

El Plan de Atención Básica en los municipios descentralizados de Colombia, 2001-2003

Blanca Myriam Chávez G.¹
Óscar Sierra R.²
Mónica María Lopera M.³
Paula Cristina Montoya T.⁴

El Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS) de Colombia es un paquete de actividades que está orientado a la colectividad para garantizar las condiciones necesarias de la población para que no corra el riesgo de enfermar o morir por causas biológicas, ambientales ni sociales prevenibles. El Ministerio de Salud expidió la Resolución 4288 en 1996 y los lineamientos del PAB en el 2000 que sirvieron de referentes para la evaluación del plan. **Objetivo:** conocer los aspectos más importantes de la gestión de los planes de atención básica desarrollados en los distintos municipios descentralizados del país, incluyendo elementos de formulación, ejecución y evaluación para determinar la coherencia entre la normatividad y lo que acontece en los espacios locales concretos. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, que tomó una muestra representativa aleatoria de 212 municipios descentralizados y clasificados por categorías, de los cuales respondieron la encuesta 174. **Resultados:** este estudio permitió identificar aciertos y falencias, concluir sobre los principales problemas de la gestión del PAB y formular recomendaciones que sirvan de guía para la toma de decisiones a escala local, contribuyendo al

mejoramiento de la salud pública de la población. El proceso desigual de construcción de autonomía territorial para asumir la salud y la incipiente organización y gestión administrativa del municipio y de la dirección local de salud influyeron en el desarrollo del PAB; además, las necesidades en salud pública de los colombianos superan grandemente las acciones del plan, y es preciso reorientar su enfoque con estrategias basadas en el trabajo intersectorial e interinstitucional, la creación de ambientes favorables y el fortalecimiento de la acción comunitaria para propiciar instancias colectivas que constituyan el soporte para el bienestar de la vida.

Palabras clave

Sistema General de Seguridad Social en Salud, Plan de Atención Básica, salud pública, descentralización, Colombia

- 1 Especialista en gerencia hospitalaria, magíster en salud pública, candidata al doctorado de salud pública en la Universidad Andina Simón Bolívar, de Bolivia; profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. E-mail: myro@guajiros.udea.edu.co
- 2 Médico cirujano, magíster en salud pública; Decano y profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia
- 3 Bacterióloga, magíster en salud pública, docente de cátedra y contratista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia
- 4 Odontóloga, magíster en salud pública; docente de la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia

Recibido: 21 de julio de 2004. Aceptado: 28 de octubre de 2004.

The Basic Health Care Plan (PAB) in decentralized municipalities in Colombia, 2001-2003

Abstract

The Colombian Basic Health Care Plan (PAB) as a part of the General Social Security Health System (SGSSS) involves several activities addressed to the community in order to guarantee the conditions required in the avoidance of disease or death risk caused by biological, environmental and social factors, which may be prevented. The Ministry of Health issued regulation 4288 in 1996 and the PAB guidelines were established in 2000 as the plan assessment reference. This study was carried out with a randomized sample of 212 decentralized, categorized municipalities. The survey was completed by 174 municipalities from the study sample. The study allowed to identifying advantages and disadvantages, as well as the conclusion on the main problems found in the PAB management and the establishment of recommendations useful for decision making at a local level, contributing to improve the population's public health. An unequal process of territory autonomy development in facing health and the lack of organization and management from the municipal and local health direction affected the development of the PAB. In addition, Colombians' public health needs to highly exceed the actions implied in the plan. Therefore, it is necessary to re-evaluate it through strategies based on inter institutional and inter sectors work, facilitating favourable environments and strengthening community action to allow collective institutions to become the welfare support.

Key words

General Social Security Health System, Colombian Basic Health Care Plan (PAB), public health, decentralization, Colombia

Introducción

El plan de atención básica (PAB) es el plan de salud pública enmarcado en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), que le permite al Estado, en cabeza del alcalde, cumplir con la función social de lograr la salud pública. Es el único plan para el que el Estado tiene la responsabilidad de planeación, financiación, funcionamiento, gestión, ejecución, vigilancia y control para dar respuesta a su función social. El Ministerio de Salud reglamentó mediante la Resolución 4288 de 1996 este plan, definiendo como eje central las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia de la salud pública, y determinó las competencias nacionales y territoriales del orden departamental, distrital y municipal.

El PAB tiene las siguientes características: es financiado por recursos públicos, dirigido y administrado por el Estado, es de cobertura universal, está enmarcado en el ámbito territorial y está compuesto por actividades, intervenciones y procedimientos. Mediante estas acciones se busca orientar y coordinar estrategias para lograr un entorno sano que ayude a preservar la salud y a reconocer las situaciones de riesgo de enfermar o de sufrir daños más intensos que pongan en peligro la vida de las personas.

Considerando los aspectos anteriores y a la vez el marcado deterioro de las condiciones de vida de la población colombiana y el empeoramiento de los perfiles epidemiológicos, el grupo de investigación se motivó a conocer los aspectos más importantes de la gestión de los planes de atención básica desarrollados en los distintos municipios descentralizados del país, incluyendo elementos de formulación, ejecución y evaluación para determinar la coherencia entre la normatividad y lo que acontece en los espacios locales concretos.

