4,p.149</sup>

En ese período de afiliación progresiva los hospitales públicos recibirían recursos del estado para cofinanciar la prestación de servicios de la población "vinculada", los cuales también se irían desmontando progresivamente a medida que aumentara la cobertura de la seguridad social.

En el caso de Medellín la situación es crítica por varias razones:

- No se dispone de un dato actualizado y confiable de la población vinculada que permita dimensionar realmente el problema y plantear situaciones viables. Las entrevistas con distintos expertos realizadas para este trabajo, hablan de 650.000 a 800.000 personas, dato que incluye los 442.985 que teniendo derecho al régimen subsidiado no ha accedido a éste.

- Una "reconstrucción" parcial de ese dato a septiembre 1997\* sugiere sin embargo que ese volumen de población podría ser mayor y que hipotéticamente —porque no se dispone de cifras actualizadas— el nivel de pobreza en la ciudad supera lo imaginado. La cifra de vinculados eventualmente podría estar constituida por:

• Las 442.985 personas de los niveles I, II y III del SISBEN que teniendo derecho al aseguramiento vía régimen subsidiado no han accedido a él.

• Las 152.295 personas de los estratos socio-económicos 1, 2 y 3 identificadas como pertenecientes a los niveles 4, 5 y 6 del SISBEN.

• Un número indeterminado de pobres del estrato socio-económico 3. Se requeriría precisar cuántas personas de las 626.196 que conforman el estrato, no tiene acceso al régimen contributivo ni al subsidiado.

• Sin embargo debe precisarse que ésta es una hipótesis inicial. La cifra, dada la fragmentación y/o ausencia de información tanto del número de afiliados al régimen contributivo como de la situación de pobreza, es en alguna medida especulativa.

- Los escenarios económicos previstos por la Ley 100/93 no se están cumpliendo y eso amenaza la sostenibilidad financiera de la reforma en cuanto a la atención de la población más vulnerable. Para el país las previsiones más optimistas dan un crecimiento económico para 1997 del 3.3%<sup>5</sup>; por otra parte la pobreza en los últimos tres años

\* Datos suministrados por la oficina del SISBEN de Medellín.

pasó del 48 al 57% y el desempleo llegó a los niveles más altos de la última década.<sup>6</sup>

En Medellín algunos indicadores disponibles son menos críticos, sin embargo tampoco se acercan a los escenarios previstos en la Ley 100. El producto interno bruto en Antioquia, al cual Medellín aporta significativamente, muestra un comportamiento descendente o en el mejor de los casos estancado a partir de 1992 y hasta 1995 y en este último año fue sólo de 3.8%.<sup>7</sup> Pese a que el desempleo en la ciudad disminuyó entre 1992 y 1996, pasando del 15.4% a una cifra que oscila —según la fuente— entre 13.6 y 11.2%, la tasa de ocupación se mantuvo estable con ligera tendencia a disminuir, pasando para los mismos años del 50.5 al 50%.<sup>7 p. 59,8</sup>

- La aparición y el crecimiento de un nuevo grupo de población en situación de aún más alta vulnerabilidad e incertidumbre porque no se han definido o puesto en marcha políticas de atención permanente para los desplazados por la violencia. Este es un problema crítico al que no se le ha prestado la atención que requiere. Se calcula que en

Medellín no hay un censo pero se han identificado 17 asentamientos de población desplazada<sup>\*\*</sup> y tanto la defensoría del pueblo como los propios desplazados, afirman que a excepción de las 40 familias del albergue de Belencito, no hay garantía del derecho de atención en salud para ellos, o se les exigen trámites imposibles de cumplir por su condición (p.e.: presentar carné de afiliación a la seguridad social) o se les envía de una instancia a otra sin resolución o con dilación de la demanda de atención.<sup>\*\*\*</sup>

La situación descrita, pone de presente tanto los problemas estructurales como los de la gestión local para garantizar la prestación de servicios a la población más vulnerable —no asegurada— en la ciudad. No ha habido avances en las políticas de atención para ellos y el futuro en el corto y mediano plazo se prevé incierto y crítico, no sólo por el comportamiento de los indicadores económicos sino también por el espíritu de la Ley 100 de focalizar el aseguramiento en los más pobres, excluyendo necesariamente a otros “menos” pero también pobres, y a desmontar gradualmente el subsidio a las instituciones públicas (subsidio a la oferta) recursos con los que se

Durante este gobierno aumentó la pobreza en el país.

Conversación con el Presidente del Comité Coordinador Departamental de Desplazados por la Violencia. Medellín, noviembre 20 de 1997.

Entrevista con el Coordinador del Área de Salud de la Defensoría Regional del Pueblo. Medellín, noviembre 21 de 1997.

ha venido atendiendo esta franja de población.

Por otra parte se desconocen los efectos de la nueva estratificación económica que por mandato de planeación nacional deberá empezar a regir en el país a partir de enero de 1998. Hay denuncias de que la población en Medellín no ha sido informada suficiente y oportunamente<sup>9</sup> por parte de Planeación Metropolitana. Esperemos que la nueva medida —aplazada pero no modificada desde el año pasado— no represente una disminución de la pobreza por decreto.

2.4. Implantación precaria y en algunos casos, inexistente de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto a nivel individual —lo cual es responsabilidad de cada EPS—, como en las erráticas políticas de salud pública colectiva (Plan de Atención Básica, PAB), las cuales competen a la Secretaría de Seguridad Social en Salud de Medellín.

