

Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90*

Evaluation of the decentralization and social participation processes in health in Colombia in the nineties

María Esperanza Echeverry López¹

Resumen

Este ensayo analiza diversos trabajos realizados en el país sobre la descentralización y la participación en salud, y los complementa con entrevistas a expertos. Muestra que el proceso en el país se inició tardíamente, que los municipios han privilegiado el desarrollo formal de estructuras administrativas, con frecuencia, desligadas de la capacidad de gestión, que los planes de salud no están conectados con los de desarrollo, y que el aseguramiento y la focalización sustituyen la perspectiva territorial de la gestión pública en salud y han desplazado las acciones y programas de salud pública. Por el lado de la participación, la multiplicidad y superposición de mecanismos y formas organizativas y la escasa capacidad decisoria contenidas en las normas junto a la baja tradición democrática del sector, han fragmentado las ya de por sí precarias iniciativas ciudadanas y sociales en salud.

Palabras clave

Reforma a la salud, ciudadanía, descentralización, participación, planeación local del desarrollo, aseguramiento, gestión local, territorialidad, salud pública, competencia, Estado social de derecho.

Abstract

This essay analyses different papers wrote in the country about health decentralization and participation and complements them with interviews to experts.

It shows that the process of decentralization and participation began very late in our country, that the towns have emphasized the development of physical structures —oftenly

* Trabajo presentado en el VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. La Habana, Cuba. 3 al 7 de julio de 2000.

¹ Enfermera Magíster en Salud Pública, Magíster en Ciencia Política, Profesora Asociada Facultad. Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, E-mail: mechel@guajiros.udea.edu.co.

without regarding management capacities—, that health planes are not thought according to those of development, and social security and focalization replace territorial perspective of public health management, taking the place of public health actions and programs. As for participation, multiplicity and superimposition of organizational forms and mechanisms and the limited decisive capability formulated in laws along with low democratic sector tradition have all fragmented the already precarious social and citizen health initiatives.

Key words

Health reform, citizenship, decentralization, participation, local planning development, security, local management , territoriality, public health, competence, Social Right Status.

Introducción

Las dos últimas décadas marcan para Colombia una época de cambios polémicos, vertiginosos y muy importantes en el acontecer social, económico y político nacional. En este escenario el proceso de descentralización política, fiscal y administrativa que se inicia en el país en los años 80 y en salud en particular en los años 90, se inscribe no sólo en la transformación del Estado para adecuarse a las demandas de reestructuración internacional del capital, de la globalización y de la transición hacia un nuevo modelo de desarrollo, sino también en el intento de construcción de un “nuevo pacto social” nacional representado en algunas normas y potencialidades, para el desarrollo local y para la construcción de ciudadanía, introducidas por la descentralización y por la Carta Constitucional de 1991.

En ese orden de ideas, este ensayo intenta un balance sobre el alcance y la orientación en la práctica de los procesos de descentralización sectorial y participación social en salud en Colombia. Pese a su carácter preliminar y a los matices, la evaluación evidencia que el aseguramiento individual en salud y la fragmentación del sistema de prestación de servicios —hoy con escasa posibilidad de crecimiento de las bajas coberturas para la población pobre— han desplazado la perspectiva territorial, la dimensión colectiva de la salud y del desarrollo local y han propiciado una “ciudadanía diferencial”. De otro lado, no se perfilan actores y proyectos alternativos en la vía de fortalecer y cualificar las puntuales y reivindicativas movilizaciones ciudadanas por la salud.

En cuanto al proceso de descentralización en salud, se presenta una evaluación de la puesta en marcha de las principales leyes que lo enmarcan, del desarrollo de la capacidad de gestión y de la planeación local en salud y de la utilización de los recursos financieros sectoriales. En el balance de los procesos de participación social en salud se muestra la tensión entre una incipiente ciudadanía en salud y la precaria o nula capacidad de incidencia de los pobladores y usuarios que hacen presencia en los espacios sectoriales y territoriales de participación, sobre las políticas de salud.

Las consideraciones finales incorporan algunas propuestas para el debate, tanto de la autora como de las fuentes secundarias —base central del trabajo— y de los expertos consultados para el efecto.

El balance de la descentralización en salud

El marco jurídico

Aunque desde la década de los años 80, en el marco del naciente proceso de descentralización en el país, se expidieron las primeras normas (leyes 11 y 12 de 1987 y Decreto 77 de 1987) para la municipalización de los servicios de salud, es la Ley 10 de 1990 y más adelante —en desarrollo de la Constitución de 1991— la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 de 1993 las que impulsarían realmente la iniciación del proceso de descentralización en salud, el cual, por el carácter relativamente reciente de la legislación y por las dilaciones y vicisitudes de la transición, es aún incipiente. Incluso algunos consideran que este proceso se inició apenas en el período 1995-1996.

Estas leyes se orientaron fundamentalmente a definir competencias y recursos a los municipios para asumir la gestión y prestación de servicios de salud, con un papel más secundario de los departamentos centrado en los servicios de mayor complejidad y en la asesoría técnica y acompañamiento del proceso. El gobierno nacional mantiene la competencia sobre la formulación de las políticas y funciones más importantes y sobre la orientación general del hoy sistema de Seguridad Social en Salud.

Este marco jurídico asigna a los municipios por Ley 10 de 1990, la responsabilidad de la prestación de servicios de salud de menor complejidad (primer nivel de atención), la promoción de la participación social en salud (Decreto 1416 de 1990) y la creación de estructuras locales mínimas para planear y administrar los servicios en su área de influencia (Dirección Local de Salud y Planes Locales de Salud) y para manejar los recursos (Fondo Local de Salud).

Luego, como desarrollo legislativo de la constitución de 1991, la Ley 60 de 1993 define criterios de equidad y de gasto para la asignación e inversión de recursos públicos, los cuales incorporando el espíritu constitucional del “gasto social prioritario” también aumentaron considerablemente.

Ambas leyes establecieron responsabilidades por niveles de gobierno y mecanismos de articulación entre niveles territoriales buscando equilibrar funciones y recursos y aprovechar las ventajas comparativas. Se formularon entonces los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia y la prestación de servicios de mayor complejidad (2^o y 3^{er} niveles de atención) a cargo de los departamentos.

* Entrevista con uno de los ex directores del programa “Sistemas Locales de Salud” del Banco Mundial en Colombia. Medellín, agosto de 1999.

La Ley 100 de 1993 (producto también de la Constitución de 1991) que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el aseguramiento como eje y en correspondencia con un modelo de competencia regulada, mantuvo la diferenciación entre las funciones de dirección y prestación de servicios, separándolas de las de aseguramiento, y en esa perspectiva definió nuevas competencias para el Ministerio de Salud y las entidades territoriales. Asignó al Estado un papel regulador, creó los consejos de Seguridad Social: Nacional (organismo decisorio y máximo rector del Sistema) y Territoriales (departamentales y municipales) con carácter asesor. Estas transformaciones generaron nuevos mecanismos de participación en salud.