En el año 2003 se realizó la investigación en 174 municipios descentralizados y clasificados por categorías según el Departamento Nacional de Planeación (DNP), tomando información correspondiente al año 2001 dentro del marco de la Ley 60 y normas vigentes para ese año, y teniendo en cuenta que los PAB municipales son formulados por periodos de tres años.

Los resultados se constituyen en un punto de partida para el análisis de los planes, programas y proyectos de salud pública y ofrecen un panorama general de la gestión de los PAB municipales, lo cual al mismo tiempo ofrece aspectos de debate para los planificadores de los distintos niveles territoriales que invitan a pensar en la conveniencia de ajustes o cambios en la dirección de la normatividad hacia las políticas públicas saludables.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, tomando una muestra representativa de los municipios descentralizados de Colombia (448 en 2001, según el Departamento de Planeación Nacional) y según distribución proporcional y aleatoria por categorías. En el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de expresión de estimación de una proporción cuando la población es finita y se utilizó un factor de corrección, quedando la muestra en $n=163$, a la cual se le aplicó un sobremuestreo de 30% para obtener una muestra definitiva de 212 municipios.

Para la distribución proporcional y aleatoria de los municipios, se utilizaron las categorías del DNP (categoría especial, 1,2,3,4,5,6). Una vez obtenida la cantidad de municipios por estrato, se seleccionaron utilizando el programa EPIDAT versión 2.1, a través de la rutina de generación de números aleatorios.

Para mejorar la metodología y el instrumento, se realizó un preensayo en los municipios del área metropolitana de Medellín no incluidos en la muestra. De esta forma, se diseñó una encuesta sobre el proceso de gestión del PAB a escala municipal que contenía 21 preguntas subdivididas en varios ítems. La encuesta se respaldó con un instructivo donde se especificó la forma de diligenciamiento para cada pregunta y se hizo la estandarización.

En la fase preparatoria de la investigación, se socializó el trabajo con el Ministerio de Salud, los directores seccionales de salud (DSS) y los coordinadores de los PAB departamentales, con el fin de obtener el apoyo logístico necesario para lograr con éxito el diligenciamiento y recolección de la información por parte de los coordinadores del nivel municipal. Las DSS dieron la información específi-

ca de cada municipio y se estableció contacto directo por vía e-mail o telefónica con los coordinadores del PAB municipales, para explicarles los objetivos y propósitos de la investigación y motivarlos a participar en ella.

Las encuestas y los instructivos fueron enviadas por correo aéreo a las Direcciones Seccionales de Salud para que estas las distribuyeran a los municipios, y se verificó por vía telefónica la llegada de los formularios a los coordinadores municipales. Previa concertación con ellos, se realizó una reunión en cada departamento para analizar los factores críticos de éxito en la gestión del PAB y la salud pública y verificar el adecuado diligenciamiento de los formularios y recibirlos.

Para la fase de tabulación y desarrollo del plan de análisis, la digitación de los datos se hizo en el programa EPIDAT, su depuración en Excel y la generación de resultados en SPSS; la elaboración de los gráficos se ejecutó mediante herramientas de Excel.

En la fase de análisis se seleccionaron cuatro categorías básicas: organización administrativa, fortalezas y debilidades, gestión financiera y componentes del PAB, que recogen los elementos básicos de la gestión. Se realizó un cruce entre las variables que indicaban la relación entre la contratación y la convocatoria realizada y entre cada una de las

variables del estudio con las categorías municipales. Estos resultados se presentan en frecuencias absolutas y relativas.

Los sesgos en la investigación fueron controlados por los investigadores de la siguiente manera: se tomó una muestra aleatoria, se realizó un preensayo de la metodología y se rediseñó el instrumento. Durante el desarrollo de la investigación se mantuvo contacto con los coordinadores del PAB municipal para explicar cualquier inquietud surgida. Las limitaciones de la metodología se dieron por el frecuente cambio de los coordinadores en los niveles locales, pues en ocasiones quien asistía a la reunión no era la misma persona que diligenciaba el formulario o ejecutaba el PAB, y frecuentemente se encontró que los municipios no tenían sistematizada la información, que no existía archivo institucional y que con los cambios de personal no quedaban registros.

Resultados

De los 212 municipios descentralizados de la muestra, 174 respondieron (tabla 1). A continuación se describe la organización administrativa que apoyó la formulación y la ejecución del PAB; al tiempo que se realizó una comparación de estos procesos entre las distintas categorías municipales,

Tabla 1. Distribución de los municipios descentralizados estudiados según departamento y categoría, Colombia, 2001

Departamentos	Antioquia	Atlántico	Bolívar	Caldas	Cauca	Cesar	Chocó	Córdoba	C/marca	Guajira	Huila	Magdalena	Meta	Nariño	N. Santander	Risaralda	Santander	Sucre	Tolima	Valle	Total	
Especial	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	2	6	
2	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	7	
3	1	2	1	2	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	1	-	-	3	14	
4	10	-	1	1	-	1	-	1	-	-	1	-	1	1	-	-	2	3	3	-	25	
5	15	6	2	1	3	3	-	1	2	1	5	1	1	9	-	1	-	-	5	3	59	
6	9	2	2	-	-	-	-	2	-	1	4	-	3	10	-	2	14	3	10	-	62	
Total	38	11	6	4	4	4	1	5	2	3	12	1	5	20	1	4	18	6	19	10	174	

también se identificaron las actividades de promoción, prevención, vigilancia y control epidemiológico que se ejecutaron para el año 2001.