- Aquí el balance es negativo, hay evidencias y un amplio consenso en torno a la pérdida de fortalezas en salud pública construidas de tiempo atrás en la ciudad. Diferentes actores coinciden en que no hay ni un PAB para la ciudad ni una exigencia o seguimiento a las EPS en la

prestación de servicios de promoción y prevención, la situación es tan crítica que ha generado ya protestas de la población, y lo más grave: algunos entrevistados afirman que se empieza a reflejar en la reaparición del aumento de casos de enfermedades prevenibles.\*

Los argumentos que sustentan este balance son:

- En el período 1995-1997 ha habido políticas erráticas por parte de la D.L.S., respecto a los servicios de promoción y prevención. En 1995, siguiendo los objetivos definidos en el Plan de Salud, Metrosalud, en ese entonces con funciones de Secretaría, amplió los ya existentes e implantó nuevos programas extramurales con criterio epidemiológico (salud oral, visual, auditiva y vigilancia nutricional) en algunos casos en alianza con la Secretaría de Bienestar Social.

En 1996 con el cambio de dirección en Metrosalud, —actuando como Secretaría—, estos programas se desmontaron en buena medida o se estancaron, pues a nuestro modo de ver la gestión se orientó a solucionar la crisis administrativa y financiera y a la modernización institucional, aduciendo acertadamente duplicidad de acciones pero sin dimensionar la aceptabilidad de la

población y el impacto positivo en términos de cobertura que mostraba la evaluación, de resultados de la evaluación realizada por el propio Metrosalud.<sup>10</sup>

En 1997 y a partir de la estructuración de la Secretaría, vuelve a impulsarse en el segundo semestre los programas de salud visual y auditiva, y se conforma un grupo de salud pública para trabajar en la formulación e implantación del PAB para la ciudad con criterios epidemiológicos\*, pero aún no ha sido definido.

Esta política errática ha generado protestas de la población que ha reclamado reiterativamente en los foros realizados en el Consejo y en las asambleas comunitarias, la continuidad de los programas preventivos extramurales.<sup>10</sup>

- No hay seguimiento ni control sobre los servicios individuales de prevención y promoción que las ARS deben prestar a sus afiliados. Algunas ARS han hecho omisiones y/o exclusiones con la prestación de estos servicios, con el fin de obtener mayor rentabilidad con la unidad de pago por capitación (UPC). Recientemente esta situación generó la protesta de varios líderes comunitarios en los barrios del Salado, la Independencia y el 20 de Julio, quienes

pedían que se les devolviese esa función a Metrosalud.\*\*

- Se enuncian como asuntos críticos por la precariedad, la discontinuidad o la ausencia los programas preventivos, la salud oral, el medio ambiente y la salud mental.

- Son preocupantes la reaparición y el aumento de enfermedades prevenibles de la población probablemente asociado a la situación descrita. No hay información estadística para corroborarlo, pero algunos entrevistados coinciden en una opinión con base en evidencias empíricas.

Las perspectivas de la promoción y la prevención, dependen de la voluntad política y de que se enfrenten con soluciones de corto y largo plazo tres grandes cuellos de botella: los vacíos en el sistema de información; el control y veeduría con efectos pertinentes sobre las áreas críticas del sistema de salud y la priorización de los criterios de salud pública sobre la rentabilidad económica.

### 3. Red de servicios

El Plan 1995-1997, formuló como objetivo: desarrollar la Red de Oferta Pública de Servicios de Salud en sus 3 niveles de atención

Entrevista con el Jefe de la Unidad de Aseguramiento de la Secretaría y de Planeación de Metrosalud.

Entrevista con un integrante de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Metrosalud.

mediante su crecimiento financiero, administrativo y técnico.

Además se propusieron dos estrategias: mejorar la red de urgencias e implantar un sistema de auditoría y control sobre la calidad en la prestación de servicios de salud.

Aunque hubo en el período algunos avances puntuales especialmente en la regulación para acceder a los servicios de urgencias, en la adecuación entre necesidades de atención y respuestas ofrecidas mediante el incremento del plan de beneficios del régimen subsidiado y en la modernización institucional por las inversiones en mejoramiento de la planta física de instituciones de la red pública, se identifican cinco áreas críticas en la red de servicios de la ciudad:

3.1. Las instituciones y recursos disponibles en salud, no están funcionalmente organizados en la práctica como red de servicios, requerimiento necesario para garantizar la resolución de problemas de salud de acuerdo a la complejidad tecnológica que éstos exigen. Esto se debe tanto a la fragmentación del sistema generada por la Ley 100 como al desarrollo particular de la oferta de los sectores público y privado observada como tendencia en la ciudad desde hace algún tiempo.

3.2. Persiste una brecha entre necesidades de atención en

salud de la población y la capacidad de respuesta del sector para afrontarlos. Aquí confluyen tres tipos de problemas: las necesidades crónicas de amplio consenso conocidas y no resueltas; las nuevas necesidades de atención para las cuales no hay políticas y la distribución espacial de la capacidad de respuesta.

3.3. La direccionalidad de las políticas diseñadas para la red de servicios tiene una doble dimensión: por un lado identifican acertadamente los problemas pero las acciones puestas en marcha son insuficientes; por otro lado son inciertas, indefinidas o rezagadas frente a las necesidades de atención, a la suerte futura de algunas instituciones y a la planeación de tales políticas con un sentido Metropolitano.