El balance y las perspectivas de todo este marco legislativo no son halagadores como lo señalan los siguientes hechos:

- La reglamentación de las nuevas leyes, con frecuencia contradictorias con la norma base, y la simultaneidad de leyes anteriores (p.e.: Ley 09 de 1999 código Sanitario Nacional) que se mantuvieron vigentes, ha generado un profuso y confuso laberinto jurídico, de difícil alcance y comprensión para los gobiernos locales, la población y los propios funcionarios de salud. De hecho, una investigación reciente de Planeación Nacional mostró en 40 municipios estudiados que las competencias menos conocidas por los concejales son las de educación, salud y fomento agropecuario y que en el 37% de las localidades, la ciudadanía las desconoce.¹
- Hay consenso entre diferentes autores* acerca de la orientación contradictoria de las leyes 60 y 100: la primera privilegia el financiamiento de la oferta y la perspectiva territorial para la planeación y gestión de servicios, en cambio la Ley 100 enfatiza el subsidio a la demanda, y la prestación de planes obligatorios de salud, por la vía del aseguramiento individual.
- La significativa proporción de fallos de la Corte Constitucional, que tutela el derecho a la atención en salud, argumentando su nexo con el derecho fundamental a la vida y que con frecuencia desborda los límites de los planes obligatorios o de las competencias establecidas en las leyes, evidencian la tensión entre un desarrollo legislativo restrictivo y cumplido parcialmente por las instancias responsables, frente a las aspiraciones y necesidades reales en salud de la población y frente a la impronta de “Estado social de derecho” de la Constitución de 1991.
- Las perspectivas no dan lugar al optimismo: en algunas reglamentaciones de las leyes marcos o en su puesta en marcha, han primado la connotación neoliberal y los criterios económicos eficientistas o de mercado: es el caso del Plan de atención básica con los previsibles efectos negativos sobre la gestión y los indicadores de salud de la población. De otro lado, la intencionalidad del Plan de desarrollo “Cambio para construir la paz”,

* Se refiere a los trabajos de Fabio Velásquez, Iván Jaramillo y de Fedesarrollo, citados en este ensayo.

orientada a la sostenibilidad financiera, la reducción de lo público en el sistema por la vía de la competencia desigual y a la exigencia de autosolvencia para la red pública de servicios, y a la supresión de garantías (cursa en el congreso un proyecto legislativo para anular la conexidad de los derechos a la atención en salud y a la vida) profundizan esa tendencia.

La compleja, excesiva y poco conocida reglamentación es otra limitación en la construcción de una legislación democrática y con sentido social que oriente el proceso de descentralización en salud.

Las competencias en salud

Enfrentar el reto de consolidar, o en muchos casos de generar, una capacidad de gestión local y desarrollo institucional sostenibles y con legitimidad, ha sido un proceso con desiguales resultados en el que las ciudades y municipios más grandes llevan las mayores ventajas, otros han empezado a transformar su estructura y gestión y los más pequeños² aún no logran asumir competencias, principalmente en salud, educación y saneamiento ambiental.

Esta transición ha estado enmarcada en la apertura y posicionamiento de un espacio político para la salud,* en la puesta en marcha de estructuras administrativas y en procesos de planeación o inversión en salud articulados al desarrollo y necesidades locales como logros importantes. Sin embargo, en el ámbito de la prestación de servicios, a los problemas estructurales crónicos, se agregan las nuevas exclusiones e inequidades generadas por la aplicación de la reforma a la salud; la pérdida sustancial de fortaleza de lo público en sus dimensiones institucional y política y la homogeneidad, y el escaso acompañamiento de políticas descentralistas homogéneas frente a las heterogéneas realidades locales.

Todo esto transcurre en dos escenarios. Uno, el de un nuevo modelo de desarrollo que privilegia el mercado sobre los objetivos sociales de universalidad y equidad, en el cual los municipios no tienen capacidad de incidir, y otro, el de un conflicto armado, hoy extendido a más del 50% del territorio nacional y con importante presencia en las zonas rurales y en las regiones menos desarrolladas, profundizando la brecha de la desigualdad socioeconómica y de la falta de oportunidades para los sectores más vulnerables. Cabe preguntarse, si en ese contexto la descentralización es hoy un propósito nacional.

* Entrevista con ex director del programa “Sistemas Municipales de Salud.

Las dificultades: ¿problemas coyunturales o estructurales?

El aseguramiento en salud y la prestación de servicios

Por disposición legislativa corresponde a los municipios:

- La prestación de servicios de salud del primer nivel de atención.
- La identificación, selección y afiliación de la población más pobre al aseguramiento en salud (Régimen Subsidiado) para acceder a un paquete de servicios (incluyendo algunos de mediana y alta complejidad) llamado Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.
- La atención, con cargo al subsidio a la oferta, de la población no asegurada.
- La prestación obligatoria universal y gratuita de intervenciones individuales o colectivas que tienen altas externalidades, denominada Plan de atención básica³ y que abarca acciones de promoción, educación, prevención, control de factores de riesgo y vigilancia epidemiológica.
- Garantizar la atención obligatoria de urgencias
- La vigilancia y control sobre el conjunto del sistema en su área de influencia.

Los problemas más relevantes para los municipios hoy son la baja cobertura del aseguramiento con los consecuentes efectos de exclusión e inequidad, la carencia o escasa ejecución del Plan de atención básica, la incapacidad o restricción para ejercer el control y vigilancia sobre el sistema y la crisis de los hospitales públicos. Lo más preocupante es que son dificultades más de la concepción de la reforma a la salud que de su aplicación y por tanto modificables sólo parcial o puntualmente con una buena capacidad de gestión territorial.

Balance de la situación

La cobertura de aseguramiento en salud para los más pobres es baja: 20% de la población total del país y 57% del total de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI).⁴ Esto genera exclusión, vulnerabilidad y una ciudadanía diferencial con limitadas posibilidades de intervención por los municipios. Las acciones del actual gobierno probablemente se orientarán sólo a mantener la cobertura alcanzada. Esta situación se agrava con la crisis hospitalaria y el deterioro de la economía y los indicadores sociales del país.

- Las cifras más optimistas atribuyen al régimen subsidiado una cobertura del 59,68% de la población con necesidades básicas insatisfechas, que a su vez representa el 37% de la población total del país.⁵ Caben aquí varias consideraciones: hay un amplio consenso acerca del aumento dramático de la pobreza en el país: calculándola por ingreso (línea de pobreza) algunos investigadores dan cifras superiores al 60,1%⁶ del total de la población frente a la cobertura del 23% del Régimen Subsidiado. Aun aceptando que una parte no cuantificada de la población pobre estuviese asegurada por el régimen contributivo, la brecha entre asegurados pobres y no asegurados, también pobres, debe ser grande si se

consideran las tasas de desempleo, superiores al 20%, la alta informalidad y la precarización del mercado laboral colombiano.

- El subsidio en salud no llega entonces a todos los que lo necesitan, ni todos los que acceden a él son estrictamente población beneficiaria, entre otras razones por el manejo clientelista que las administraciones municipales le han dado al instrumento de focalización, SISBEN.*
- Pese a todas las limitaciones, el aseguramiento representa el status de ciudadanía en tanto sustituye la asistencia pública por el derecho a la atención; segmentar a la población pobre en asegurados y no asegurados crea una ciudadanía diferencial excluyente y gran legitimidad entre quienes acceden, pero desintegración y búsqueda de la inclusión, entre quienes no.
- Entre el 40 y el 50% de la población colombiana —la cifra varía, según la fuente— está excluida del aseguramiento, o sea es “vinculada”, aunque acceda a los servicios es altamente vulnerable pues está sujeta a la disponibilidad de recursos territoriales para financiar la oferta.
- Aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo rector del sistema, estudia alternativas para aumentar la cobertura del Régimen Subsidiado, entre otras financiar parcialmente el aseguramiento de la población de nivel 3 del SISBEN, gestión de recursos, control de evasión y elusión las acciones y políticas gubernamentales se han orientado sólo a mantener la continuidad del aseguramiento y a ampliarlo a algunos grupos específicos (desplazados, municipios con alto nivel de necesidades básicas insatisfechas —NBI—, zona rural).
- Las perspectivas evidencian una tendencia al estancamiento del aseguramiento y a la profundización de las inequidades en salud: por un lado, las metas macroeconómicas que posibilitarían el aseguramiento universal no se han cumplido y no serán viables en el mediano plazo, si no se cambian aspectos estructurales de la política económica y social y ni el Plan de desarrollo ni las alternativas propuestas —centradas en la flexibilización laboral y en el recorte de las transferencias territoriales— van en esa vía.