Aunque el perfil epidemiológico no solo depende de la intervención con los programas de salud, se pretendió mostrar los cambios favorables tras la implementación del PAB. Para esto se buscó describir la situación de las enfermedades de interés en salud pública a través de indicadores epidemiológicos con información local obtenida por el sistema de vigilancia, alimentado a su vez por la notificación e información de las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud en los municipios estudiados. Sin embargo, los problemas en los sistemas de información no permitieron obtener datos confiables y de buena calidad que nos permitieran calcular los indicadores y compararlos con los promedios nacionales. Lo mismo ocurrió con los datos sobre los recursos financieros de salud pública: la ejecución de ingresos y egresos, su destinación final y la población beneficiada fueron incompletos, inconsistentes y no confiables, lo cual limitó el análisis y la construcción de indicadores acerca de la situación financiera.

Organización administrativa

Se encontró que la mayoría de los municipios encuestados había creado la DLS (92%) y el FLS (93%) y que solo 68,1% transfería los recursos del plan de atención básica a la subcuenta de promoción y prevención; la creación de estas estructuras administrativas se presentó con menor grado en las categorías 4, 5 y 6.

Se encontró que en el año 2001 solo 14% de los municipios había constituido el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, entidad en la cual convergen todos los actores sociales para dirigir las políticas de salud.

La selección del personal encargado de la coordinación del PAB no estaba normalizada: se encontró una gran variedad de perfiles, con predominio del personal de salud en 51% y personal administrativo, financiero, técnicos, bachilleres y otros en 49%, lo que se considera —según criterio de los investigadores— personal no idóneo para liderar el

proceso de planificación de la salud pública en los municipios.

La articulación entre los planes municipales es un aspecto importante de la gestión. El estudio encontró una coherencia entre los documentos del Plan de Desarrollo Municipal, el plan local de salud y el PAB en 91,6% de los casos. Al revisar por categorías, el porcentaje de coherencia fue menor en los municipios de categoría 4, 5 y 6, al contrario de lo sucedido en las categorías especial, 1, 2 y 3.

La convocatoria para la contratación del PAB, herramienta importante de la administración para mostrar transparencia en los actos públicos, solo se realizó en 33,3% de los municipios. Las categorías que más realizaron este proceso fueron la 1 y la 2, con 66,7% y 57,1% respectivamente.

Del total de municipios descentralizados, 79,6% tenían el diagnóstico de salud actualizado; los municipios que respondieron no haber realizado este proceso pertenecían a las categorías 4, 5 y 6. También se encontró que 95,1% de los municipios identificaban y priorizaban los factores de riesgo, especialmente los de categorías especial, 1 y 2, y los que menos lo hacían pertenecían a las categorías 3 y 5.

La concertación interinstitucional e intersectorial es uno de los elementos importantes de la gestión del PAB, puesto que garantiza que las actividades se realicen de manera coordinada con otras instituciones y sectores. Esto permite no solo obtener la información derivada de los eventos que han de vigilarse, sino también planificar las actividades y los recursos para intervenir un problema en particular, lo que en la práctica significa no duplicar acciones, e influye en la cobertura lograda y en el mejoramiento de las condiciones de vida. Sin embargo, se observó una baja frecuencia de concertación con las EPS (43,1%) y las ARS (64,7%); en cambio con las IPS (90,4%) hubo una mejor concertación. Es importante anotar que en este aspecto se encuentran menores frecuencias en las categorías 4, 5 y 6, además de la categoría 2, que solo hace concertación en 66,7% de los municipios.

En una de las competencias asignadas a las entidades departamentales, según la Resolución 4288 y la Ley 60 vigentes para ese año —como la aseso-

ría técnica-científica y la evaluación, incluyendo acciones de auditoría e interventoría—, los municipios de categorías 4, 5 y 6 recibieron menos asesoría por parte de la dirección seccional de salud. El menor acompañamiento se produjo en las fases de auditoría (68,6%) e interventoría (71,7%), seguidos por la asistencia técnico científica (78,5 %).

Al indagar por la participación de las comunidades en el desarrollo del PAB, esta fue mejor en las etapas de diagnóstico y priorización, con un descenso llamativo en las etapas de evaluación y control (figura 1). Se encontró que en la fase de diagnóstico la participación era reducida en los municipios de categoría 2, 5 y 1; la priorización, en las categorías 3 y 5; la formulación, en las categorías 3, 4 y 6; la ejecución, en las categorías especial, 5 y 1; y en evaluación y control, las categorías 4, 5 y 1. El 64,1% de los municipios afirmó haber realizado control social, con las categorías 4 y 5 como las de menor control.

