

**DIAGNÓSTICO DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y
EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ATENCIÓN BÁSICA MUNICIPALES DE
DIEZ MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA - AÑO 2004**

**MIRIAM CAMACHO LIZCANO
SONIA MUÑOZ BOLAÑOS
YINA MARCELA ORTEGA PEÑA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA
2006**

**DIAGNÓSTICO DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y
EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ATENCIÓN BÁSICA MUNICIPALES DE
DIEZ MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA - AÑO 2004**

**MIRIAM CAMACHO LIZCANO
SONIA MUÑOZ BOLAÑOS
YINA MARCELA ORTEGA PEÑA**

**Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social**

**ASESOR:
Dr. EDILBERTO SUAZA
Enfermero Epidemiólogo - Magíster en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA
2006**

AGRADECIMIENTOS,

Al Coordinador de la Especialización de Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social, Dr. Pedro Reyes,

Al Asesor del proyecto, Doctor Edilberto Suaza

A las Jurados de la investigación, Doctoras Luz Elcy Manrique González, Teresa Torres de Polanía y Maria Yedme Sánchez Pastrana

A los Facultativos y Docentes de la Universidad Surcolombiana, en especial a los de la Facultad de Salud.

A las personas y comunidad que colaboró con esta investigación.

DEDICATORIA,

Miriam Camacho Lizcano, al Señor quien me dio la oportunidad de realizar este proyecto de investigación y a mis hijas quienes siempre me han apoyado.

Sonia Muñoz Bolaños, a mi madre quien con su perseverancia me ha indicado siempre el camino a seguir y a Dios quien me ha permitido salir siempre adelante.

Yina Marcela Ortega Peña, al ser celestial que me regalo el don de la vida, a mis padres, colegas, profesores, familiares, amigos y personas especiales que colaboraron en el desarrollo de este trabajo.

Nota de aceptación

PROYECTO “DIAGNOSTICO DEL
PROCESO DE PLANIFICACION,
EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS
PLANES DE ATENCIÓN BÁSICA
MUNICIPALES DE DIEZ MUNICIPIOS DEL
DEPARTAMENTO DEL HUILA – AÑO
2004” **APROBADA**

Presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Agosto de 2006.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCION.....	19
1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA.....	21
2. JUSTIFICACIÓN.....	23
3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y NORMATIVOS DEL PLAN DE ATENCIÓN BASICA MUNICIPAL.....	26
3.1 PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD.....	26
3.2 ORIGEN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	28
4. OBJETIVOS.....	33
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	33
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
5. MARCO REFERENCIAL.....	34
5.1 MARCO TEÓRICO.....	34
5.1.1 Los Planes de Atención Básica.....	34
5.1.2 Proceso Para La Elaboración De Los PAB Municipales.....	36
5.1.2.1 La concertación de los PAB.....	36
5.1.2.2 Priorización de los problemas de salud.....	36
5.1.2.3 Identificación de alternativas de solución y /o definición de proyectos.....	37
5.1.2.4 Evaluación de los proyectos.....	37
5.1.3 Seguimiento a los PAB Municipales.....	44
5.1.3.1 Interventoría en los PAB Municipales.....	44
5.1.3.2 Funciones y competencias estatales de la interventoría.....	45

5.1.3.3 Utilidad de la interventoría en la gestión de las direcciones de salud.....	47
5.1.4 Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	52
5.2 MARCO SOCIAL.....	54
5.2.1 Salud Pública.....	54
5.2.2 Fomento de la salud.....	55
5.2.3 Prevención de enfermedades.....	56
5.2.4 Cuidados médicos.....	57
5.2.5 La salud en Colombia.....	59
5.2.6 La salud en el Huila.....	60
5.3 MARCO CONCEPTUAL.....	62
5.3.1 La enfermedad.....	62
5.3.2 Prevención.....	63
5.3.3 Promoción.....	64
5.3.4 Salud mental.....	64
5.3.5 Salud sexual y reproductiva.....	65
5.3.6 Nutrición.....	66
5.4 MARCO LEGAL.....	66
5.4.1 Constitución Política de 1991.....	66
5.4.2 Ley 100 de 1993.....	68
5.4.3 Resolución 4288 de 1996.....	70
5.4.4 Ley 715 de 2001.....	72
5.4.5 Circular 052 de 2002.....	73
5.4.6 Circular 018 de 2004.....	74
6. DISEÑO METODOLOGICO.....	78
7. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	88
7.1 PLANIFICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA.....	88
7.2 EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA.....	94
7.3 EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA MUNICIPAL.....	98

8. CONCLUSIONES.....	106
9. RECOMENDACIONES.....	109
BIBLIOGRAFÍA.....	112
ANEXOS.....	114

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 1 del PAB.....	38
Tabla 2: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 2 del PAB.....	39
Tabla 3: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 3 del PAB.....	41
Tabla 4: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 4 del PAB.....	42
Tabla 5: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 5 del PAB.....	43
Tabla 6: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 6 del PAB.....	44
Tabla 7: Cronograma de actividades.....	87
Tabla 8: Indicadores de evaluación del año 2004 del PAB municipal de los proyectos prioritarios (circular 018).....	102

LISTA DE GRÁFICAS

Pág.