Por otro lado, el aumento de cobertura nacional del 10% en el régimen subsidiado, entre 1997 y 1998, se hizo a expensas de los departamentos en los cuales no se había iniciado o era muy incipiente la afiliación (Vaupés, Guajira, Guaviare, Caquetá y Chocó), las regiones de menor crecimiento fueron Santafé de Bogotá (0,32%) y Antioquia (3,5%).

En síntesis, en el escenario descrito, se advierte la tensión entre una propuesta de descentralización que no alcanzó a consolidarse y que inicialmente (Ley 10, Ley 60) se orientaba al desarrollo territorial de la planeación y gestión en salud articulando las

* II Encuentro Nacional del SISBEN. Medellín, 2 al 4 de noviembre de 1999. Taller de Participación Ciudadana.

necesidades de la población y por tanto, tenía una dimensión más colectiva, frente a un modelo de aseguramiento individual (Ley 100) que sustituyó esos objetivos iniciales, constituyéndose en el centro del sistema de prestación de servicios y que en la práctica ha fragmentado la visión territorial de la salud, dejando mínimas posibilidades reales de incidencia a las entidades territoriales y a la población para modificar la direccionalidad de este proceso.

Finalmente, es necesario el debate acerca de la pertinencia y eficacia de la focalización: en municipios con alto grado de necesidades básicas insatisfechas (NBI) —precisamente los que no se han descentralizado—, el montaje del SISBEN es un costo innecesario y estos recursos podrían destinarse a atender prioridades en salud; en los municipios más desarrollados y en las ciudades, la pobreza es compleja y heterogénea y pesa más el ingreso y por eso la focalización es excluyente.

Dimensión colectiva y preventiva de la salud

Hay consenso en que el Plan de atención básica no ha sido asumido cabalmente por algunos municipios.* En otros, su puesta en marcha ha sido errática o poco sistemática. Al conflicto de competencias entre municipio y departamento, se suman las contradicciones entre la legislación marco y los decretos reglamentarios. Las acciones municipales han priorizado la focalización y han dejado de lado la dimensión colectiva y preventiva de la salud.

- Planeación nacional encontró que en el 92% de los municipios de su estudio, se adoptó el sistema de identificación de beneficiarios SISBEN y que el mayor avance en las responsabilidades municipales es el aseguramiento en el régimen subsidiado.⁷ En tanto, frente al Plan de atención básica, aunque no se encontraron datos nacionales, la puesta en marcha inicial fue errática: inicialmente lo asumieron algunos municipios y luego en 1996, las Direcciones Seccionales de Salud (departamentos) recentralizándolo.
- Hay dualidad y conflicto en las competencias: de un lado, por su carácter de servicio colectivo de alta externalidad, es responsabilidad política indelegable del estado aunque pueda contratarlo;⁸ de hecho la legislación posibilitó que las EPS lo ejecutaran parcialmente “a cambio de una transferencia de recursos por cada persona a la que se aplique el plan”.⁹ De otro lado la reglamentación del artículo 165 de la Ley 100 —que establece el Plan de atención básica— define sus componentes y entre las competencias territoriales, asigna a los departamentos la responsabilidad de elaborarlo para su jurisdicción, con acciones no incluidas en los planes locales de atención básica, previa concertación con los municipios.¹⁰

En la práctica, los municipios —certificados y no certificados— no tienen claridad en las propias responsabilidades. En algunos casos las han dejado a la voluntad del sector salud,

* En esta apreciación coinciden los trabajos de Fedesarrollo, Planeación Nacional, Iván Jaramillo y el informe del Consejo Nacional de Seguridad Social a las comisiones séptimas de Senado y Cámara, aquí citados.

en otros —los menos— han celebrado convenios con los departamentos o contratos con las ESES.¹¹

No obstante, la discusión medular es el lugar secundario de la salud pública y de la dimensión preventiva, colectiva y territorial de lo sanitario, introducidas por la Ley 100. En 1998, aunque a la subcuenta de promoción del FOSYGA ingresaron más recursos de lo presupuestado (183%), la ejecución fue tan sólo del 16%¹² y aunque en 1999 aumentó al 38,8%,¹³ sigue siendo baja. Además la inversión en los programas obligatorios de prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, salud visual y auditiva prevención de diarreas e infección respiratoria y programa de inmunización fue inferior al 3%.¹⁴ Para 1999, la tendencia se mantiene: la inversión en prevención de enfermedad diarreica, infección respiratoria, alcoholismo y fármaco-dependencia, no sobrepasó el 1,7% y en acciones de manejo de salud visual y auditiva fue sólo del 2,6%.¹⁵

A lo anterior se suma el que “las EPS y las ARS no han emprendido acciones para cumplir con las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el Plan de desarrollo no introduce acciones coactivas para que se realicen estas labores”.¹⁶ Lo grave de esta situación son los efectos reales de deterioro de las condiciones de salud de la población: probablemente, la reaparición o exacerbación de enfermedades infectocontagiosas y prevenibles, antes controladas en el país, se explique en buena medida por la pérdida de importancia de la promoción y la prevención, en aras de la facturación de servicios curativos para auto-sostenerse en un mercado competido.

Debilidad de los mecanismos y del ejercicio de la función de vigilancia y control

Si bien es cierto que algunas de las dificultades descritas pueden mejorarse positivamente con una gestión eficiente y transparente, esa intervención sería limitada porque además en el proceso colombiano de descentralización hay una gran debilidad de los mecanismos y del ejercicio de la función de vigilancia y control.

En el caso específico de salud, aunque la norma establece como función estatal la vigilancia y control sobre el conjunto del sistema, en la práctica poco se ha ejercido y en algunos con más capacidad de gestión, la fragmentación territorial del aseguramiento y la prestación de servicios con múltiples EPS e IPS, ESES y ESS, demandarían una gran estructura administrativa paralela, probablemente con poca capacidad de incidencia sobre EPS con presencia local pero con dirección administrativa y política departamental o nacional. En síntesis la sensación que queda es que no es posible en la práctica ejercer control integral sobre el ordenamiento actual del sistema. ¿Será que en realidad fue pensado precisamente para eso?

El desarrollo administrativo y la planeación local

El balance en este terreno, pone de presente avances en el desarrollo de estructuras administrativas básicas para la gestión en salud y en la elaboración de planes locales; el sector salud tiene hoy una presencia real más concreta en los municipios y a pesar del carácter relativamente reciente de la descentralización sectorial, ha empezado a ganar espacio en la agenda de los gobiernos y en los asuntos de interés para la población.

No obstante, el proceso enfrenta dificultades: en muchos municipios la creación de estructuras administrativas no pasa de ser una formalidad, no está articulada a su real funcionamiento en la práctica o sostenibilidad en el tiempo; aún falta camino para que la planeación en salud esté articulada al desarrollo local y para que la planeación en general guíe con intención estratégica la acción local. Ya desde una perspectiva estructural, la capacidad de gestión es directamente proporcional al desarrollo socioeconómico, y el sentido de aquella, pasa por la limitada posibilidad de incidir en la direccionalidad de procesos que —como en el caso de la reforma a la salud— se deciden en el ámbito internacional y en menor escala, nacional. Además el desarrollo de las estructuras, imaginarios e instrumentos para generar o consolidar la capacidad de gestión local, se inscribe en una pérdida de fortaleza de lo público.