Los espacios de participación más utilizados fueron el Comité de Vigilancia Epidemiológica, las juntas de acción comunal y las juntas directivas de las empresas sociales del Estado (ESE). Hay algunos avances en relación con algunos sectores sociales del desarrollo, como el sector de agricultura, las ONG y el sector empresarial privado, que se empiezan a comprometer con el PAB, aunque persiste una mayor concentración de las acciones en el sector salud.

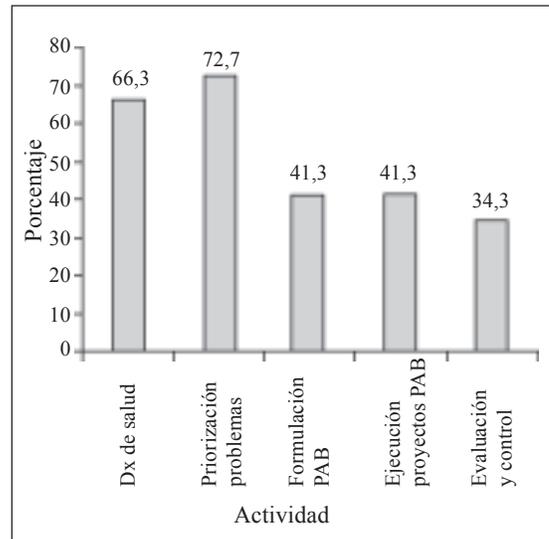
Los coordinadores identificaron como debilidades para el funcionamiento del PAB el poco apoyo por parte del Ministerio de Salud y de los concejos municipales, la escasez de los recursos financieros y el incipiente desarrollo técnico-administrativo de la DLS en más de 33% de los municipios.

Entre las principales fortalezas señaladas, están el apoyo de la administración municipal, la asesoría de la Dirección Seccional de Salud y el recurso humano capacitado; las normas y lineamientos del Ministerio de Salud se consideraban como fortalezas en 60% de los municipios.

Recursos financieros

Según la Ley 60 y los lineamientos PAB-2000, las fuentes de financiación eran el situado fiscal,

Figura 1. Participación de la comunidad en las diferentes etapas del proceso de planeación del PAB, municipios descentralizados, Colombia, 2001



los ingresos corrientes de la nación, los recursos de saneamiento y otros, pero en los municipios se encontró que solo hacían relación de los recursos provenientes del situado fiscal. Los datos obtenidos del municipio sobre los recursos no concordaban con la información departamental.

En cuanto a la distribución de los recursos de la subcuenta de promoción y prevención orientados a los componentes del PAB, fue imposible obtener los datos, aspecto que contrasta con la respuesta positiva de los municipios acerca de la conformación del fondo local y su puesta en marcha.

En cuanto a la distribución presupuestal en los rubros de contratación del recurso humano, contratación de servicios, adquisición de equipos, dotación e insumos —en los cuales se debe invertir los recursos del PAB—, no fue posible identificarla, ni existen documentos escritos ni memoria de los funcionarios. Lamentablemente los recursos para salud se siguen manejando como recursos del bolsillo sin que se haga los registros correspondientes y sin dejar un archivo institucional.

Las anteriores limitaciones impidieron realizar el análisis financiero que pretendía dar cuenta de las fuentes, del monto de los recursos utilizados por los municipios descentralizados para el año 2001 y

de la manera en que estos eran distribuidos según los componentes del PAB en promoción, prevención y vigilancia en salud pública. Los datos obtenidos fueron inconsistentes y con un alto porcentaje de no respuesta (53%-80,3%). Ante esta situación de los municipios, se intentó obtener los datos por medio de otras fuentes oficiales, como la Superintendencia de Salud, y los entes departamentales, pero fue inútil el esfuerzo porque no hubo respuesta de estas instituciones.

Componentes del plan de atención básica

La normatividad concibe tres componentes del plan de atención básica: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la vigilancia y control de los factores de riesgo. Es importante resaltar que en materia de promoción de la salud la normatividad colombiana está dirigida a la realización de actividades educativas, utilizando principalmente la estrategia de información, educación y comunicación (IEC). Al respecto, se encontró un buen porcentaje de cumplimiento de las acciones de información en salud, sin trascender a la educación y la comunicación. Las actividades de salud visual y de difusión de los deberes y derechos de los individuos en el SGSSS fueron las que menos se realizaron (tabla 2).

En cuanto a otras actividades de promoción y prevención, se encontró que 51,2% de los municipios conformó unidades de rehidratación oral comunitaria (UROC) y 43%, unidades de atención de infección respiratoria aguda (UAIRA). El 46,5% hacía control de expendio de sustancias psicoactivas, 73% había implantado la estrategia de escuelas saludables y 52,9%, la estrategia de municipios saludables.

Las actividades de vigilancia epidemiológica y de control de los factores de riesgo se concentraron en los aspectos de estructura del sistema y se encontró que 67,5% de los municipios había adoptado el SIVIGILA y que en 93,9% de estos, el sistema estaba operando; 66,9% había conformado sus comités de vigilancia municipal y 66,7% contaba con unidad de vigilancia en salud pública (figura 2).