3.4. Obsolescencia, insuficiencia y baja capacidad resolutoria de la red pública de servicios con grandes desventajas para competir en la lógica de "mercado regulado" introducida por la Ley 100, y consecuentemente con menores opciones de autosostenibilidad financiera.

3.5. Ausencia de un sistema de control y auditoría sobre la calidad de la prestación de los servicios, a pesar de ser un problema prioritario, de amplio consenso y que ocupa uno de los primeros lugares en las quejas formuladas por los usuarios.

A continuación se detalla la situación de cada una de las áreas críticas descritas.

3.1. Las instituciones y recursos disponibles en salud, no están funcionalmente organizados en la práctica como red de servicios, requerimiento necesario para garantizar la resolución de problemas de salud de acuerdo a la complejidad tecnológica que éstos exigen. Esto se debe tanto a la fragmentación del sistema generada por la Ley 100 como al desarrollo particular de la oferta de los sectores público y privado observada como tendencia en la ciudad desde hace algún tiempo.

El sistema de salud colombiano, ha estado organizado en tres niveles de atención, de acuerdo a la capacidad resolutoria de los problemas de salud y a la complejidad tecnológica de los recursos y de las instituciones. La Ley 100/93 estableció un cuarto nivel.

Esos niveles se definen y conforman según criterios geográficos tecnológicos, de gestión, de formación del recurso humano, de las necesidades de atención y de perfil de problemas de salud y morbi-mortalidad de una región o área geográfica.

Según el grado de especialización, los niveles de atención van ascendiendo del más simple, el primer nivel: puestos, centros de salud y hospitales sin atención especializada a un nivel intermedio, segundo nivel con cuatro especialidades básicas: ginecología, obstetricia, cirugía, medicina interna y pediatría, institucionalmente conformado por las Unidades Intermedias en la ciudad y los hospitales regionales en el departamento. El tercer nivel cuenta con diversas especialidades, además de las descritas: Hospital General, Hospital San Vicente y las instituciones públicas y privadas especializadas. El más complejo es el cuarto nivel y corresponde a la atención de enfermedades catastróficas: cardiocirugía, neurocirugía, transplante renal, grandes traumas, SIDA, cuidados intensivos, enfermedades congénitas y tratamiento del cáncer.<sup>11,12</sup>

Esta estructura establecida hace más de dos décadas debería funcionar en la práctica como una "red" de servicios articulada por un sistema de referencia y contrareferencia de pacientes entre los niveles, para garantizar la resolución eficaz de las necesidades de atención según la complejidad tecnológica requerida.

El decreto 1760 de 1990, reglamentario de la ley 10 de 1990 actualizó los criterios para definir niveles de atención y grados de complejidad. La resolución 5261 de 1994 del Consejo Nacional de Seguridad Social, reglamentó el cuarto nivel para patologías de alto costo y complejidad y de baja efectividad en el tratamiento.

Sin embargo el único que ha trabajado aún en forma insuficiente e incompleta el concepto de red, es el sector público. En Medellín, Metrosalud estableció puestos y centros de salud en el primer nivel y desarrolló el segundo fortaleciendo por lo menos una de las especialidades en cada una de las Unidades Intermedias (Pediatria en el Hospital Concejo, Ginecobstetricia en Manrique, Ortopedia en Buenos Aires, Medicina Interna en Santa Cruz y Cirugía en Belén). El Hospital General con algunas especializaciones ha funcionado como tercer nivel, al igual que otras instituciones de Medellín, las cuales deben además resolver las remisiones del resto del departamento e incluso de otros departamentos. Esta forma de organización no sólo es insuficiente para cubrir las necesidades de atención, sino que más allá de las Unidades Intermedias, no está normatizada.

Por otra parte el crecimiento y/o el mejoramiento de la Red Pública de servicios en la ciudad está estancado de tiempo atrás, pese a la complejidad del perfil de enfermedad y muerte, el cual reclama en buena medida atención de segundo y tercer nivel y al crecimiento de la población. Ha sido el sector privado con ánimo de lucro el que ha venido

incrementando la oferta de estos servicios especializados. Esto se constituye en una desventaja estructural para la competitividad con el sector público.

Las perspectivas para organizar la infraestructura, los recursos y la capacidad de respuesta institucional en salud como red de servicios son desalentadoras. Por una parte es una tarea inconclusa de tiempo atrás, un problema crónico no resuelto, por otro lado requeriría una gran capacidad de negociación de la Secretaria de Salud y una voluntad de concertación del sector privado con ánimo de lucro difíciles de lograr con las dinámicas introducidas por la Ley 100 donde "cada institución funciona como empresa" y donde se privilegia la rentabilidad económica sobre el criterio ético de resolución del problema. Sin duda la frase de uno de los entrevistados para este trabajo, es contundente en ese sentido. "Ahora el problema crítico no es el enfermo grave sino la patología mal pagada".

3.2. Persiste una brecha entre necesidades de atención en salud de la población y la capacidad de respuesta del sector para afrontarlos. Aquí confluyen tres tipos de problemas: las necesidades crónicas de amplio consenso



conocidas y no resueltas; las nuevas necesidades de atención para las cuales no hay políticas y la distribución espacial de la capacidad de respuesta.