Centralización de la gestión en salud

Los mayores avances en la capacidad de gestión en salud se han concentrado en las grandes ciudades y en los polos de desarrollo. En general, la gestión no ha sido asumida como desarrollo institucional, técnico y humano sostenible. La certificación, eje de la descentralización en salud, es hoy una estrategia polémica como instrumento útil para resolver los problemas centrales de la conducción de la salud en las localidades. Los municipios más pobres y pequeños, aunque reciben recursos, no han asumido la gestión en salud o, en el mejor de los casos, lo han hecho incipientemente.

- Aunque algunas interpretaciones atribuyen el retraso del proceso de descentralización en salud a la falta de voluntad política gubernamental y a la oposición de algunos sectores,¹⁷ probablemente han pesado más la Ley 100 de 1993 que, especialmente a partir de 1995, estableció otras prioridades y reglas de juego y centró la gestión en salud en el aseguramiento, y la incipiente preparación de alcaldes y gobiernos locales y de las estructuras administrativas municipales para asumir las competencias en un terreno nuevo y relativamente complejo como el de la salud. A esto se le suman las vicisitudes del acompañamiento y la falta de direccionalidad de otros niveles de gobierno y de las crónicas desigualdades regionales del país en el desarrollo socioeconómico y por tanto en la capacidad de gestión.
- La Ley 60 de 1993 estableció la certificación como un conjunto de requisitos para garantizar una estructura básica de gestión local en salud y de manejo de los recursos cedidos. Representa entonces un reconocimiento formal de autonomía, el desarrollo de las

capacidades locales y un cambio en el papel de los departamentos y de la nación. En el país, a diciembre de 1998, se habían certificado el 62,5% de los departamentos (20 de 32), los cuatro distritos y sólo el 33,4% (361 de 1.082) de los municipios; pero en dieciséis departamentos ninguno de sus municipios lo había hecho.¹⁸ Una proporción similar, y también baja —30% (12 municipios de un total de 40)— encontró el estudio coordinado por Planeación Nacional.¹⁹

- Las estructuras municipales sobre las cuales se sustenta la certificación y la capacidad de gestión son aún incipientes en el país o no están articuladas a un desarrollo institucional sostenible. Los cambios se han hecho especialmente en los municipios mayores de 50.000 habitantes: en promedio el 30% creó la Dirección Local de Salud (D.L.S), pero el 57% manifestó que no la habían operativizado. En otros casos, la estructura no era la adecuada para las competencias por asumir; el 71% de los municipios han creado formalmente los Fondos Locales de Salud, pero tienen grandes retrasos en su reglamentación.²⁰ En general hay vacíos y debilidades en los procesos de pre y postcertificación.
- A pesar de las fragilidades del proceso de certificación, éste parece estar asociado a mayor capacidad de gestión: en la muestra del Departamento Nacional de Planeación (DNP), sólo el 7% de los municipios no certificados crearon D.L.S y los que tienen Fondo Local de Salud, no han desarrollado o no conocen algunos de sus requisitos.
- Hay consenso en que el aseguramiento es el avance más importante de la gestión local en salud. Por eso la rápida transformación de otras estructuras administrativas requeridas por el nuevo modelo: a junio de 1988 el 54,8% de los hospitales públicos de primer nivel del país, se habían transformado en ESES, así como el 96% de los de nivel II y el 82% del nivel III.²¹ Aunque también aquí su sostenibilidad administrativa y, sobre todo financiera, es incipiente o está hoy seriamente cuestionada.

Retos del proceso de planeación

Hay escasa información sobre el real aporte de los planes de salud. El proceso de planeación del desarrollo local, en general registra algunos avances en participación de la población y en satisfacción de necesidades locales, pero aún su uso como guía de acción local es limitado. En el campo específico de la salud, los principales retos que enfrenta la planeación son la cobertura de aseguramiento de la población más pobre, la sostenibilidad de la red pública y la recuperación e inclusión de la perspectiva territorial y sanitaria en la gestión local de salud y el desarrollo de la capacidad de gestión.

- Un estudio del Banco Mundial, sobre la capacidad de gestión en dieciséis municipios colombianos (1995) mostró que en general con la descentralización, ha aumentado la cobertura y calidad de los servicios, la atención a zonas rurales, y el esfuerzo por atacar la pobreza y la asignación de recursos de acuerdo con las expectativas de la comunidad²² pero no se dispone de información específica para salud.

- Se ha avanzado en la creación de estructuras e instrumentos: el 73% de los municipios cuenta con oficina de planeación, el 100% han adoptado el Plan operativo anual de inversiones, el 92% el SISBEN y el 72% la estratificación socioeconómica;²³ no obstante estos avances, no parecieran en principio articularse a la elaboración de planes: la exigencia de múltiples planes sectoriales, con requisitos y cronogramas específicos, además del de desarrollo local, no ayuda a sistematizar la gestión.²⁴
- En la perspectiva sectorial, las evidencias sugieren precaria utilización del plan como instrumento orientador de la gestión de salud, y la gran desarticulación de los planes municipales con el departamental. En alguna medida, esto explica la debilidad en la práctica de los principios de complementariedad y concurrencia: de diecinueve municipios que se refirieron al tema, sólo 26% manifestaron haber adelantado proyectos en ese sentido y aunque algunos presten servicios de salud selectivos de segundo nivel, la complementariedad no es una estrategia sistemática. Por otro lado, la asistencia técnica de los departamentos fue calificada por los municipios como fragmentada, esporádica especialmente en planeación, vigilancia y control, producto más de la solicitud de las localidades que de la iniciativa departamental.²⁵
- Estos argumentos sugieren entonces que la planeación local en salud es apenas incipiente, no ha logrado constituirse en instrumento de gestión y de construcción de políticas y de ciudadanía. El ordenamiento sectorial actual implica una fragmentación territorial con cambios sustanciales en las funciones administrativas, en la prestación de servicios y en la adscripción o pertenencia de los usuarios a las instituciones, además de otras dificultades estructurales ya descritas.

Uno de los retos está entonces en ganarle o recuperar un espacio para la planeación con sentido estratégico y territorial.

Finalmente, es preocupante la tendencia observada en 1998 hacia la desaceleración del proceso de descentralización en salud.²⁶ Otras evidencias parecieran ir en la misma dirección: la pérdida de importancia de la función de dotación, construcción y mejoramiento de la oferta pública para dar paso al aseguramiento o debido a la indefinición de competencias en el período de transición; y el hecho de que la certificación no resolvió en la práctica las funciones de un organismo de dirección y control eficaces del sistema, ni la adopción de un proceso de planeación sectorial sistemático e integral.²⁷

Estas dificultades amenazan los frágiles avances en el desarrollo de la capacidad de gestión local, en la conformación de los consejos territoriales de planeación, y en la apertura de un espacio político, técnico y de interés público para la salud en los municipios. La situación parece darle la razón a la valoración de que la descentralización no se ha convertido en un propósito nacional²⁸ y las localidades no cuentan con un apoyo decidido y sistemático de los otros niveles de gobierno ni se advierte una intencionalidad política en el actual Plan de desarrollo nacional para enfrentar los complejos retos y escenarios de la gestión en salud.

La distribución y uso de los recursos fiscales

La reforma generó un gran aumento de recursos financieros con porcentajes de inversión forzosa en salud representados en transferencias crecientes de ingresos corrientes de la nación (ICN) y en situado fiscal, entre otras fuentes, para los municipios. Estos, hoy a diferencia de las bajas ejecuciones iniciales, gastan los recursos en salud. No obstante la estabilidad financiera local tiende al déficit, a la disminución de la inversión y a la alta dependencia de las fuentes nacionales atravesada por dos escenarios de incertidumbre: las políticas de ajuste que han venido recortando los recursos de gasto social y la sostenibilidad financiera del sistema a futuro.