Gráfica 1: Encargados de elaboración del PAB municipal.....	88
Gráfica 2: Mecanismos de concertación con la comunidad para proyectos PAB...	89
Gráfica 3: Proceso de elaboración y aprobación del PAB.....	89
Gráfica 4: Informe de la Secretaría de Salud Departamental sobre revisión y Concepto del PAB Municipal 2004.....	90
Gráfica 5: Calificación dada a la Secretaría de Salud Departamental Sobre evaluación del PAB municipal 2004.....	91
Gráfica 6: Porcentaje de concertación para ejecución del PAB municipal.....	91
Gráfica 7: Convenios entre quienes ejecutaron el PAB municipal.....	92
Gráfica 8: Referencias en su objetivo del convenio o contrato.....	92
Gráfica 9: Determinación del convenio o contrato con ejecutores del PAB.....	93
Gráfica 10: Determinación del convenio con respecto al seguimiento del PAB.....	94
Gráfica 11: Seguimiento del PAB municipal.....	94
Gráfica 12: Realizadores del seguimiento del PAB municipal.....	95
Gráfica 13: Inicio de ejecución de actividades del PAB municipal.....	95
Gráfica 14: Criterios de inicio de ejecución del PAB.....	96
Gráfica 15: Periodicidad de informe de ejecutores del PAB al ente territorial.....	97
Gráfica 16: Informes de interventores de ejecutores del convenio PAB.....	97
Gráfica 17: Evaluación técnica al proceso de ejecución de actividades del PAB...	98
Gráfica 18: Formas de seguimiento técnico al PAB municipal.....	98
Gráfica 19: Periodicidad de evaluación técnica del PAB municipal.....	99
Gráfica 20: Evaluación de resultados según Circular 018 en cada proyecto.....	99
Gráfica 21: Evaluación financiera al proceso de evaluación del PAB.....	100
Gráfica 22: Factores para realizar el seguimiento financiero al PAB.....	100
Gráfica 23: Pago de las cuentas del PAB.....	101
Gráfica 24: Formas de evaluación final del PAB.....	101

Gráfica 25: Resultados por proyectos del PAB municipal.....	104
Gráfica 26: Resultado general de indicadores cumplidos y valor cumplido.....	105

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A: Ubicación de Departamento del Huila en Colombia.....	115
Anexo B: Municipios del Huila donde se recolectó la información.....	116
Anexo C: Instrumento empleado para recolección de la información.....	117
Anexo D: Modelo de diario de campo empleado.....	121

GLOSARIO

- Enfermedad: Cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran.
- Enfermedades transmitidas por vectores: son ocasionadas por virus, bacterias, hongos y protozoos, un vector es un hospedador invertebrado capaz de transmitir a los seres humanos y a otros vertebrados diversos organismos patógenos. Estos agentes patógenos provocan enfermedades como la malaria, la enfermedad del sueño, la peste bubónica, la fiebre amarilla y el dengue.
- PAB: Plan de Atención Básica, es el plan de salud pública y se encuentra enmarcado o contenido dentro del Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS) de Colombia. El PAB, es un paquete de actividades que está orientado a la comunidad en general, 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.
- Prevención: Especialidad del área médica que fomenta la salud y previene la enfermedad. A finales del siglo XX, adquirió importancia conforme la sanidad pública se preocupaba respecto al aumento de los costes de la atención sanitaria. Las medidas que adoptan los sistemas médicos de prevención, se dirigen a colectividades o a individuos.
- Promoción: (Del lat. promotio, -ōnis). Hace referencia a la acción y efecto de promover. Conjunto de las actividades realizadas con el fin de destacar o dar a conocer un tema específico o grupo de situaciones. Elevación o mejora de las condiciones de vida, de productividad, intelectuales, etc. Conjunto de actividades cuyo objetivo es dar a conocer algo o incrementar los conocimientos al respecto.
- Salud: (Del lat. salus, -ūtis), Se refiere al estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones, también a las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.
- Salud Pública: Concepto que hace referencia a la protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales.

