



Análisis de Caso

EMPRESA POLÍTICAS EN SALUD

Por:
Ricardo Galán Morera
Director de Posgrado en Salud



Uno de los Asesores del señor Ministro de la Protección Social, efectuó un análisis que presenta la situación de la Salud Pública Nacional, donde evalúa una serie de indicadores y concluye que existe una crisis de la Salud Pública en el país y propone algunas alternativas de solución.

El Ministro después de leer cuidadosamente el documento cita al Comité Técnico-científico, para que sus integrantes estudien el documento y:

1. Definan si efectivamente existen evidencias de una crisis en el área de la Salud Pública.
2. En caso afirmativo propongan alternativas de solución de orden científico técnico, político, académico, administrativo, financiero, de dirección, de centralización o descentralización y otras.

A continuación se incluye el texto del documento mencionado.

Crisis de la salud pública nacional

Es lamentable observar como durante la década del 90 y el inicio del nuevo milenio, se ha venido deteriorando progresivamente la Salud Pública en nuestro país.

La profunda crisis se evidencia a través de indicadores que a continuación me permito enumerar:

- ♦ Altas tasas de "**prevalencia e incidencia**" de patologías controlables o erradicables como son: Malaria, Dengue Clásico y Hemorrágico, Fiebre Amarilla, Cólera, Tuberculosis, Leishmaniasis, como prototipo de enfermedades tropicales e infecciosas transmisibles, pero además la problemática exhibida por las inmunoprevenibles, las enfermedades de transmisión sexual y las enfermedades crónicas.

- ♦ La aparición de "**enfermedades emergentes y reemergentes**", como es el caso del Dengue Hemorrágico, flagelo del continente asiático que llegó a la Región de las Américas y se hizo presente y ha permanecido en Colombia a partir de 1989. El caso del Cólera, patología que en enero de 1991, aparece en las costas peruanas y que luego se extiende a América y llega a Colombia. Se origina entonces la séptima pandemia de Cólera en Latinoamérica. El caso del Sarampión, que estaba controlado y nuevamente aparecen picos epidémicos en años recientes.
- ♦ El grave brote epidémico de "**Fiebre Amarilla**" que en forma inusitada sorprende a Colombia con la aparición de casos en la región del Catatumbo en julio del año pasado y más específicamente en Ábrego y Ocaña, municipios Nortesantanderanos, con presencia de 78 casos y con extensión al corredor que cruza los Departamentos del Cesar y Magdalena, con ubicación posterior en el Parque Tayrona y La Sierra Nevada de Santa Marta.
- ♦ El descenso progresivo de los "**niveles de vacunación**" a partir de 1998, que obviamente explican las tendencias ascendentes de estas patologías al inicio del milenio y que afortunadamente tuvo respuesta del Gobierno Nacional, para incrementar esos niveles a cifras que aunque no son ideales epidemiológicamente, son significativas en el control parcial de estas enfermedades, principalmente en menores de cinco años.
- ♦ La crisis por la cual atraviesa el "**Instituto Nacional de Salud**", patrimonio científico de los Colombianos, de reconocida prestancia nacional e internacional en años anteriores, principalmente en la producción de vacunas y biológicos, que como en el caso de la vacuna antiamarílica, se exportaba a nivel mundial con niveles óptimos de calidad, así como el caso de la D.P.T., B.C.G., y otros, (suero antiofídico¹

¹ Otro problema de Salud Pública que conmueve a la Nación, por la ausencia de sueros específicos.

y antirrábico); además su fortaleza se sustentaba en la investigación básica y en la investigación aplicada, dignas de elogio por parte de la Comunidad Científica.

Desafortunadamente, con la implementación de la Ley 100 de 1993, el Instituto Nacional de Salud, se fue debilitando progresivamente, (infraestructura), porque los objetivos estaban dirigidos exclusivamente a la "rentabilidad económica" y no a la "rentabilidad social", como fue concebido desde su nacimiento. Esto ocasionó el cierre o limitación en la producción de algunos biológicos y en el caso de la fiebre amarilla, fue necesario comprar vacunas del exterior y solicitar la colaboración de entidades privadas, para que suministrándoles la materia prima, pudieran producir la vacuna antiamarílica que requiere el país; sin embargo, el número de dosis son aún insuficientes, para la necesidad social que el brote epidémico ha generado.

- ♦ Desconocimiento total o parcial, de "**principios orientadores**" para la adecuada conducción de la Salud Pública, como por ejemplo:
 - ♦ La Conferencia sobre Población y Desarrollo, realizada en el Cairo en 1977.
 - ♦ La Carta de Ottawa de 1986.
 - ♦ La Declaración de Liverpool de 1988, sobre el Derecho a la Salud y los "Municipios Saludables".
 - ♦ La Declaración de la Cumbre de Río de Janeiro de 1992.
 - ♦ La Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá, Colombia 1992.
 - ♦ La Declaración de Jakarta de 1997.
 - ♦ La Conferencia de Adelaida, Australia, de 1998.

- ♦ La Estrategia Global de Salud para Todos, de la Organización Panamericana de la Salud en el año 2000.
- ♦ La falta de "**Vigilancia Epidemiológica**" o Vigilancia de la Salud Pública, como fundamento de la historia natural de la enfermedad, su situación actual y prospectiva, para arbitrar medidas de protección y recuperación de la salud.
- ♦ La ausencia de un adecuado "**Sistema de Información**", en materia de Salud Pública, que con el paso de los fracasados RIAS, que sólo tuvieron vigencia de dos años y los interrogados RIPS, no se consigue información epidemiológicamente válida y de veracidad comprobada, por el gran "subregistro", que principalmente se presenta, durante el período 1999 y el momento actual.
- ♦ El debilitamiento de la "**Superintendencia Nacional de Salud**", entidad de gran relevancia en la Inspección, Vigilancia y Control del Sector, pero que su capacidad operativa y financiera, es insuficiente, para la gran responsabilidad de vigilar un gran número de instituciones a nivel nacional. Esto se ve agravado, por el "**exceso de normas jurídicas**" y por la "**intermediación rentable**", legalizada por la misma Ley 100 de 1993. En este sentido, es fundamental que se piense en la descentralización regional, seccional y local de esta importante Institución del Sector Salud.

Por otra parte, recordemos que el Decreto Ley 056 de 1975, hito histórico, da comienzo al "**Sistema Nacional de Salud Colombiano**", centralista en lo político, en lo administrativo y en lo financiero. A través de este Decreto, se ordenan y organizan las diferentes entidades del Sector Salud y se sustentan las "**campañas verticales**", como era el caso de Malaria (SEM), Fiebre Amarilla y Tuberculosis, entre otras y se establecen las Jornadas Nacionales de Vacunación.

Posteriormente, y después de 15 años surge la Ley 10 en enero de 1990, que concreta la corriente internacional y descentraliza el Sector Salud, en lo administrativo-financiero,

pero continúa centralizado en lo político-normativo a través de trece regímenes o normas administrativas y científicas, en puntos prioritarios. Posteriormente la Ley 100, traslada la responsabilidad de la Salud Pública a las EPS, a las ARS y a los Territorios Nacionales, entes estos, que no tienen la experiencia, motivación, ni financiación, para responder a la problemática y a la magnitud de la Salud Pública Nacional.

Con base en lo anterior, la solución primordial (además de las que se presentan en este artículo), a la problemática así definida es clara: centralizar la salud pública en el Ministerio de Protección Social, antiguo Ministerio de Salud, en lo político-normativo y en lo administrativo-financiero, por considerar que esta función, Constitucionalmente está a cargo del Estado y su representante natural es el Ministerio correspondiente.