La búsqueda de casos y contactos de enfermedades de interés en salud pública se hacía principalmente para tuberculosis; llamaba la atención el comportamiento de los municipios de categoría 2, en donde 85,7% no hacía esta búsqueda. A pesar del creciente número de casos de VIH/SIDA, sífilis y otras ETS, los resultados muestran con preocupación que los municipios de categorías 5 y 6 son los que menos realizan las actividades de búsqueda.

Tabla 2. Acciones de promoción y prevención realizadas por los municipios descentralizados, Colombia, 2001

Acciones	Sí		No		Total
	Nº	%	Nº	%	
Enfermedades inmunoprevenibles	173	100	0	0	173
Salud sexual y reproductiva	166	96,5	6	3,5	172
Enfermedades diarreicas	170	97,7	4	2,3	174
Enfermedades respiratorias	169	97,7	4	2,3	173
Enfermedades zoonóticas	162	95,9	7	4,1	169
Programas de paz y convivencia familiar	148	88,1	20	11,9	168
Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas	157	91,8	14	8,2	171
Salud oral	164	94,8	9	5,2	173
Salud visual	137	82,5	29	17,5	166
Alimentación sana y desnutrición	156	92,3	13	7,7	169
Enfermedades transmitidas por vectores	162	95,3	8	4,7	170
Derechos y deberes en el SGSSS	136	81,4	31	18,6	167

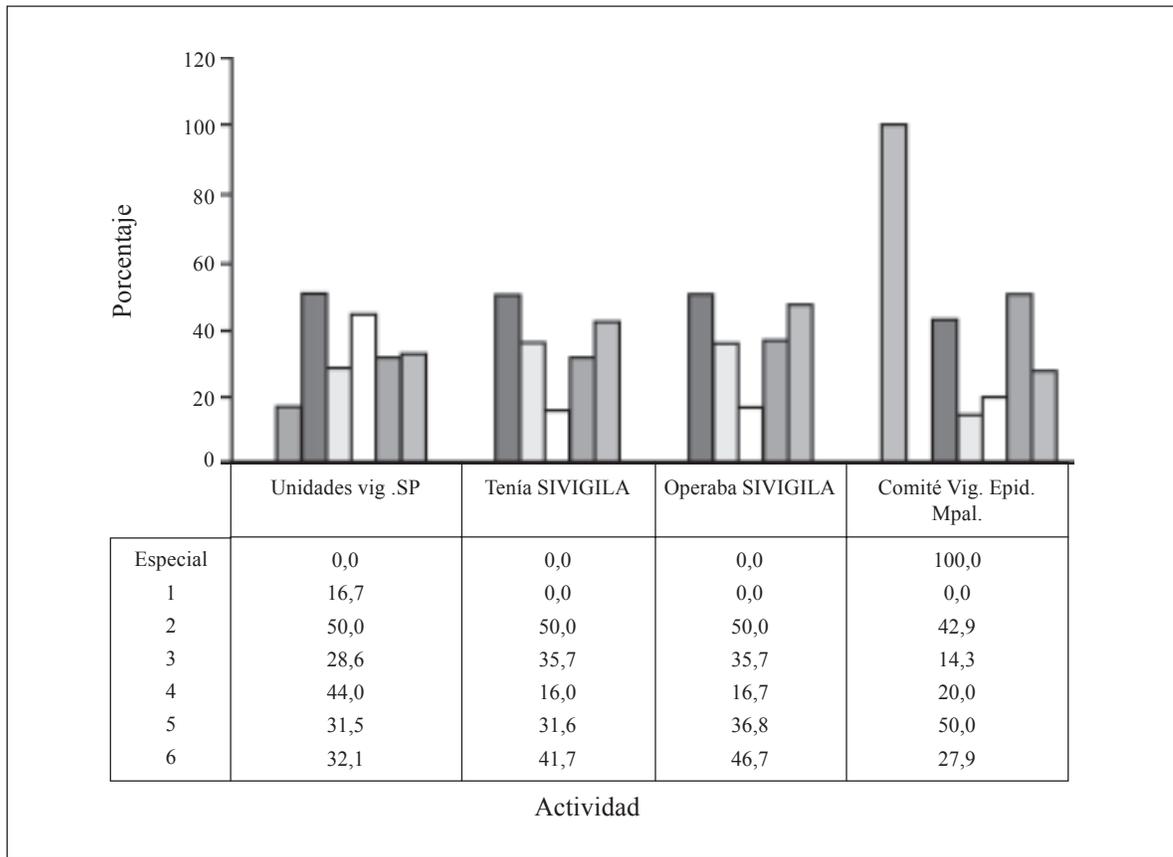


Figura 2. Estructura del sistema de vigilancia epidemiológica en los municipios descentralizados por categorías, Colombia, 2001

En la mayoría de los municipios encuestados efectúan la vigilancia ambiental, que incluye actividades que garantizan que la población no corra riesgos derivados de la contaminación del agua, del aire, del suelo y de la transmisión de enfermedades por vectores como dengue, fiebre amarilla, tripanosomosis y malaria, además del saneamiento básico y de la vigilancia de los mataderos (tabla 3); sin embargo, los resultados son precarios.