- Sistema General de Seguridad Social en Salud: (SGSSS) Ordena y controla las instituciones y los recursos necesarios para garantizar la salud a si se tenga o no una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema, la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la ley 100 de 1993 y la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente, accedan al sistema.
- Zoonosis: Cualquier enfermedad infecciosa transmitida a los seres humanos por otros animales vertebrados, como la rabia. A veces, el microorganismo sólo provoca la enfermedad en el huésped infectado, sin afectar al animal.

RESUMEN

El Plan de Atención Básica (PAB), es el plan de salud pública y se encuentra enmarcado o contenido dentro del Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS) de Colombia. El PAB, es un paquete de actividades que está orientado a la comunidad en general, para garantizar las condiciones necesarias de la población para que no corra el riesgo de enfermar o morir por causas biológicas, ambientales o sociales prevenibles.

La Seguridad Social en Colombia, está reglamentada por normas como la Ley 100 de 1993, así también los PAB son orientados por normas como la Resolución 4288 del 20 de Noviembre de 1996 y se ha ido fortaleciendo a través del tiempo, mediante la formulación de diversas normas como la ley 715 del 2001, que regula la asignación de recursos y busca una mayor efectividad de acciones del PAB.

Toda entidad territorial debe dar estricto cumplimiento a las acciones del PAB, las cuales se realizan con aportes nacionales del Sistema General de Participaciones (SGP), destinados únicamente a la ejecución de acciones dentro de la norma vigente, (circular 018 de 2004). Con el transcurrir del tiempo se han ido mejorando lentamente los inconvenientes, pero todavía se presentan tanto diferencias como confusiones respecto a la forma y características como se ha de realizar la contratación, la interventoría y el seguimiento que debería hacerse a los Planes de Atención Básica Municipales.

Esto hace que aún se observen dificultades en cuanto al control continuo y directo de los procesos de planificación, ejecución y evaluación que contienen los PAB en cada municipio, que permitan establecer las condiciones de cumplimiento, unificación de criterios y veracidad de la información de las actividades realizadas.

En este informe, se aborda la necesidad de establecer un diagnóstico del proceso de Planificación, Ejecución y Evaluación de los PAB Municipales en el Departamento del Huila, debido a que actualmente, cada municipio se guía por parámetros establecidos por el Ministerio de Protección Social, en los cuales se establecen lineamientos para la formulación, ejecución, metas e indicadores de evaluación de los proyectos prioritarios del PAB, para lo cual se realiza una evaluación anual teniendo en cuenta el Plan Operativo Anual de la vigencia correspondiente. La formulación del problema está centrada en determinar: “¿Cuál es el diagnóstico al proceso de Planificación, Ejecución y Evaluación de los PAB Municipales de diez municipios del Departamento del Huila en el Año 2004?”.

El informe de corte cuantitativo, contiene cuatro fases: primera fase, donde se incluye una descripción más detallada de la problemática a tratar, formulación, justificación, objetivos; segunda fase o marco referencial con los aportes teóricos, sociales, conceptuales y legales pertinentes; tercera fase o diseño metodológico con la descripción de la población y los instrumentos empleados para recolectar la información y la cuarta fase o fase de descripción y análisis de resultados, donde se consigna lo obtenido en las actividades de campo con los aportes analíticos del grupo de investigación.

Los principales hallazgos indican que: gran parte de las funciones relacionadas con la elaboración de los PAB Municipales se están cediendo a las IPS públicas, sectorizan la concertación y priorizan las actividades a desarrollarse, lo cual no satisface las

necesidades sentidas por la comunidad; En los diez municipios estudiados del departamento del Huila no existen criterios unificados respecto a los lineamientos y periodicidad de los informes que deben presentar los ejecutores del PAB municipales durante el desarrollo de cada proyecto; La interventoría en los diez municipios estudiados del departamento del Huila a los PAB Municipales, no cuenta con una estructura unificada en cuanto a funciones, metodología y aplicabilidad a las necesidades del departamento; Se refleja carencia de monitoreos continuos y planes de mejoramiento .

SUMMARY

The Plan of Basic Attention (PAB), it is the plan of public health and of it is framed or content inside the General System of Social security of Health (SGSSS) of Colombia. The PAB, is a package of activities that is guided to the community in general, to guarantee the population's necessary conditions so that the risk doesn't run of to make sick or to die for causes biological, environmental or social that they can be prevented.

The Social security in Colombia, it is regulated by norms like the Law 100 of 1993, likewise the PAB is guided by norms like the Resolution 4288 of November 20 1996 and he/she has left strengthening through the time, by means of the formulation of diverse norms like the law 715 of the 2001 that it regulates the assignment of resources and it looks for a bigger effectiveness of actions of the PAB.