3.2.1. Necesidades crónicas de amplio consenso no resueltas: evaluaciones recientes como el Plan Estratégico para Medellín y el Área Metropolitana en su componente salud, muestran con base en una amplia consulta ciudadana, como problemas de tiempo atrás suficientemente sustentados e investigados, la ausencia de una red de urgencias y de una red de perinatología, ambas de carácter Metropolitano, para afrontar eficaz y rápidamente las causas de morbi-mortalidad más representativas por su frecuencia y gravedad: las derivadas de la violencia y de la accidentalidad y las necesidades de atención de embarazadas y al recién nacido.<sup>13</sup> No hay proyectos en este sentido, salvo la intencionalidad consignada en el Plan de Gobierno del próximo alcalde.<sup>14</sup>

Por otra parte análisis recientes de la Red de Servicios por zonas de la ciudad<sup>15</sup> reafirman los mismos problemas enunciados para las tres zonas hasta ahora analizadas: la nororiental, noroccidental y la centro-oriental.

Persisten entre las diez primeras causas de enfermedad y muerte las patologías asociadas a la insuficiencia o baja calidad en servicios básicos y necesidades básicas insatisfechas de infraestructura como son las enfermedades infectocontagiosas, entéricas y prevenibles, evidenciando la necesidad de políticas integrales de mejoramiento de la calidad de vida.

3.2.2. Nuevas necesidades de atención para las cuales no hay políticas.<sup>15</sup>

- Tanto algunos trabajadores de la salud como las organizaciones de la población coinciden en la ausencia de políticas de salud mental para afrontar problemas como la farmaco-dependencia, la violencia intrafamiliar, el maltrato al menor y la depravación sicoafectiva.

- La atención odontológica y los programas de mejoramiento del medio ambiente son insuficientes en cobertura y servicios, para la magnitud y heterogeneidad de las necesidades de atención. La problemática ambiental es especialmente crítica en la zona nororiental donde toda el área tiene infestación de roedores, contaminación de fuentes de agua y proliferación de vectores.

La información ha sido tomada de las entrevistas a algunos trabajadores de la salud y del trabajo citado anteriormente sobre análisis de la red para tres zonas de Medellín.

- La desnutrición, especialmente infantil, es un problema sin respuestas.

- Esta situación también es una necesidad sentida para alguna parte de la población: en la priorización de problemas realizada por aquella, en la zona nororiental<sup>16</sup> se destacan en primer lugar las necesidades de atención en salud mental, por las causas ya enunciadas en segundo lugar la desnutrición y como sexta prioridad la atención en salud oral.

3.3. La direccionalidad de las políticas diseñadas para la red de servicios tiene una doble dimensión: por un lado identificar acertadamente los problemas pero las acciones puestas en marcha son insuficientes; por otro lado son inciertas, indefinidas o rezagadas frente a las necesidades de atención a la suerte futura de algunos instituciones y a la planeación de tales políticas con un sentido Metropolitano.

En primer lugar las políticas y acciones puestas en marcha en el período 1995-1997, avanzaron pero aún son insuficientes en cuatro frentes:

- La creación, en 1995, del Centro Regulador de Urgencia y Emergencias (CRUE), adscrito

a Metrosalud y el cual se creó para canalizar, orientar y agilizar la accesibilidad a los servicios de urgencias. Presta el servicio a la comunidad, a las instituciones públicas y a algunas privadas que hacen parte de la red de emergencias de la ciudad\* no obstante, no se ha logrado una concertación con todo el sector privado ni la articulación con la red departamental de urgencias para conformar un centro regulador único y en algunas ocasiones se han presentado dificultades en la organización, oportunidad y manejo de información por parte del CRUE.\*\*

- El incremento del Plan de Beneficios del Régimen subsidiado (o sea del tipo de servicios de salud a los cuales tiene derecho la población asegurada por el Estado) con criterio epidemiológico, respondiendo a reales problemas de salud de la ciudad, en esta perspectiva, se ha incorporado la prestación de algunos servicios de segundo y tercer nivel en ortopedia, ginecobstetricia, cirugía y oftalmología.\*\*\* Aunque el incremento gradual está establecido en la Ley 100, esto contribuye a disminuir la brecha entre necesidades de atención y respuesta. Sin embargo es insuficiente por la gran proporción de población vulnerable excluida del aseguramiento.

Entrevista con la directora del CRUE. Medellín noviembre 6 de 1997.

Entrevistas con trabajadores de salud de la ciudad.

Entrevista con el Jefe de La Unidad de Aseguramiento de la Secretaría y de Planeación de Metrosalud.

- La orientación de la inversión física hacia la modernización institucional de la red pública, mejorando la infraestructura de algunas instituciones de primer nivel y de los servicios de urgencias. Sin embargo esto es insuficiente no sólo por la magnitud y heterogeneidad de los problemas a resolver, sino porque la proporción de los recursos destinados a inversión en infraestructura ha venido disminuyendo en el período: en 1995 representaba el 22.5% del total de inversiones, en 1996 sólo el 1.9% y a septiembre de 1997 el 1.4%.<sup>16</sup> Esta tendencia se observa aún con la diferencia entre los datos entregados por las diferentes fuentes.<sup>16</sup>

- El análisis de toda la red de servicios (pública y privada) iniciado por Metrosalud en 1995. El estudio se ha realizado para la zona nororiental, centro-oriental y noroccidental, y actualmente la Secretaría de Salud lo está continuando para las otras zonas. Esta información proporcionará inventarios actualizados de la red e identificación y/o precisión de asuntos críticos como base para una planeación más racional. Sin embargo es necesario investigar el perfil de oferta y demanda y la utilización de servicios.