Discusión y conclusiones

Organización administrativa

Este análisis obliga a reconocer la estructura administrativa de aquellos municipios que han asumido la responsabilidad en salud, toda vez que, según la normatividad, los elementos estudiados son aspectos fundamentales para la implementación del siste-

ma de salud a escala local. Se hace mención de la normatividad como eje del análisis, partiendo de que la legislación constituye el mecanismo por medio del cual el Estado, en busca del bien común, sienta las bases entre intereses competitivos de la sociedad.¹

Algunos analistas² han determinado que la puesta en marcha de la descentralización, de manera acelerada y desordenada, ha impedido hasta hoy la implementación y desarrollo del sistema de salud local. La descentralización no se consideró como un proceso que disponía al municipio para asumir el sistema de salud local: la preparación de los funcionarios públicos que dirigen el proceso localmente no fue suficiente, por lo cual el entendimiento de la importancia de esta nueva responsabilidad no fue eficazmente difundida a otros sectores ni a la misma comunidad en general.

El estudio piloto adelantado en 1997 por el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Promoción y Prevención indicaba grandes fallas en la gestión organizacional y financiera de los municipios, pues se encontró que del total de municipios de Colombia, solo 445 habían formulado el PAB y 8,8% de los municipios lo habían concertado con la comunidad.³ También en el estudio de municipios centinela⁴ realizado en 1998 por el Ministerio de Salud de Colombia, con la participación de la Universidad de Antioquia por intermedio de la Facultad Nacional de Salud Pública, se revisaron los avances del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los procesos para la implantación de la reforma en el ámbito municipal, y se encontró un desarrollo precario de los PAB, debido al incipiente desarrollo institucional, la falta de compromiso de los alcaldes y demás actores, la incapacidad técnica para la gestión de los mismos y la falta de claridad en la destinación de los recursos asignados para tal fin.

En el año 2001, a pesar de que la creación de la DLS y el FLS eran requisitos indispensables para obtener la certificación como municipios descentralizados en salud, algunos no contaban con estructuras para asegurar la organización administrativa y financiera, lo que permitiría una mejor vigilancia y control sobre los recursos técnicos,

humanos y económicos. Con este mismo fin, la norma indicaba que los municipios debían transferir los recursos del Plan de Atención Básica a la subcuenta de promoción y prevención, sin embargo, 31,9% de los municipios no lo hacían, sin que el estudio alcanzara a conocer cómo se daba entonces su manejo. Vale la pena mencionar que estas situaciones se observaron más frecuentemente en aquellos municipios que corresponden a las categorías municipales 4, 5 y 6.

El desorden administrativo entorpece la rendición de cuentas por parte de las entidades locales; en la mayoría no existían reportes oficiales que dieran cuenta del manejo de los fondos del PAB, lo que impidió el análisis financiero como elemento para valorar la claridad y la responsabilidad con que se asume el desarrollo institucional del plan. El alto porcentaje de no respuesta en este aspecto llama la atención y amerita que las entidades de vigilancia y control tomen medidas para develar lo que está sucediendo con los recursos financieros de la salud pública en el país.

Desde 1996, el Acuerdo 25 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estableció la creación de los consejos territoriales de seguridad social y su régimen de organización y funcionamiento; sin embargo, en el año 2001 solo 14,4% de los municipios los habían conformado. Los consejos territo-

Tabla 3. Actividades de gestión ambiental realizadas por los municipios descentralizados, Colombia, 2001

Acciones	Sí		No		Total
	Nº	%	Nº	%	
Medición del nivel de ruido	10	6,1	155	93,9	165
Vigilancia de la calidad del aire	19	11,5	146	88,5	165
Vigilancia de calidad del agua de consumo humano	166	96,5	6	3,5	172
Vigilancia de la calidad de los alimentos	165	96,5	6	3,5	171
Vigilancia de mataderos	153	90	17	10	170
Vigilancia de puertos	23	15,6	124	84,4	147
Control residuos sólidos	130	77,4	38	22,6	168
Análisis de plaguicidas, plomo y mercurio	48	29,4	115	70,6	163
Vigilancia de medicamentos y productos farmacéuticos	150	88,2	20	11,8	170
Visitas inspección edificios y espacios públicos	134	79,8	34	20,2	168
Vigilancia sanitaria de aguas residuales y excretas	156	92,3	13	7,7	169

riales son importantes para dinamizar los procesos de salud y avanzar hacia la construcción de acciones intersectoriales que den viabilidad y factibilidad a los proyectos de desarrollo integral.

Se resalta el aporte a la gestión que se hizo con la determinación de la obligatoriedad para que los departamentos, distritos y municipios designaran un funcionario con dedicación exclusiva para coordinar los programas de promoción de la salud; sin embargo, en lo referente a personal —tanto para la atención de salud humana como ambiental—, con la vigencia de la Ley 100 y los procesos de descentralización ha ocurrido un gran cambio en los perfiles ocupacionales, con sustitución de sus funciones por personal no idóneo ni calificado. Además, la inestabilidad laboral que sufre este personal dificulta los procesos de planificación y, sobre todo, la evaluación de los resultados de los proyectos. La capacitación que los entes departamental y nacional ofrecen a los municipios se limita a la actualización en aspectos normativos, sin profundizar en la conceptualización de la salud pública y en la planificación para el desarrollo del PAB.