All territorial entity should give strict execution to the actions of the PAB, which are carried out with national contributions of the General System of Participations (SGP), only dedicated to the execution of actions inside the effective norm, (to circulate 018 of 2004). With lapsing of the time they have left improving the inconveniences slowly, but as much differences as confusions are still presented regarding the form and characteristic as you he/she must carry out the recruiting, the interventoría and the pursuit that it should be made to the Municipal Plans of Basic Attention.

This makes that difficulties are still observed as for the continuous and direct control of the processes of planning, execution and evaluation that the PAB contains in each municipality that you/they allow to establish the execution conditions, unification of approaches and truthfulness of the information of the carried out activities.

In this report, the necessity is approached of establishing a diagnosis of the process of Planning, Execution and Evaluation of the Municipal PAB in the Department of the Huila, because at the moment, each municipality is guided by parameters settled down by the Ministry of Social Protection, in which limits settle down for the formulation, execution, goals and indicators of evaluation of the high-priority projects of the PAB, for that which is carried out an annual evaluation keeping in mind the Annual Operative Plan of the corresponding validity. The formulation of the problem is centered in determining: "Which is the diagnosis to the process of Planning, Execution and Evaluation of the Municipal PAB of ten municipalities of the Department of the Huila in the Year 2004? ".

The report of quantitative court, contains four phases: first phase, where a detailed description of the problem is included to try, formulation, justification, objectives; second phase or mark of reference with the pertinent theoretical, social, conceptual and legal contributions; third phase or methodological design with the used population's description and the instruments used to gather the information and the fourth phase or description phase and analysis of results, where that is consigned obtained in the field activities with the analytic contributions of the present investigation group.

The main discoveries indicate that: great part of the functions related with the elaboration of the Municipal PAB is giving the public IPS, it is made by sector the agreement and they

prioritize the activities to be developed, that which doesn't satisfy the necessities felt by the community; In the department of the Huila approaches unified regarding the limits and rhythm of the reports that the executioners of the municipal PAB should present during the development of each project don't exist; The interventoría in the department of the Huila to the Municipal PAB, doesn't have a structure unified as for functions, methodology and applicability to the necessities of the department; He/she is reflected lack of continuous surveillance and plans of improvement.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de postgrado y documento de investigación en salud, significa el sano esfuerzo realizado durante varios meses, sin perder de vista o dejar disminuir los motivos iniciales que motivaron la presente investigación, entre los cuales se cuentan el deseo sincero de obtener la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social y el poder aplicar todos estos conocimientos en las áreas, instituciones y/o comunidades donde se tornen necesarios, para lograr un óptimo desempeño en un futuro no lejano, siempre y solo con la ayuda de Dios.

Se convierte en un verdadero placer y orgullo tanto a nivel grupal como académico, poder presentar a la Universidad Surcolombiana como principal universidad de la región del país, a sus Asesores y los demás compañeros de estudio de este centro de educación superior, este documento investigativo y descriptivo, que trata sobre los procesos de Planificación, Ejecución y Evaluación de los Planes de Atención Básica aplicados a diez municipios en el Departamento del Huila durante el año 2004.

Es conveniente recordar, que el Plan de Atención Básica (PAB), es el plan de salud pública y se encuentra enmarcado o contenido dentro del Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS) de Colombia. El PAB, es un paquete de actividades que está orientado a la comunidad en general, 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 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.

La presente investigación, tiene como objetivo general realizar un diagnóstico a los procesos de Planificación, Ejecución y Evaluación de los Planes de Atención Básica municipales aplicados en diez municipios del Departamento del Huila durante el año 2004.

Para esto, se recurrió a actividades complementarias o específicas como identificar y analizar los mecanismos que los municipios del Huila en el año 2004, utilizaron para aplicar y realizar seguimiento a las distintas fases (planificación, ejecución y evaluación) que integraron los Planes de Atención Básica Municipales

de ese año. De igual manera, se hace una clara identificación de los municipios seleccionados como objeto de estudio de la investigación.

El enfoque utilizado como base a la investigación es el cuantitativo, debido a las ventajas y oportunidades brindadas al investigador, porque utilizaron cifras y estadísticas para afirmar los resultados encontrados.

El método o tipo de estudio empleado, es descriptivo retrospectivo el cual se configura en una aproximación previa a un problema no observado con anterioridad, cuyos resultados son nuevos y posibilitan caracterizar un fenómeno, como es el caso de hacer un diagnóstico a las distintas fases que integran los Planes de Atención Básica municipales, las prácticas vinculadas a estas fases y que pueden por lo tanto, influir en el desempeño de la sociedad del Departamento del Huila, para determinar sus posibles consecuencias y puntos a mejorar.

Se emplearon y adaptaron herramientas de recolección de la información propias del enfoque cuantitativo, como la encuesta por cuestionario, la observación directa, y diarios de campo, para analizar a fondo las causas del problema y realizar así un mejor diagnóstico acorde con la situación descubierta.