La otra dimensión es el carácter incierto rezagado o indefinido de algunas políticas para la red en por lo menos tres frentes críticos:

- Es incierta la suerte de la ESE "La María", la cual presta servicios de segundo y tercer nivel. La administración departamental no aceptó que pasara a Metrosalud y la propuesta es privatizarla. Esta decisión no ha sido concertada ni responde a las actuales necesidades de salud de la ciudad de fortalecimiento de lo público como opción para la población pobre y vulnerable, precisamente los niveles donde la red pública es más precaria. Situación similar enfrentan las ESE públicas de segundo nivel de Itagüí y Bello.

- Hay una intencionalidad de Metrosalud de fortalecer el segundo nivel de atención en la red pública política rezagada pero acertada en la medida en que disminuye la brecha entre necesidades de atención y oferta de servicios. No obstante es incierta la viabilidad financiera para concretar esta intención considerando la baja cobertura de aseguramiento, la política de restricción del gasto público del Gobierno Nacional y el volumen de las inversiones requeridas.

Las cifras del informe anteriormente citado no coinciden con las entregadas por el Jefe de Planeación de Metrosalud. p.e, para 1997 se habían ejecutado a septiembre en inversión física \$363.162.015 y según la segunda, la sola inversión hospitalaria para el mismo período ascendía a \$7857.921.566.

Entrevista con el Jefe de Planeación de Metrosalud. Medellín, noviembre 6 de 1997.

- La ausencia o precariedad de proyectos estratégicos de carácter metropolitano y con la visión de ciudad-región, condición necesaria para implantar políticas eficaces, concertadas y prospectivas para la red de servicios.

El Plan de Gobierno 1998-2000 del próximo alcalde incorpora algunas de las propuestas formuladas en salud para el Plan Estratégico, como la conformación de redes metropolitanas de urgencias, atención perinatal e información y el diseño de un sistema metropolitano de salud.<sup>14</sup> Tales acciones requieren planes estratégicos de amplia concertación con los distintos actores y con la población y un desarrollo paralelo de los sistemas de comunicación, seguridad ciudadana y transporte. Hasta ahora no hay acciones en ese sentido.

3.4. Obsolescencia, insuficiencia y baja capacidad resolutive de la red pública de servicios con grandes desventajas para competir en la lógica de "mercado regulado" introducida por la Ley 100/93, y consecuentemente con menores opciones de autosostenibilidad financiera.

La red pública de servicios está constituida por 51 instituciones prestadoras de servicios, en su mayoría puestos y centros de salud de primer nivel.

El análisis de la red para

las tres zonas de Medellín: nororiental, noroccidental y centro-oriental evidencia los heterogéneos problemas de la red pública:

- Primer nivel insuficiente y con baja capacidad resolutive en zonas suburbanas y alejadas.

- Baja capacidad resolutive en el primer y segundo nivel y en urgencias por: insuficiencia de camas, de recursos humanos, tecnológicos o de insumos básicos y por la restricción de horarios de atención básica y especializada, especialmente en ginecobstetricia y pediatría.

- Inadecuada utilización de los servicios de urgencias porque atienden demanda insatisfecha y problemas que podrían resolverse por consulta no urgente.

- Capacidad resolutive insuficiente o inadecuada frente a las necesidades de atención; por ejemplo, la zona nororiental aporta el 21.13% de las muertes violentas de la ciudad. Más del 82% de la mortalidad de las comunas: Popular, Santa Cruz Manrique y Aranjuez, son por homicidio, y el 41% por accidentes.<sup>15</sup> Sin embargo la red pública de Metrosalud en la zona no ofrece servicios indispensables como cirugía y ortopedia.

- Déficit de recurso humano, especialmente en áreas sociales y en nutrición, para enfrentar

el perfil de necesidades de atención de la demanda en las tres zonas analizadas.

- Problemas de orden público y deficiencias en la seguridad ciudadana que condicionan o impiden el acceso a los servicios.

- La capacidad de ofertar servicios es diferencial porque la red pública no está saturada en algunas áreas, p.e. en consulta general y en odontología\*

Estos problemas generan remisiones demanda insatisfecha y derivación de usuarios hacia la red privada. La principal fortaleza competitiva de la red pública, reconocida incluso por las EPS privadas, cual es la atención más integral al usuario\*\*, no alcanza a compensar los múltiples problemas de la red. Por eso uno de los frentes prioritarios en los planes futuros de desarrollo, debe ser el de apoyar los procesos emprendidos de modernización institucional y de desarrollo del segundo nivel de atención para la red pública.

3.5. Ausencia de un sistema de control y auditoría sobre la calidad de la prestación de los

servicios, a pesar de ser un problema prioritario, de amplio consenso y que ocupa uno de los primeros lugares en las quejas formuladas por los usuarios.

- Hay amplio consenso entre las instancias consultadas acerca de la falta de oportunidad en la atención, como un problema crítico de calidad. Coincide también con las quejas de los usuarios tanto a nivel regional como nacional.\*\*\*

Varias razones explican las deficiencias en la calidad de atención:

- No se han implantado protocolos de atención que normaticen el manejo técnico de los problemas de salud más frecuentes.

- No se ha desarrollado un sistema de información como soporte para garantizar la calidad: no hay seguimiento del usuario desde la consulta hasta la resolución del problema, ni información sobre demanda insatisfecha, remisiones y comportamiento de la demanda poblacional; estos datos permitirían identificar los puntos

Entrevistas en octubre de 1996 con un miembro de la Junta Directiva de Metrosalud y con la Secretaría de Seguridad Social en Salud.