Un buen proceso de planificación debe conducir a que los responsables de los programas de salud utilicen un conjunto de procedimientos mediante los cuales se introduzca una mayor racionalidad y organización en las actividades que se desarrollan, como también que logren la articulación entre los distintos sectores comprometidos en los procesos de salud y enfermedad, mediante el uso eficiente de medios y recursos.

La planificación adecuada a las necesidades y recursos es una de las herramientas que las administraciones municipales deben utilizar en la actualidad para anticiparse a los hechos y tratar de encontrar soluciones satisfactorias a los problemas y necesidades de salud en los espacios locales. La planificación local tiene sentido en la medida en que esta produzca un mayor control sobre los determinantes de los procesos de salud y enfermedad.

El 79,6% de los municipios tenían actualizado el diagnóstico de salud, aspecto importante para lograr la efectividad de las intervenciones propuestas, pues el conocimiento que se tenga de la situación de salud a escala local y de los grupos

prioritarios con sus características hará más efectivo los programas de salud que los incluya. Es importante resaltar que 91,6% de los municipios refieren articulación entre los planes de desarrollo, el plan local de salud y el PAB.

Los municipios tienen la posibilidad de contratar los PAB con instituciones públicas o privadas, previo proceso de convocatoria y selección de la propuesta más conveniente. Sin embargo en el estudio se observa que el 66,7% de los municipios que contrataron el PAB no realizaron este proceso, lo que puede generar procesos continuistas que limitan el desarrollo de programas de salud novedosos que superen los planteamientos del desarrollo desde el sector salud; además el no realizar convocatorias públicas puede inducir al manejo clientelista de los recursos.

En los municipios que contrataban la ejecución del PAB con la ESE, el personal encargado cumplía labores asistenciales. Esta situación, sumada a la conocida crisis hospitalaria que obliga a las instituciones a competir en el mercado de la salud, dificulta el cumplimiento de las acciones de promoción, prevención y vigilancia incluidas en el PAB y limita la generación de procesos intersectoriales.

Es fundamental el acompañamiento de los entes territoriales a los municipios autónomos en el manejo de la salud, para que los esfuerzos por el mejoramiento y mantenimiento del bienestar de las comunidades alcanzados hasta ahora en la historia de la salud pública no retrocedan ante la transición política, financiera y administrativa que la descentralización produce en el ámbito local y para que, por el contrario, faciliten la reducción de las grandes inequidades en salud que aún existen.

Participación de los sectores en el desarrollo del PAB municipal

La situación de salud de una sociedad es un indicador del grado de cohesión y articulación que han alcanzado sus miembros en procura del bienestar individual y colectivo, y de que la salud pública de las comunidades se logra con esfuerzos organizados que hace la comunidad y el Estado para incrementar y defender la salud de sus individuos y restaurarla cuando se ha perdido.⁵ Por esto el PAB

no debe limitarse a realizar un conjunto de acciones sectoriales, centradas en acciones de tipo preventivo más que de promoción de la salud, y en las que se invita a los demás sectores solo a participar en la identificación de los problemas o en la ejecución de los programas.

La percepción de los coordinadores sobre el compromiso de los actores con el desarrollo del PAB favoreció principalmente a la DLS, IPS públicas y las alcaldías. El trabajo de articulación con otros sectores del desarrollo es mucho menor.

El sector productivo ha estado muy alejado de los procesos de desarrollo local, sin embargo, un avance significativo puede ser su incorporación a los Consejos Territoriales de Seguridad Social, donde se espera que puedan contribuir al logro de bienestar de la población, aunque también se corre el riesgo de que los intereses particulares se pongan por encima de los generales.

A pesar de la importancia de la evaluación como instrumento de mejoramiento,⁶ fueron realmente pocos los municipios que la incorporaron dentro de sus procesos de planificación; por eso, no se pudo obtener información que diera cuenta de los resultados del PAB, pues esta se limita a verificar el cumplimiento de las actividades ejecutadas respecto de las programadas según su plan operativo anual. No existen hasta ahora desarrollos en la construcción de indicadores que den cuenta tanto del proceso de gestión como de los resultados en la situación de salud.

La mayoría de los municipios descentralizados afirmaron no haber obtenido retroalimentación sobre la evaluación de los PAB que elaboraron para ese año, por lo que se hace necesario revisar cómo se están dando los procesos de concurrencia y coordinación entre los diferentes niveles. Al respecto, el Ministerio de Salud apoyó solo a 12,4% de los municipios y la Dirección Seccional de Salud, a 47,28%. Este bajo porcentaje es preocupante, dado que representa incoherencia interna del sistema de salud, lo que impide la detección de sus problemas y la resolución efectiva de los mismos.

El deterioro de la autoridad sanitaria nacional y departamental ha tenido consecuencias, como el hecho de que en ocasiones los actores locales hayan

malinterpretado los procesos de descentralización, asumiendo una actitud autárquica, sin rendimiento de cuentas; además, la capacidad de acompañamiento, vigilancia y control de estos entes se ha visto afectada por las políticas económicas que pretenden disminuir el Estado aun a costa del desorden social que esto genera.