Las partes o capítulos que integran la presente investigación son cuatro, las cuales se encuentran de manera explícita dentro del texto a saber: en la primera parte o marco general se consigna la información necesaria para apropiarse de las características y situación presentada frente al tema de los Planes de Atención Básica a nivel general y en el departamento, así como también la justificación y objetivos trazados para la investigación. En la segunda parte o marco referencial, se consignan tanto los aportes teóricos, como los normativos y sociales que se relacionan con el tema a tratar, para darle una mejor y más productiva interpretación a los datos arrojados y que se han de alcanzar en las etapas siguientes.

En la tercera parte o capítulo, se consigna la metodología, el tipo de estudio, la forma y las herramientas que se utilizaron para la recolección de la información con los representantes del sector salud de cada municipio que brindaron sus aportes y que se convirtieron en los actores sociales de la investigación; en la cuarta y última parte de la investigación, se realizan las actividades de campo, la clasificación y sistematización de los datos obtenidos y se llevan a cabo los análisis descriptivos e interpretación de los resultados obtenidos, para obtener el mejor de los diagnósticos según parámetros recomendados por esta Institución.

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El Plan de Atención Básica (PAB), es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos encaminados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública municipal y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, que nace a partir de la ley 100 de 1993 que es la que enmarca el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, complementando sus otros componentes:

- Plan obligatorio de salud (POS),
- Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Transito (ECAT) y,
- Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP).

La Seguridad Social en Colombia, está reglamentada por normas como la Ley 100 de 1993, así también los PAB son orientados por normas como la Resolución 4288 del 20 de Noviembre de 1996 y se ha ido fortaleciendo a través del tiempo, mediante la formulación de diversas normas como la ley 715 del 2001, que regula la asignación de recursos y busca una mayor efectividad de acciones del PAB.

Toda entidad territorial debe dar estricto cumplimiento a las acciones del PAB, las cuales se realizan con aportes nacionales del Sistema General de Participaciones (SGP), destinados únicamente a la ejecución de acciones dentro de la norma vigente, (circular 018 de 2004).

Las actividades del PAB, tienen unas características específicas de universalidad, gratuidad, obligatoriedad, integralidad, territorialidad e intersectorialidad y es responsabilidad de cada Administración Municipal en cabeza del Alcalde que se cumplan, con una constante intervención de participación social desde su formulación, ejecución y evaluación a través de la vigilancia, control y aprobación por parte del Concejo Municipal de Seguridad Social en Salud.

En la Constitución Política de 1991 en su artículo 49 se confiere al municipio la responsabilidad de dirigir el Sistema Local de Salud, este proceso se ha venido dando en la medida en que los municipios han logrado la descentralización, esto ha permitido mayores espacios para abordar la salud desde una visión global para crear condiciones favorables a la salud colectiva, permitiendo un diagnóstico propio con la participación de los diferentes actores sociales y priorizando los principales problemas y causas de morbi- mortalidad.

En este proceso igualmente han surgido situaciones que obstaculizan el adecuado desarrollo de las acciones PAB, inicialmente los alcaldes no habían entendido la magnitud del impacto de la descentralización del municipio en la salud de sus habitantes, por lo cual, los Planes de Atención Básica no surgían de las necesidades de la población, no había lineamientos claros que se ajustan a la

realidad de las comunidades y no se realizaba un control o seguimiento continuo y eficaz, sobre la utilización de los recursos asignados para este fin.

Al parecer, con el transcurrir del tiempo se han ido mejorando lentamente estos inconvenientes, pero todavía se presentan tanto diferencias como confusiones respecto a la forma y características como se ha de realizar la contratación, la interventoría y el seguimiento que debería hacerse a los Planes de Atención Básica Municipales.

Esto hace que aún hoy en día, se observen dificultades en cuanto al control continuo y directo de los procesos de planificación, ejecución y evaluación que contienen los Planes de Atención Básica en cada municipio, que permitan establecer las condiciones de cumplimiento, unificación de criterios y veracidad de la información de las actividades realizadas. Por tal razón y para corregir la dificultad en la situación presentada, se evaluará la posibilidad según se expresa en varios de los municipios del departamento, de la necesidad de plantear un sistema unificado de seguimiento a los procesos de planificación, ejecución y evaluación de los PAB municipales.

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 de los 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 y calidad de la vida.