Información obtenida con un funcionario de la EPS de COOMEVA, y con el Jefe de Planeación de Metrosalud de Medellín, Noviembre de 1997

Entrevistas en la Superintendencia Nacional de Salud y en Defensoría Regional del Pueblo. Medellín, noviembre 21 de 1997.

críticos de la atención.

- Sólo recientemente, Metrosalud ha empezado a desarrollar un sistema de control interno, de costos por actividad, y de garantía de calidad para el usuario y para la historia clínica\*.

- La Secretaría de Salud no ha generado aún políticas concretas de garantía de calidad, más allá de la iniciación en noviembre de 1997, de procesos de interventoría a las Administradoras del Régimen Subsidiado\*\* y de la gestión directa para atender las quejas de los usuarios.

- Las EPS no han desarrollado sistemas propios de auditoría\*\*

No hay mecanismos de control veeduría y seguimiento sobre el conjunto de un sistema de prestación de servicios altamente fragmentado, tampoco se han puesto en marcha mecanismos que obliguen a las diferentes instancias a asumir estas funciones estipuladas legalmente. Es este uno de los asuntos críticos que deberán abordarse en próximo Plan de Desarrollo, pues en el período 1995-1997, no se registró ningún avance en la garantía de calidad al usuario de los servicios de salud.

#### 4. La concertación intersectorial

En el plan de desarrollo la Administración Municipal se propuso convocar a un proceso de coordinación intersectorial, que posibilitara la acción conjunta entre diferentes instituciones para la promoción del desarrollo social y la salud. El instrumento sería las Gerencias Sociales.

Las Gerencias se plantearon cinco áreas de intervención:

- Formulación de políticas sociales.

- Participación en procesos zonales de planeación.

- Cultura de proyectos integrales.

- Focalización de la acción social.

- Coordinación con la comunidad.

Las Gerencias se crearon por iniciativa de la actual administración. Tienen como elementos novedosos la intención de constituir un espacio integrador del desarrollo social en la ciudad,

Entrevista con el Jefe de Planeación de Metrosalud. Medellín, noviembre 6 de 1997.

Información obtenida con un funcionario de la EPS de COOMEVA, y con el Jefe de Planeación de Metrosalud de Medellín, Noviembre de 1997.

superando la fragmentación de lo social y el propósito de coordinar acciones a nivel territorial, de manera descentralizada, pues están ubicadas en cada una de las zonas de la ciudad.

Las áreas de intervención que se propusieron y las aspiraciones de su equipo directivo<sup>1</sup> reflejan una intención de la administración de trabajar cercanamente con las organizaciones sociales y de promover procesos de planeación más integrados como los planes zonales, con una dimensión territorial que supera la atomización resultante de la planeación sectorial central.

Se destaca además la voluntad de incorporarse a procesos en marcha en las diferentes zonas, sin imponer proyectos o propuestas fijadas unilateralmente por la administración.

En este período las Gerencias Sociales participaron en el desarrollo de algunos planes zonales y acompañaron proyectos culturales y procesos de paz y convivencia; procesos sociales, que indudablemente hacen parte de la construcción de una ciudad saludable.

Sin embargo el trabajo de las Gerencias no cumple plenamente los propósitos formulados.

La propuesta tropieza con obstáculos y debilidades propios de las organizaciones sociales y de las instituciones estatales.

De una parte los planes zonales, que son espacios de concertación de lo social y por lo tanto de promoción de la salud, son procesos de largo plazo que han tomado fuerza en algunos sectores de la ciudad, pero en otros no hay la dinámica organizativa que los sustente.

Por otra parte, el esquema estatal para la planeación del desarrollo de la ciudad, a pesar de la aprobación del Sistema Municipal de Planeación, continúa siendo fundamentalmente sectorial: salud, educación, vivienda y no se ha logrado implantar una dinámica articuladora que no se derive de la sumatoria de sectores sino de la comprensión integrada de los territorios.

Los viejos modelos de planeación todavía están vigentes y algunos funcionarios del Estado se resisten a modelos administrativos más horizontales y descentralizados como los que se pueden implantar a través de las Gerencias Sociales.<sup>2</sup>

Finalmente, el ser un programa de Gobierno le imprimió un carácter transitorio que no

Entrevista a directivo de las Gerencias Sociales.

Entrevista a funcionarios de las Gerencias Sociales.

permitió posicionar esta estrategia en la administración municipal ni entre las organizaciones sociales, como tampoco proyectar su trabajo a largo plazo.\*

### 5. La participación ciudadana

De acuerdo con la Constitución Nacional, La Ley 152 y la normatividad del sector salud, los planes de desarrollo y los programas de salud deben ser el producto de la concertación entre los diferentes actores sociales que interactúan en los territorios.

A pesar de esta claridad normativa en cuanto al derecho a la participación ciudadana, las organizaciones cívicas y gremiales de la ciudad denuncian exclusión en el proceso de planeación, no sólo en el período de elaboración del Plan, sino también en otros momentos en que se tomaron decisiones importantes para el futuro de la salud de la ciudad.

Algunas organizaciones debieron presionar, aún en contra de la voluntad de la Administración, la creación de espacios como la Comisión Accidental y los Foros por la Salud, ambos promovidos por el Concejo Municipal, para expresar sus posiciones y en particular sus desacuerdos con la conducción del sector salud en la ciudad.