Este balance puede desagregarse así:

Pérdida de la fortaleza del sector público

- La situación y las perspectivas de las finanzas territoriales se inscriben en una pérdida de fortaleza y de importancia del sector público y en especial de los sectores sociales y de la salud, en las políticas y prioridades de inversión nacionales.
- La evasión más grande y sistemática es la del propio gobierno nacional: por la Ley 100 de 1993 éste debía aportar al FOSYGA recursos iguales a los aportes de solidaridad que hacen los afiliados al régimen contributivo para financiar el aseguramiento de los más pobres. Unilateralmente el gobierno en el marco de la crisis fiscal “legalizó” (Ley 344 de 1996) la evasión, disminuyendo esta obligación primero al 50%, pero permitiendo un margen mínimo hasta del 25% y aún así ha retrasado o incumplido los pagos; la deuda acumulada por este concepto entre 1994 y 1997 era de \$600.000 millones²⁹ que hubiesen servido para ampliar el aseguramiento a los más pobres. Luego, el Decreto 1736 de 1998, redujo el presupuesto general de la nación para esa vigencia, y eso representó un recorte de \$50.000 millones para el FOSYGA (subcuenta de solidaridad) y los aportes de la nación en 1998, sólo se cumplieron en un 52,7%, mientras que los del punto de solidaridad fueron del 112,5%.³⁰ Estos datos concretan en cifras la pérdida sistemática de importancia de la política social y evidencian que la solidaridad entre personas —a diferencia de la del Estado— sí ha funcionado, pero que es decididamente insuficiente para sostener a futuro el mayor avance en salud de los municipios (el aseguramiento) más aún si se tienen en cuenta las altas tasas de desempleo, la informalidad y la precarización del mercado laboral en el país.
- La crisis hospitalaria es el efecto más claro y visible de la pérdida de importancia de lo público. Aunque la interpretación oficial la atribuye a ineficiencia y a altos costos laborales, lo cierto es que históricamente, por el carácter secundario de las políticas sociales, los hospitales públicos entraron a competir en el SGSSS, en condiciones de desigualdad, con crónicos déficit. Otras visiones diferentes a la gubernamental, le dan un peso importante al costo de la nivelación salarial de los trabajadores de la salud pero no precisan cifras,³¹ sería necesario indagar los datos sectoriales, puesto que el 80% del

total de la fuerza laboral del país tiene menos de catorce años de educación y ha registrado una reducción del salario real en los últimos diez años,³² y en el campo específico de la salud, en el 67% de los municipios estudiados por Planeación Nacional, el pago de honorarios, salarios y prestaciones significó menos del 15% del total de participación en los ICN.

Otros factores para considerar en la crisis hospitalaria son, además de la evasión y disminución real de recursos gubernamentales, la falta de liquidez por mora en los pagos de EPS y ARS y “la selección adversa” al interior del sistema, en tanto la red pública debe atender a la población no asegurada (40-50% de la población).

Nuevamente aquí se imponen la lógica sectorial y los problemas estructurales sobre la descentralización.

La distribución del gasto en salud

La disponibilidad real de recursos territoriales aumentó considerablemente y, superadas las dificultades iniciales, se están gastando en salud. Sin embargo un porcentaje significativo se queda en la intermediación. La mayoría de los municipios dependen en buena medida de las fuentes nacionales y se advierte una tendencia deficitaria y al aumento del endeudamiento en la estructura de las finanzas territoriales y en perspectiva general, una disminución del gasto social.

Los recursos en salud pasaron del 1,8% del PIB en 1991-1994, al 3,6% en el período 1995-1997, pero la participación del gasto público social en el gasto público total, pasó de 41,2% en 1996 a 35,2% en 1997;³³ esta tendencia, como ya se señaló, se expresa en salud.

- La estructura de las finanzas territoriales es altamente dependiente de las transferencias nacionales: para 1997, en el 48% de los municipios estudiados, los ICN representaban entre el 31 y el 60% de los recursos y en el 26% de aquellos, los recursos del FOSYGA, equivalían a más del 60% del total.³⁴ Además la inversión local en salud se financia preferentemente con estos recursos. Esto se traduce en restricciones a la autonomía local y en una gran labilidad frente a las crisis fiscales nacionales.
- El perfil de la inversión en salud también se ha modificado: hasta 1995-1996 del 39 al 60% de esos recursos, en los municipios menores de 500.000 habitantes, se orientaron al mantenimiento y desarrollo, de la infraestructura en salud.³⁵ En cambio en 1997, priorizó vías, vivienda, saneamiento básico y sólo un 28,3% se dedicó a otros sectores, sin contar el de educación. Similar comportamiento se observó con la cofinanciación.³⁶ Probablemente este cambio esté relacionado con la prioridad del aseguramiento.
- Se insinúa específicamente a partir de 1998, fragilidad en la estabilidad financiera local expresada en una situación deficitaria (128%: por cada peso de ingresos de capital se gastaron 128 en inversión).

- Las ARS se quedan con un porcentaje que oscila entre el 28,08% y el 40% de los dineros de la seguridad social destinados al régimen subsidiado.³⁷ Algunas iniciativas ciudadanas y sindicales han propuesto acertadamente eliminar, la intermediación y aunque hay poderosos intereses económicos en juego, se trataría de ganarle espacio político y de opinión a esta iniciativa en la perspectiva de recuperar autonomía local y aumentar la disponibilidad de recursos para salud.

Balance de la participación en salud

Desde la década de los 60, la participación en salud es uno de los elementos más controvertidos del debate sanitario internacional porque representa una de las expresiones más concretas de la dimensión política y social de la salud, cual es el alcance, contenido y concepción de la capacidad real para otorgar desde el Estado, poder a otros actores sociales en salud, especialmente a la población.

Desde esa perspectiva, la participación de la población en la gestión pública de la salud, ha tenido un lugar concreto en las reformas de salud de las dos últimas décadas en Colombia. Sin embargo, como se ha señalado aquí, las reformas sectoriales están inscritas en procesos más generales de transición socioeconómica —incluso internacionales—, conflictivos, que tocan intereses concretos de diversas fuerzas sociales y políticas. Esto genera posiciones divergentes que explican en alguna medida, las diversas interpretaciones sobre la participación, en un mismo momento histórico.

Pero además las leyes y normas no son “neutrales”: expresan y concretan la relación y el balance de fuerzas e intereses de los actores sociales y las tendencias de los escenarios en que fueron formuladas, son implantadas y se mezclan con realidades sociales que ya tienen su propia historia y su dinámica organizativa independiente, pocas veces coincidente, o incluso antagónica con la de las disposiciones normativas.

Por todos los elementos descritos, los conceptos y sobre todo la práctica de la participación en salud debe ser analizada e interpretada no sólo con una perspectiva histórica, sino también desde la vivencia de los diferentes actores y teniendo en cuenta que es una mezcla heterogénea y desigual de intereses, de experiencias vividas, de ideología y de deseos y sueños sobre el futuro y la sociedad, y por eso mismo puede ser modificada o construida por la acción humana.