En este proyecto, se aborda la necesidad de establecer un diagnóstico del proceso de Planificación, Ejecución y Evaluación de los Planes de Atención Básica Municipales en el Departamento del Huila, debido a que actualmente, cada municipio se guía por parámetros establecidos por el Ministerio de Protección Social, en los cuales se establecen lineamientos generales para la formulación, ejecución, metas e indicadores de evaluación de los proyectos prioritarios del PAB, para lo cual se realiza una evaluación anual teniendo en cuenta el Plan Operativo Anual de la vigencia correspondiente,

Teniendo en cuenta los argumentos y puntos anteriores, se diseña una investigación de corte técnico-administrativo y social cuya formulación del problema está centrada en descubrir o establecer la siguiente situación: “¿Cuál es el diagnóstico al proceso de Planificación, Ejecución y Evaluación de los Planes de Atención Básica Municipales de diez municipios del Departamento del Huila en el Año 2004?”

2. JUSTIFICACIÓN

El interés por la salud, prevención de las enfermedades y la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición de conceptos como protección social o sistemas de seguridad social como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y social de los mismos, son relativamente recientes. La idea comienza a popularizarse en la década de los 50's, hasta convertirse hoy día en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la educación, la economía, la política, la psicología social y el mundo de los servicios en general¹.

En términos generales, en la actualidad las investigaciones sobre seguridad social en salud son muy importantes, porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de cualquier sociedad como la colombiana, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas de manera frecuente. No obstante, la verdadera utilidad del concepto de seguridad social en salud, se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una revolución de la calidad que propugna el diseño y ejecución de los PAB, centrado en las comunidades y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad².

En este sentido, los PAB pueden y deben ser utilizados para una serie de propósitos en favor de las comunidades donde se aplique, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas tanto del área rural como urbana y sus niveles de morbilidad, la evaluación de los resultados de los demás programas de protección social, la coordinación y dirección de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y la formulación de unas adecuadas políticas municipales y regionales dirigidas a la población.

Una de las razones por la cual es importante llevar a cabo esta investigación, radica en que no se encontró en los centros de educación superior o de investigación algún material semejante, por otro lado, con la aplicación de esta investigación se obtendrán unas pautas y herramientas muy útiles en lo que podría significar la creación de un material informativo tanto para los municipios diagnosticados y para sus administraciones como para el mismo departamento, en donde se descubran allí los elementos o los puntos claves para despertar en estos municipios una mayor conciencia en el tema de las distintas fases que integran los

¹ Gómez-Vela, María, y Sabeh, Eliana N., Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca. 2003

² Ibid.

PAB y por lo tanto, para que decidan apropiarse de estos diagnósticos, resultados y elementos, para investigar más al respecto y aplicar los correctivos necesarios.

Desde el punto de vista de investigación o estudio, es igualmente valedero afirmar que en la actualidad no se conocen diagnósticos realizados a varios de los municipios del Huila, sobre los PAB, que en cada uno de ellos se diseña y aplica. Tampoco se han hecho estudios de cuántos de los indicadores integrantes de la planificación, ejecución y evaluación se han llevado a cabo, para dedicar más esfuerzos a aquellos que se encuentran menos difundidos, lo que afecta o no a las comunidades y las actividades administrativas cotidianas.

Otro punto, que hace resaltar la necesidad de la aplicación de esta investigación, radica en el hecho de tratar el tema de los distintos procesos que integran los PAB, desde el enfoque, sentido o posición de cada municipio incluido en el estudio y respetando el concepto que cada uno de ellos tengan sobre lo interrogado. En la investigación, no se está obligando o insinuando a que ellos piensen, sientan o respondan cosas que no quieran expresar, ya que se tendrá en cuenta como primera medida el respeto al derecho que cada individuo tiene a su libertad de expresión y participación.

Esta investigación, tendrá la característica especial de tratar el tema de los procesos del PAB, desde un enfoque general y terminología que sea entendida por todos y en especial, para que cada miembro de estos municipios o cualquier comunidad, comprenda lo que se quiere comunicar y tome conciencia de aquellos elementos o prácticas que puede mejorar en su PAB municipal para superar las falencias en ciertos aspectos y cumplir cada vez con más indicadores.

Quienes realizan esta investigación, por haber tenido desde hace algunos años un contacto no solo laboral sino también informal con la población objeto de estudio y en cierta manera con los representantes del sector salud de varios de estos municipios, descubren una óptima oportunidad para conocer o determinar este aspecto por ser precisamente el tema de los PAB, un tema de interés y relacionado con la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social. Igualmente, la importancia de esta investigación a nivel estudiantil radica en que se estará trabajando en contacto y con colaboración de varios municipios del departamento, lo cual además de considerarse una novedad, se ha convertido en un reto, porque es una forma muy apropiada de demostrar lo aprendido en el transcurrir de la especialización y significa un valor agregado que puede producir más resultados desde la investigación y a su vez, una mayor satisfacción para el grupo de investigación.