Con relación a la participación ciudadana, la exclusión de las organizaciones sociales tiene relación directa con la no-creación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, organismo que fija las políticas de salud para la ciudad y de acuerdo a la norma debe estar integrado por representantes de las organizaciones y los gremios relacionados con la salud.

Dentro de las preocupaciones y diferencias que algunas organizaciones tienen con la conducción de la salud en la ciudad, se destacan el manejo del régimen subsidiado por su baja cobertura, el desconocimiento de la población sobre el Sistema de Seguridad Social, el uso del SISBEN como instrumento para la focalización del gasto social y el desmonte de los programas preventivos.

Igualmente las organizaciones plantean inquietudes por el futuro del proceso de participación, en particular por la débil representatividad de algunos integrantes de los Comités de Participación Comunitaria, la fragmentación ocasionada por la Ley 100 y la falta de claridad entre las mismas organizaciones y la Administración Municipal sobre cuáles son los alcances de los diferentes espacios de participación del sector.

\* Entrevista con líderes sociales de la ciudad.



### **Conclusiones**

El sector salud de Medellín se encuentra en un proceso de transición desde 1994, debido a la creación de un nuevo Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud creado con la Ley 100 de 1993. El nuevo sistema de salud se plantea como objetivos garantizar la vigencia de los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia; con él se crearon nuevas políticas para la conducción del sector entre las que se destacan el subsidio a la demanda de servicios —a los usuarios— y no a la oferta —las instituciones—, la profundización del proceso de descentralización y la concurrencia de actores públicos y privados en la prestación de los servicios dentro de una lógica de rentabilidad y competitividad económica. En términos de acceso a los servicios el nuevo sistema de salud se fundamenta en un modelo de aseguramiento con dos regímenes: el contributivo al que pertenecen los empleados públicos y privados y los trabajadores independientes con capacidad de pago y el régimen subsidiado, pagado por el Estado, al que pertenece la población más pobre, captada en un proceso de focalización a través del Sistema de Selección de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN). En el marco de la Ley 100, la administración municipal de Medellín, se planteó en el Plan de Desarrollo 1995-1997, consolidar la Dirección Local de Salud como entidad

rectora del sector en la ciudad, garantizar la oportunidad y accesibilidad a los servicios afiliando al régimen subsidiado al 100% de las personas con derecho a él, desarrollar financiera, administrativa y técnicamente la red pública de servicios de salud, convocar a una concertación intersectorial para la promoción de la salud y garantizar la participación de la ciudadanía en la conducción del sector.

El balance del sector salud en el Plan de Desarrollo de Medellín 1995-1997 demuestra algunos logros en cuanto a identificación de algunos problemas críticos en la prestación de servicios y formulación de propuestas para su solución. Entre ellos se destacan el análisis de la red de servicios, la inversión en modernización de la red pública y la creación del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.

A pesar de los avances y logros del período 1995-1997, el balance también evidencia que, en algunos casos por problemas estructurales de la Ley 100 y en otros por decisiones de la administración municipal, no se avanzó en la resolución de los problemas crónicos más importantes como son la exclusión y la inequidad en el acceso a los servicios y la escasa correspondencia entre las necesidades de salud de la población y la respuesta de las instituciones.

En este período en Medellín sólo se afilió al régimen subsidiado, el 32.6% de la población identificada por el SISBEN, el 67.4% restante es atendida en las instituciones públicas cuando consulta, en una clara condición de inequidad, porque en el modelo de salud actual sólo el aseguramiento es lo que realmente garantiza una inclusión permanente y a futuro en el sistema. Además de los problemas de equidad por la aplicación de la Ley 100, hay un porcentaje de la población en la práctica excluida del sistema porque no pertenece a ninguno de los dos regímenes —contributivo y subsidiado— que debe pagar completamente los costos de la atención en salud los cuales han aumentado en las instituciones estatales.

Respecto a la correspondencia entre las necesidades de la población y la respuesta institucional formulada en los objetivos del Plan 1995-1997 se destacan dos aspectos: El primero es un amplio consenso entre las personas consultadas en torno a la pérdida de fortalezas en salud pública construidas de tiempo atrás en la ciudad. Esta percepción se deriva de la Implantación precaria e inexistente de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tanto a nivel individual —lo cual es responsabilidad de las empresas afiliadoras (EPS)—, como en las políticas de salud pública colectiva (Plan de Atención Básica) las

cuales competen a la Secretaría de Seguridad Social en Salud.

Un segundo aspecto es que las instituciones y recursos disponibles en salud no están en la práctica funcionalmente organizados como red de servicios, requerimiento necesario para garantizar la resolución de problemas de salud de acuerdo a la complejidad que éstos requieren; cada institución funciona como empresa y se privilegia la rentabilidad económica por encima de las necesidades de la población. Por su parte la red pública de servicios además de este problema continúa adoleciendo obsolescencia, insuficiencia y baja capacidad resolutive, con grandes desventajas para competir en la lógica del mercado regulado introducida por la Ley 100.

El nuevo sistema nacional de salud, al fundamentarse en la concurrencia de instituciones públicas y privadas en la afiliación y en la prestación de servicios en un marco de competitividad y rentabilidad económica produce necesariamente una fragmentación que exige control, conducción y liderazgo del Estado para que la lógica del mercado no acentúe la exclusión de la población más pobre ni refuerce el privilegio del modelo individualista y exclusivamente curativo. En este período se creó la Dirección Local de Salud pero no logró superar sus dificultades administrativas y financieras internas ni posicionarse

frente a las áreas críticas de la salud en la ciudad, como tampoco ejerció la conducción y el control sobre el conjunto del sistema.