Participación social

Las instituciones responsables del desarrollo de las comunidades deben considerar como asunto prioritario que los miembros de las comunidades puedan decidir y actuar en la solución de los problemas, lo que consolida y fortalece la identidad de grupo, llegando a alcanzar un nivel tal que puedan utilizar racionalmente los propios recursos de todo tipo minimizando los que necesitan del exterior.⁷ En la práctica, alcanzar este nivel de articulación en una sociedad con una historia de fragmentación social como la nuestra requiere de un proceso que incorpore dichos miembros en la solución de los problemas de todos, haciendo de la inclusión una alternativa para el fortalecimiento colectivo. Según los resultados de la investigación, 64,1% de los municipios tuvo control social en 2001, lo que aporta a la construcción de una ciudadanía participativa al nivel del declarado Estado Social de Derecho que promulga nuestra nación en la Constitución Política de 1991.

La participación de la comunidad se realiza en un porcentaje importante en las primeras etapas del proceso de gestión del PAB, pero se ve significativamente reducida en sus etapas de ejecución, evaluación y control. Así, la población participó en esta última en 34,3%, con una reducción casi hasta la mitad al compararla con el resto de etapas del desarrollo del PAB. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los esfuerzos institucionales por promover la participación comunitaria no deben reducirse a la normalización de los espacios participativos, pues más que reglamentar, es necesario estimular el empoderamiento de las comunidades para que asuman sus propios retos y se difunda el compromiso frente al desarrollo. Esta débil participación comunitaria podría influir en la calidad de los programas de salud pública y dar cuenta del grado de

cohesión social y de pérdida de confianza entre sus miembros, con un grave impacto en el desarrollo social.⁸

Los espacios de participación institucionalizados se han constituido en un medio político de fiscalización más que en un medio propositivo para contribuir al mejoramiento, sin embargo, los resultados del trabajo aportan datos importantes acerca de las potencialidades que podrían aprovecharse en cuanto a la conformación de comités o grupos de participación comunitaria. Teniendo en cuenta que 49,7% de los municipios cuenta con los comités de participación social en salud, en 68,5% de las juntas directivas de la ESE está presente la comunidad, igualmente en 81,4% de los comités de vigilancia epidemiológica y en 80,2% de las juntas de acción comunal.

Componentes del PAB

La promoción de la salud se redujo en su espectro y se convirtió en intervenciones de educación y comunicación social, instrumentadas en el PAB, ya que promover la salud parece muy poco práctico en un sistema social que estimula y beneficia la persistencia de los comportamientos de riesgo, sin ofrecer las condiciones mínimas para una vida con calidad a la mayoría de su población. Los intentos de modificación de los factores de riesgo individuales son solo uno de los componentes que, si bien es relevante, se torna limitado para el mejoramiento de la calidad de vida. Como lo afirma John B. McKinley,⁹ el continuismo de intervenciones ineficaces reduce el trabajo de los actores del sistema a la mera apariencia de hacer el bien y solo sirve para legitimar las preocupantes desigualdades en relación con la salud.

De acuerdo con los planteamientos de Yepes,^{*} consideramos que las debilidades sociales de la reforma de salud colombiana han implicado el deterioro de la salud pública, acentuando la concepción individual de riesgo y aplicando una visión reduccionista a los procesos de promoción de la salud. En Colombia, solo se aborda uno de los aspectos

de la promoción como el cambio de estilos de vida y prevención de las enfermedades a través de estrategias informativas. Este tema sumerge en un debate ético que toca con las libertades y las posibilidades. La elección política de un paquete básico de actividades “más costo-efectivas” que controla las contingencias colectivas en su sentido más superficial y paliativo a pesar de la clara necesidad de ahondar en la satisfacción de las necesidades estructurales de la población.

Al revisar los problemas en salud priorizados de los municipios, no fue de extrañar que las primeras tres causas fueran en su orden la IRA, EDA y violencia. Estos tres problemas son evitables y están en relación directa con disparidades económicas y sociales entre las poblaciones, lo que debiera representar un objeto de fundamental preocupación intersectorial enfrentando estas problemáticas de manera concertada y con políticas de impacto regional y nacional.

Vigilancia en salud pública

Partiendo de entender la salud como un proceso dinámico determinado por las condiciones de vida de las sociedades, consideramos que el PAB como instrumento normativo para resolver y controlar los problemas de salud pública de la población colombiana es claramente limitado, toda vez que está inmerso en un sistema de salud fragmentado donde predominan intereses económicos y eficientistas sobre los que favorecen el desarrollo integral.

La organización del sistema de información en salud, requisito exigido para el proceso de descentralización, presenta serios problemas. Solo 67,5% de los municipios había adoptado el SIVIGILA, y se observaron inconsistencias en la información epidemiológica que manejaba la DLS, lo que no permite a los planificadores locales reconocer sus grupos poblacionales ni hacer un seguimiento del estado de la salud de sus poblaciones; al comparar los datos epidemiológicos suministrados por los municipios y los departamentos se encontró incoherencia entre ellos.

* En conferencia presentada en el Congreso Salud para Todos y Formulación de Políticas de Salud para el Siglo XXI, realizado en Medellín, 1999.