Tomando como punto de partida la situación o problemática presentada en estos municipios, la investigación a su vez puede ser reflejo de la situación vivida por muchos otros municipios o regiones del país.

Esta investigación y el tema aquí tratado, es importante para la Universidad entre otras cosas porque quiere aportar una herramienta útil y eficaz tanto a sus asesores como estudiantes, para que desde su práctica laboral y social, tengan un elemento o documento base para que se pueda forjar acciones e investigación más eficaces y críticas que genere la capacidad de intercambiar ideas con personas de otras universidades y/o contextos, de otros ideales o formas de pensar distintas sin que por esto se ponga en peligro o en duda lo aprendido desde la teoría y/o práctica social.

Cada una de estas razones, contribuyen a justificar el desarrollo de éste trabajo de investigación. De igual manera, el mismo Sistema de Seguridad Social en Salud del país, puede estar reclamando en la actualidad tanto a las autoridades civiles como a los investigadores del sector salud, soluciones, acciones y formas de programas diferentes a fin de superar las dificultades presentadas y un sin número de factores que han venido perjudicando su pleno actuar, por la falta de incentivos sociales que se puedan generar con estudios como los aquí planteados y que de una u otra manera van a contribuir con su mejoramiento.

Se torna necesario, establecer la realidad de los municipios del departamento del Huila en relación al proceso de Planificación, ejecución y evaluación de los Planes de Atención Básica Municipales que permita orientar los proyectos hacia la satisfacción de necesidades reales y el logro de los resultados planeados. Un componente fundamental dentro de esta tarea es la que tiene que ver con la gestión del Plan de Atención Básica, la cual debe propiciar e impulsar la coordinación de los diferentes actores para el desarrollo de un trabajo activo en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que conlleve a un cambio cultural positivo en los comportamientos cotidianos.

De lo anterior, se deduce la importancia que puede tener, la oportunidad de descubrir una situación poco o nada investigada en la región y el deber de aportar elementos y unos resultados que contribuyan al mejoramiento de la aplicación de los PAB Municipales. Además, trabajos de éste orden vienen a contribuir a que entes universitarios como la Surcolombiana, a través de sus investigadores, se den a la tarea de generar en los municipios del Huila espacios, capacitaciones y orientaciones que permitan favorecer el desarrollo más apropiado de los PAB.

En cuanto a los aportes que este trabajo puede brindar a la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social, se encuentra que son variados, pues se entiende que esta especialización centra sus esfuerzos en la forma de administrar y coordinar todas aquellas actividades relacionadas con el sector salud y cómo por otro lado, se presentan ciertas fallas en la aplicación de los PAB, entonces con esta investigación se van a proporcionar elementos de gran utilidad que dinamizan más sus estudios, en otras esferas.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y NORMATIVOS DEL PLAN DE ATENCIÓN BASICA MUNICIPAL

3.1 PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD

El proceso de descentralización de la salud se inicia en el país en 1990 con la expedición de la ley 10, la reforma realizada con la Constitución de 1991 retoma los principios del Sistema Nacional de Salud y establece que el país es una República unitaria y descentralizada; y en desarrollo de ella se expide la Ley 60 de 1993, reglamentaria de la Constitución, mediante la cual se establecen las competencias y recursos de la Nación y las Entidades Territoriales.

Esta descentralización persigue como objetivos los siguientes aspectos:

- Racionalizar y unificar la administración pública por medio de la creación de estructuras territoriales adecuadas a las funciones que deben ejercer y devolver el protagonismo a las administraciones, de gestión global en vez de las de carácter sectorial.
- Democratizar el Estado, acercando las instituciones representativas a los ciudadanos, creando nuevos mecanismos de participación y de consenso y aplicando el principio de que las decisiones se tomen desde el nivel más bajo posible.

La descentralización en salud como estrategia para modernizar el Estado, junto con la democratización y la internacionalización, son respuestas necesarias al surgimiento de nuevas realidades interrelacionadas y características de la época actual: individuos con una nueva conciencia de su papel protagónico frente al Estado, con información al acceso del usuario, con identidades regionales más explícitas, nuevos grupos sociales, nueva organización de la producción en donde sobresalen las relaciones horizontales y la creatividad de los individuos.

La Ley 10 de 1990 reservó para el nivel nacional funciones de dirección, asesoría y control y entregó las competencias operativas y de ejecución a las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios), quedando los Municipios y distritos como responsables del primer nivel de atención y los departamentos del segundo y tercer nivel.