Para construir un modelo integrado de salud colectiva es necesaria una acción concertada de los sectores público, privado y comunitario para la toma de decisiones y la ejecución de las políticas, tal como se formuló en el Plan de Desarrollo. Sin embargo el balance continúa demostrando las dificultades para la planificación del desarrollo producidas por la tensión entre lo sectorial y lo territorial y evidencia además que hay serias resistencias a considerar la participación ciudadana como un derecho y además una condición necesaria en los procesos de planeación.

En síntesis es posible afirmar que en la ciudad no hay un proyecto de salud pública, construido colectivamente, que responda a las necesidades de la población con sentido estratégico y visión de futuro.

#### *Propuestas para el próximo plan de desarrollo*

De acuerdo al sentir de los actores consultados para este balance se requiere un rescate de la dimensión pública de la salud que significa: asumir la dirección del sistema por parte de la Secretaría de Salud, realizar un estudio riguroso sobre la red de institu-

ciones que prestan servicios para establecer si es suficiente o en qué niveles se requieren nuevas instituciones y recursos, desarrollar un sistema de auditoría de la calidad y control para que no se vulneren los derechos de los usuarios y consolidar un Plan de Atención Básica para la promoción de la salud que cubija a todos los ciudadanos.

Se requiere además fortalecer a Metrosalud en el plano financiero y de recursos humanos y técnicos porque es, según el sentir de los diferentes actores —incluyendo algunos del sector privado—, la institución que ofrece servicios más integrales y un referente permanente para la población de menores recursos económicos.

Para la promoción de la salud y la articulación del desarrollo social es importante mantener y posicionar las Gerencias Sociales, para que se puedan desarrollar procesos de planeación integrados donde intervengan articuladamente instituciones públicas y privadas y organizaciones sociales.

El próximo Plan de Desarrollo debe además superar el estilo de planeación del presente plan, en el cual se sintieron excluidos actores representativos de la sociedad civil y convocar a las diferentes organizaciones cívicas y sociales en la construc-

ción del futuro de la salud de la ciudad.

Finalmente, la organización de un sistema de red de servicios en la ciudad, requiere por el comportamiento de la demanda, un abordaje metropolitano y Departamental como proyecto estratégico que pasa pero supera la voluntad política, el alcance y la temporalidad de un Plan de Desarrollo Gubernamental; así como el desarrollo paralelo de sistemas de apoyo en comunicaciones, transporte y seguridad ciudadana que garantice la accesibilidad a los servicios de salud.

### Agradecimiento

Las autoras agradecen a todas las personas que contribuyeron en la elaboración de este informe por las entrevistas concedidas y por la asistencia a los paneles de discusión. Especial reconocimiento a la disposición y colaboración del doctor Román Restrepo, funcionario de la Secretaría de Seguridad Social en Salud y a la doctora Patricia García, funcionaria de Metrosalud.

### Referencias

1. Medellín. Secretaría de Seguridad Social en Salud. Plan de desarrollo institucional de la Secretaría de Seguridad Social en Salud de Medellín. Medellín; 1997.
2. Medellín. Secretaría de Seguridad Social en Salud. Plan local de salud 1995-1997, objetivos, metas, estrategias. Medellín; 1995.
3. Aguirre, F. La nueva Secretaría de Seguridad Social en Salud del Municipio de Medellín. Conferencia del Secretario Municipal de Salud. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, noviembre 21 de 1997.
4. Colombia. Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud. Antecedentes y resultados. Santafé de Bogotá; 1994. Tomo 1, p. 147.
5. Entrevista al Ministro de Hacienda José Antonio Ocampo. El Espectador 1997 nov. 23. p. 5B
6. El Salto Social: la sociedad pide cuentas. El Colombiano 1997 nov. 21. p. 10C
7. Giraldo OG, Osorio RD, Nieto E. EL mercado de trabajo en Medellín y Valle de Aburrá. Santafé de Bogotá: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1997. p. 31.
8. Universidad Nacional. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales. Síntesis 97. Anuario social, político y económico de Colombia. Santafé de Bogotá; 1996. p. 259.
9. Echeverry D. Alerta por alza de estratificación. El Colombiano 1997 nov. 20. p. 7A.
10. Álvarez LS, Echeverry ME. La salud en el plan de desarrollo de Medellín. Corporación Viva la Ciudadanía. Medellín; 1996.

11. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 1760 de 1990, agosto 2, reglamentario de la ley 10 de 1990, por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio y grados de complejidad. Bogotá; 1990.
12. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de agosto 5 de 1994, por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá; 1994.
13. Álvarez LS, Echeverry E. Un perfil de salud para la ciudad y el Área Metropolitana. Plan estratégico para Medellín y el Área Metropolitana. Instituto de Estudios Regionales Universidad de Antioquia. Medellín; 1997.
14. Gómez J. Una campaña limpia por una ciudad humana. Plan de gobierno 1998-2000. Medellín; 1997. p. 32.
15. Metrosalud. Análisis de la red de servicios zona nororiental, noroccidental y centrorienta. Medellín; 1995.
16. Granda A. Análisis financiero del plan de desarrollo de Medellín, 1995-1997. Medellín: Veeduría Ciudadana al Plan de Desarrollo. Medellín; 1997.