Pero de otro lado, el análisis y la práctica de la participación en salud pasan por dos elementos contextuales: en primer lugar la simultaneidad de la pervivencia histórica de prácticas políticas ligadas al clientelismo y a la debilidad y fragmentación de la sociedad civil³⁸ con la construcción de una incipiente ciudadanía expresada en la defensa de Derechos —entre ellos los sociales— y que se concreta en el conocimiento y la utilización de la Constitución y de la protesta y movilización social, todavía en el terreno reivindicativo y de opinión (por ejemplo la acción de tutela, las marchas por la paz, los

paros de trabajadores de la salud, el movimiento contra la Unidad de Poder Adquisitivo Constante —UPAC— como mecanismo de financiación de la vivienda, los paros campesinos en diferentes regiones del país y contra el Plan de Desarrollo 1998-2000) pero con logros significativos. En segundo lugar, los cambios en la esfera pública en lo estatal, asociados a la globalización, a la privatización y a la preponderancia del individuo y, como se ha señalado, en tensión con la territorialidad local o regional de los conflictos, las necesidades de la población y la gestión pública.

En lo público —no estatal— la legitimación del egoísmo y la competencia como valores sociales, la racionalidad económica y tecnocrática como indicador de eficiencia y la segmentación generada por los mercados (reconocimiento parcial y focalizado de derechos: “ciudadanía diferencial”, como ocurre con el aseguramiento en salud), implican la transición de ciudadanos a consumidores, y el quiebre de las redes primarias de cohesión y solidaridad social. Por otra parte, la precaria legitimidad del estado y la generalización y heterogeneidad de la violencia van generando escepticismo y nuevas rupturas y recomposiciones (¿pero hacia dónde?) del tejido social.

Pese a la precariedad y postergación históricas de un proyecto nacional incluyente en Colombia, la pregunta ineludible hoy es por los “nuevos” referentes e imaginarios de lo público: ¿Cuál es en este nuevo escenario el bien común? ¿Cuáles las bases y estrategias para generar cohesión social en un país profundamente desigual?

Estos elementos e interrogantes son algunos de los referentes para comprender la orientación que inspira las formas de participación en salud, propuestas por el estado, su puesta en marcha y sus resultados.

Los avances de la participación en salud

El balance político pone de presente que no obstante las dificultades del proceso, la descentralización en general ha contribuido a una gestión pública más democrática informada y cercana a la población, ha posibilitado la expresión de nuevas fuerzas locales y mayor presencia del Estado especialmente en salud, educación y servicios públicos;³⁹ por su parte la nueva Constitución, profundizó formas y mecanismos de participación directa y estos avances se han expresado en salud.

- Las nuevas competencias y los retos de cobertura y accesibilidad han puesto la salud en la agenda de prioridades de los gobiernos locales y más recientemente —en la década de los 90 a raíz de los cambios introducidos por la reforma— en eje de movilización para los trabajadores del sector,⁴⁰ y en asunto de interés para la población; el efecto ha sido mayor motivación y conocimiento especialmente sobre la legislación y el aseguramiento. El trabajo del Departamento Nacional de Planeación (DNP) mostró que los aspectos de la gestión pública, sobre los que más conoce la población son: vías de comunicación, servicios públicos domiciliarios, régimen subsidiado y desarrollo rural.⁴¹

Otras experiencias dan cuenta del énfasis legislativo en la orientación de las capacitaciones promovidas por el Estado a las distintas formas organizativas en salud.*

- En la práctica, la población empieza a asumir la prestación de servicios, ya no como “asistencia pública” o caridad, sino como un derecho, con obligaciones concretas del Estado para garantizarlo. Así lo indican el volumen de tutelas** y el auge de las veedurías ciudadanas en salud: 1.564, en el país a diciembre de 1998,⁴² pero estas acciones han sido fundamentalmente reivindicativas e individuales en el caso de las tutelas y puntuales y transitorias en el de las veedurías.
- Las normas descentralistas posibilitan, por primera vez, la participación de la población en espacios decisorios como las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y en las EPS e IPS.
- Hay dos espacios especialmente importantes en salud, donde tienen representación las organizaciones de la población y de los trabajadores de la salud: los Consejos Territoriales de Planeación y los Consejos Territoriales de Seguridad Social. Son los de mayor alcance y proyección porque potencialmente posibilitan una visión territorial de la salud articulada al desarrollo local, que se ha venido desdibujando con el aseguramiento. Sin embargo su alcance y desarrollo son aún limitados.

Aun así, la existencia de un marco jurídico, para la participación con potencialidades importantes de canalizar las iniciativas ciudadanas, no es condición suficiente para la sostenibilidad y cualificación de la participación social en salud. Los estudios evidencian⁴³ que se requiere: dar cabida a otras demandas de las organizaciones representadas, así estas sean puntuales y superen el ámbito de lo estrictamente sectorial o institucional y resolverlas eficazmente y en el corto plazo; acompañar con carácter flexible y democrático los procesos existentes más que imponer o forzar otros nuevos y propiciar la presencia plural de organizaciones de base y significativas en la historia local.

Avanzar en esa dirección, es un reto complejo en el terreno de la salud, en el cual la ciudadanía ha sido precaria, la tradición organizativa y de lucha de la población, importante pero discontinua y dependiente de las instituciones y las propuestas sectoriales, verticales y normativas.

Las dificultades

- La legislación tiene otra dimensión: abre espacios pero también los restringe dándoles carácter asesor o limitando su poder decisorio. Es el caso de los Consejos Territoriales de Planeación —donde se debate la orientación del desarrollo territorial— los cuales, en su mayoría, sólo se han conformado coyunturalmente en un escenario de frágil avance en los procesos de planeación; y de los Consejos Territoriales de Seguridad Social —

* Entrevista a dos líderes de salud de Medellín. Octubre de 1999.

** Entrevista a un Magistrado auxiliar de la Corte Constitucional. Bogotá, agosto de 1999.

donde concurre la representación de los distintos actores del sistema— de los cuales sólo existían a diciembre de 1998, doce en todo el país.⁴⁴ Ambos Consejos sólo tienen carácter asesor, excepto el Nacional de Seguridad Social. En el caso de salud, esta situación muestra el escaso desarrollo territorial del sistema de seguridad social y probablemente la ausencia o debilidad de políticas para promover y apoyar estos espacios que son los de mayor perspectiva territorial.

La reglamentación es en general, minuciosa y compleja. Fabio Velásquez sostiene que “la gente prefiere mecanismos menos institucionalizados, más informales y transitorios y originados en demandas concretas que no exigen requisitos complejos ni formalidades legales...”⁴⁵ Una aproximación novedosa sería abordar los procesos en salud y las propuestas de las organizaciones de la población con esa óptica.

Algunas evaluaciones consideran que la descentralización y la Ley 100 de 1993, no han representado avances significativos para la participación en salud. A la par que el sistema, las “institucionalizadas” organizaciones y procesos en salud promovidos desde el Estado, se han atomizado, restándole posibilidades a los canales ya existentes.⁴⁶ Una valoración significativa es la de que “no hay líderes para tanto mecanismo de participación”.

- La salud —excepto en caso de epidemias o riesgos colectivos y de ausencia o deficiencia excepcional en la prestación de servicios— no ha sido históricamente un eje importante de movilización social: a diferencia de otros ámbitos (por ejemplo derechos humanos, servicios públicos) de la vida nacional, tampoco ha estado articulada a proyectos más amplios. Esto explica en parte la precariedad de la “ciudadanía en salud”, la escasa o nula sensibilidad gubernamental y de la opinión pública ante la crisis hospitalaria del país y ante el cierre de instituciones públicas insignia. Aunque en la década de los 90 la salud recobra importancia como asunto de interés público, no se advierten actores o propuestas con suficiente fuerza o permanencia para convocar, construir proyectos políticos y democráticos en salud o para “politizar” los intereses corporativos y puntuales de las organizaciones y formas sectoriales de participación.

En este sentido, algunos reclaman entrega oportuna, transparente y sistemática de información sobre mecanismos y alcances de la participación y sobre la gestión en salud y el perfil epidemiológico para que la población tenga elementos para evaluar la descentralización y la reforma,⁴⁷ otros —los menos por cierto— opinan que es prioritaria la formación política y sanitarista de los líderes de organizaciones de la población y de trabajadores de la salud,* así como la recuperación de la dimensión sociopolítica de la salud en el debate nacional, pero son conscientes que este interés, hoy en el país, es minoritario y en contravía del discurso oficial y de los grandes poderes económicos vinculados al “negocio” de la salud.

- ¿Cuál es entonces la direccionalidad de los procesos de participación sectorial? o, en otras palabras, ¿la participación, para qué? Aunque la respuesta pasa por los elementos

* Entrevista a un líder de una ONG de Medellín. Octubre de 1999.

contextuales, ya mencionados y por las características de acción social y política de los actores en salud, lo cual abre algún espacio a la incertidumbre y a la construcción de alternativas de amplio interés colectivo, lo cierto es que el balance hoy, muestra que la puesta en marcha de los mecanismos del Decreto 1757 de 1994, ha fragmentado los esfuerzos e iniciativas de la población en salud y ha pesado más la legitimación de la reforma, o por lo menos el mantenimiento del “statu quo” —así no se compartan algunos de sus efectos perversos— que la intencionalidad democratizante. En otras palabras, la participación social en salud no se perfila como opción para construir “el bien común” o “el interés colectivo en salud”, que en el marco del principio de justicia distributiva del estado social de derecho, deberían ser la equidad, la solidaridad y la universalidad productos del reconocimiento real de los derechos sociales y no como efectos asistencialistas y paliativos de las desigualdades del mercado.

Algunas evidencias empíricas apoyan esta observación:

Respecto al papel del sector salud frente al proceso de participación, algunos líderes consideran en el caso de Medellín que la Secretaría de Salud se ha centrado en la capacitación sobre aspectos legislativos y en menor medida, sobre planeación en salud: “Su visión estratégica sin proyecto, desconoce que los procesos en la ciudad son anteriores a la legislación y no aprovecha la trayectoria, motivación y creatividad de la gente. La secretaría no tiene proyecto, sino microproyectos”, pero éstos tampoco son sistemáticos. Además los funcionarios de salud encargados del “programa” de participación generalmente están poco motivados o capacitados.

Varias valoraciones señalan que los procesos han retrocedido y perdido fuerza: “Antes la participación era institucionalizada, pero había más compromiso de líderes y trabajadores de la salud, más participación de la población y más conocimiento de los COPACOS”, no obstante consideran que la verticalidad y baja representatividad no han cambiado.

Observaciones diferentes a las de los líderes afirman que la Secretaría de Salud Local, ha desconocido la historia del proceso —especialmente la de los comités de participación comunitaria en salud COPACOS— y coincide en la falta de direccionalidad del proceso.⁴⁸

Por último algunos líderes “sienten” que por la falta de motivación y capacitación de los funcionarios y de visión política y estratégica de las propuestas de participación en salud promovidas desde el Estado, por las dilaciones y dificultades para entregar información a la población y por su carácter homogéneo y vertical, los han convocado “para legitimar cosas ya orientadas y definidas”. Tal valoración, coincide con la de algunos autores, quienes advierten esa intencionalidad legitimadora de la participación, en el contexto del nuevo discurso del desarrollo, caracterizado por la cogestión con ONG y organizaciones de la población.⁴⁹

- Del otro lado de los líderes, aunque han surgido algunas propuestas, no se perfilan alternativas fuertes: por un lado, en las razones para vincularse a las formas organizativas, pesan más el ejercicio de micro-poderes en sus comunidades y la representación e incluso,

la búsqueda de eventuales alternativas de empleo para la distribución de recursos ante el gobierno local,* que la representación de intereses de amplia base social y la articulación a proyectos de mayor alcance político propia de organizaciones más autónomas.⁷⁷

Por otro lado, las actividades realizadas no inciden sobre las políticas o las decisiones en salud —ya de por sí con reducida posibilidad de modificación en el nivel local—. Los líderes de COPACOS y asociaciones de usuarios se han dedicado a tareas administrativas menores (organización de archivos institucionales) u organizativas pero que no representan o coinciden con sus intereses (organizar y acompañar movilizaciones de los trabajadores de la salud, asistir a capacitaciones) y sólo ocasional y discontinuamente a acciones de mayor alcance (planeación zonal). Además la participación en espacios decisorios —como la Junta Directiva de las ESES— es cuestionada por su precaria articulación con la base social representada.⁷⁸

En síntesis, el balance de la participación en salud sugiere que esos procesos no han avanzado con la descentralización. Aunque resulta provisional cualquier “conclusión”, en el escenario de la controvertida reforma a la salud, ha sido ésta y no aquélla la que ha introducido cambios fundamentales: la creación de nuevos canales de participación y el posicionamiento de la salud como asunto de interés para los gobiernos locales y la población no logran impactar problemas estructurales como la incipiente ciudadanía en salud, la institucionalización y verticalidad de estas propuestas, la frágil autonomía y representatividad de la mayoría de los líderes y la fragmentación de los esfuerzos organizativos en salud de la población.

Consideraciones finales

- El que la descentralización no sea hoy un propósito nacional ni una prioridad de gobierno representa un retroceso o, si se quiere, un estancamiento del proceso en el país. Esta situación podría profundizar a futuro la desigual distribución de beneficios del desarrollo local y de la capacidad de gestión, asociados a las también desiguales condiciones de desarrollo socioeconómico de las distintas regiones. Con base en esa realidad, algunos expertos proponen en general y en particular para la salud, una gradualidad con temporalidades diferentes según la categoría del municipio en la asunción de competencias y con claros apoyos y concurrencia de los niveles de gobierno departamental y nacional para acompañar y garantizar el desarrollo y sostenibilidad de la capacidad de gestión. Esto requiere voluntad política nacional para direccionar el proceso que hoy no se advierte, pero podría repuntar con la presión de los alcaldes quienes ya se han hecho escuchar ante decisiones unilaterales inconsultas como la reciente disminución de las transferencias. Ya en el mediano plazo es necesario poner en marcha una ley de ordenamiento territorial que incorpore la heterogeneidad de las regiones y problemas del país.

* Conversatorio con líderes en salud Centro de Salud “Sol de Oriente”. Medellín, noviembre de 1999.

- La descentralización en general ha mejorado la prestación de servicios, el manejo de recursos y la inversión en zonas rurales y en población pobre. No obstante caben dos consideraciones. En primer lugar, el proceso en salud se inició tardíamente. La Ley 100 de 1993, en especial el aseguramiento, ha desplazado la perspectiva territorial y colectiva de las primeras normas descentralistas (Decreto 77 de 1987, Ley 10 de 1990) y ha generado un desencuentro entre los dos procesos: el de la descentralización sectorial y el de la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993. En segundo lugar, la descentralización podría ser condición necesaria más no suficiente para mejorar sistemática y sosteniblemente los indicadores sociales y la calidad de vida de los pobladores. Tasas de desempleo superiores al 20%, la precarización del mercado laboral, el estancamiento en la reducción de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) —aspecto en el cual el país había avanzado notablemente en las últimas décadas—, el aumento de la pobreza por ingresos y de la concentración de la riqueza —el coeficiente de Gini en los últimos nueve años pasó de 0,46 a 0,53— y la recesión con tasas de crecimiento negativas en 1999 (-5 a -6%) evidencian el fracaso del modelo de desarrollo implantado en el país en los años 90 y el cual en alguna medida determinó la reforma a la salud y especialmente la Ley 100. La desigualdad y el desempleo junto con la generalización de la violencia y la profundización del conflicto armado son hoy los mayores problemas del país.

En ese orden de ideas, avanzar en la perspectiva de una descentralización para mejorar la calidad de vida y disminuir las desigualdades, requiere la plena vigencia en la práctica del estado social de derecho que inspiró la Constitución del 91, como garante de los derechos sociales económicos y culturales inherentes a las sociedades modernas, y el cual supone más allá de las declaraciones formales, modificaciones estructurales en aspectos tan sensibles como la concentración de la riqueza, la justicia distributiva y un debate nacional informado y pluralista al modelo de desarrollo, pues si bien no es viable el antiguo Estado de Bienestar —discutible por demás su real desarrollo histórico en Colombia— tampoco lo son los altos costos sociales de aquel. De hecho los recientes fallos de la Corte Constitucional, evidencian la tensión entre las políticas gubernamentales y los intereses y expectativas de la mayoría de la población.

La discusión sobre el papel del Estado seguramente será uno de los ejes del proceso de negociación con los actores armados, pero el estado social de derecho no es un problema de filantropía estatal ni de cálculo económico; debe ser también una construcción social basada en principios políticos y éticos de justicia distributiva y en la garantía de derechos inherentes a una modernidad postergada y tensionada en un país históricamente tan desigual como Colombia.

En este sentido es prioritario iniciar un debate público suficientemente informado y pluralista y en igualdad de condiciones, en principio sobre la Ley 100 de 1993, pero en la vía de avanzar en “grandes consensos” acerca del “interés colectivo” o del “bien común” a construir en salud y en seguridad social.

Reconocimientos

Este trabajo fue patrocinado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y fue presentado en el VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. La Habana, Cuba, 3 al 7 de julio de 2000.

Agradezco a todas las personas que cedieron su tiempo, conocimiento y experiencia para documentar este trabajo mediante entrevistas y conversatorios; a los doctores Eliseo Velásquez, Jairo Humberto Restrepo, a los líderes en salud de los sectores de Buenos Aires y 13 de Noviembre y a la Corporación “Centro Convivamos” y en esta organización, en particular al señor Héctor Galindo, Coordinador del Programa de Salud.

Referencias

- 1 República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. La descentralización, avances en salud y educación. *Planeación y Desarrollo*, 1998:29 (4); 82-84.
- 2 Velásquez CF. Una década de descentralización en Colombia Balance preliminar. En: Bernal J, Londoño J (eds). Balance del proceso de descentralización. Bogotá: Min. Interior-Viva la Ciudadanía; 1997.
- 3 Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de diciembre 23 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá: El Congreso; 1993. Art. 165.
- 4 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informe anual a las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara de Representantes 1998-1999. Santafé de Bogotá; 1999. p. 19.
- 5 *Ibid.* p. 45.
- 6 Sarmiento AL. Exclusión, conflicto y desarrollo societal. Santafé de Bogotá: Ediciones desde Abajo; 1999. p. 79.
- 7 República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. *Op. cit.* p. 82.
- 8 Jaramillo I. La descentralización del Sector Salud en Colombia. En: Balance del proceso de descentralización. Ministerio del Interior - Viva la Ciudadanía. Santafé de Bogotá; 1997. p. 165-166.
- 9 Fedesarrollo. Salud, Educación y Desempleo: diagnóstico y recomendaciones. Proyecto Agenda Colombia. Cuadernos de Fedesarrollo No. 4. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo; 1998. p 15-16.
- 10 República de Colombia. Decreto 3997 de octubre de 1996. Santafé de Bogotá: 1996.
- 11 República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. *Op. cit.* p. 89-90.
- 12 Consejo Nacional de Seguridad Social. 1998-1999. *Op. cit.* p. 20.
- 13 Consejo Nacional de Seguridad Social. 1999-2000. *Op. cit.* p. 34.
- 14 Consejo Nacional de Seguridad Social. 1998-1999. *Op. cit.* p. 20.
- 15 Consejo Nacional de Seguridad Social. 1999-2000. *Op. cit.* p. 30.

-
- 16 Rodríguez SO. Exclusión y seguridad social en el Plan de desarrollo. Cuadernos de Economía. Universidad Nacional de Colombia, 1999: XVIII (30); 220.
- 17 Jaramillo PI. *Op. cit.* p. 183-184.
- 18 Cardona A *et al.* Impacto de la reforma colombiana de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997. p. 220.
- 19 República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. *Op. cit.* p. 86.
- 20 *Ibid.* p. 81, 100-101.
- 21 Cardona A. *Op. cit.* p. 2.
- 22 Citado por Velásquez F. *Op. cit.* p. 80.
- 23 República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. *Op. cit.* p. 81- 82.
- 24 Velásquez F. *Op. cit.* p. 82.
- 25 República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. *Op. cit.* p. 93- 95.
- 26 Cardona A *et al.* *Op. cit.* p. 42.
- 27 República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. *Op. cit.* p. 87.
- 28 Ministerio del Interior. Viva la Ciudadanía. Balance del proceso de descentralización. Santafé de Bogotá: Ministerio del Interior; 1997. p. 201.
- 29 Fedesarrollo. *Op. cit.* p. 18-19.
- 30 Consejo Nacional de Seguridad Social, 1998-1999. *Op. cit.* p.11-22.
- 31 Sarmiento AL. *Op. cit.* p. 12.
- 32 Sarmiento PE. Las iniquidades del modelo económico. Diario *El Espectador*. Santafé de Bogotá: 21 de noviembre de 1999. p. 2B.
- 33 Corredor MC. La política social en el Plan de desarrollo. Cuadernos de Economía. Universidad Nacional de Colombia, 1999:XVIII (30); 113-114.
- 34 República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. *Op. cit.* p. 91-92.
- 35 Jaramillo I. La descentralización en salud. Revista Foro 1996: (29); 79-87.
- 36 República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. *Op. cit.* p. 88
- 37 Consejo Nacional de Seguridad Social, 1998-1999. *Op. cit.* p. 31.
- 38 Echeverry ME. La participación en los COPACOS de Bello, Antioquia: Entre la esperanza y el excepticismo. 1995. Trabajo de grado para optar el título de Magíster en Ciencia Política. Universidad de Antioquia. Instituto de Estudios Políticos. Medellín, 1995.
- 39 Ministerio del Interior. Viva la Ciudadanía. *Op. cit.* p. 201.
- 40 Archila M. Tendencias recientes en los movimientos sociales En: Leal BF. En busca de la estabilidad perdida, Actores sociales y políticos en los años 90 en Colombia. Santafé de Bogotá: Tercer mundo; 1995.
- 41 República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. *Op. cit.* p. 83-84.
- 42 Cardona A *et al.* *Op. cit.* p. 5.
- 43 Echeverry ME. *Op. cit.*
- 44 Cardona A *et al.* *Op. cit.* p. 47.
- 45 Velásquez F. *Op. cit.* p. 103.
- 46 Ministerio del Interior. Viva la Ciudadanía. *Op. cit.* p. 215-218.
- 47 *Ibid.* p. 218.

48 Jaramillo, VJF. Informe diagnóstico sobre participación social. Centro de Educación en Salud. (policopiado) Medellín; 1999.

49 Montufar C. Desarrollo Social con sociedad civil. El espejismo de la participación en el nuevo discurso del desarrollo. Controversia. Centro de Investigación y Educación Popular, CINEP 1996:168; 9-23.