Para la asunción de las competencias por parte de las entidades territoriales se expidió el Decreto 1770 de 1994, reglamentario de la Ley 60 de 1993, el cual estableció los requisitos para la descentralización departamental y municipal. Estos requisitos debían ser presentados por la entidad territorial y una vez cumplidos y avalados, se expedía el acto administrativo que certificaba su cumplimiento. Estos requisitos eran:

- Adopción de metodología para la elaboración del plan sectorial de salud.
- Adopción de procedimientos para la programación, ejecución, evaluación, control y seguimiento físico y financiero de los programas de salud.
- Organización y puesta en funcionamiento de la Dirección Local de Salud.
- Organización del régimen de carrera administrativa y del manual de funciones.
- Afiliación de los empleados a los fondos de cesantías y a las instituciones de previsión y seguridad social.
- Transformaciones institucionales.
- Celebración de contratos para la prestación de servicios de salud.
- Creación y organización del Fondo Local de Salud.
- Organización y puesta en funcionamiento de un Sistema Básico de información.

Con la expedición de la resolución de certificación del mismo Decreto 1770 de 1994, se debían formalizar las respectivas actas de entrega efectiva del recurso humano, físico y financiero que iban a ser administrados por el municipio.

La acreditación documental de los anteriores requisitos, no garantizaba que el municipio estuviese preparado para el manejo de la salud en su territorio, le permitía organizarse e iniciar un proceso de desarrollo institucional en el ámbito de la Dirección Local de Salud y de su Institución Prestadora de Servicios de Salud. Lo anterior, en parte se debe a que antes del proceso de descentralización, la salud en los municipios venía siendo manejada por los departamentos a través de la red pública, lo que no permitió un manejo del sector por parte de las administraciones municipales. De ahí, la importancia que tenía la asesoría y asistencia técnica que los departamentos le brindaban a los municipios, para que pudieran asumir de manera efectiva y eficiente la salud en su municipio.

En cuanto a los procesos de participación social, el Decreto 1757 de 1994 reglamentario de la Ley 60 de 1993, por medio del cual se organizaban y establecían las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud, permitieron a las personas naturales y jurídicas participar en el ámbito ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus deberes y derechos en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud, así:

- En el ámbito social, la participación es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.
- En el ámbito ciudadano, funcionará en las Direcciones del Sistema General de Seguridad Social en salud el servicio de atención a la comunidad, con el fin de canalizar y resolver las inquietudes en salud de los ciudadanos. Así mismo el

sistema de atención e información al usuario en las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas.

- En el ámbito comunitario, funcionarán los Comités de Participación Comunitaria como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, para intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y control del gasto en su jurisdicción respectiva.

La definición de las competencias en las normas antes mencionadas, no permitió suficiente claridad y especificidad en las entidades territoriales. Las competencias asignadas por la Ley 60 de 1993 a departamentos y municipios se traslapan produciendo colisión de competencias y poca claridad en los mecanismos de responsabilidad y rendición de cuentas, además, sectorialmente se siguieron diferentes lógicas para la asignación de competencias que no concordaban con el objetivo principal de la descentralización, que era el de otorgar una mayor autonomía local.

Adicional a lo anterior, no se tuvo en cuenta las capacidades diferenciales de las entidades territoriales, las fluctuaciones e inestabilidad de los recursos y las dificultades en el proceso de inspección, vigilancia y control; sobre éste último aspecto, es necesario señalar que debido a la duplicidad de funciones sobre la materia tanto en el nivel nacional como territorial, fue en algunos casos complicado el funcionamiento de la vigilancia y el control al funcionamiento del Sistema.

Así mismo, se asignaron competencias territoriales de una forma diferenciada en cada nivel territorial, permitiendo así un más eficaz y rápido uso de los recursos disponibles para la inversión social, distribuyendo éstos últimos con criterios de equidad y eficiencia.

3.2 ORIGEN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La constitución de 1991 y más adelante la ley 100 de 1993, sientan las bases para definir el Sistema Integral de Seguridad Social y específicamente el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como un servicio de carácter público, universal, orientado a contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida de los ciudadanos. Es así como en el artículo 165 de esta ley 100, se contempla el Plan de Atención Básica como un servicio público esencial, gratuito y obligatorio.

La reorganización conceptual, administrativa y operativa del anterior Sistema Nacional de Salud y su articulación en la seguridad social, definió nuevas competencias, actores y responsabilidades, los cuales a partir del cumplimiento de

los principios de la ley buscan garantizar el acceso a servicios integrales de salud como producto concreto para alcanzar estas condiciones.

El SGSSS, se sustentó en la teoría neoclásica de los bienes para diferenciar el gasto privado del gasto público. Los servicios individuales de atención médica definidos en el POS serían financiados por los aportes de los cotizantes o por el subsidio a la demanda de los pobres (POS subsidiado), mientras que los servicios colectivos, con altas externalidades, quedaron ubicados en el Plan de Atención Básica PAB.

Si bien la expresión "atención básica" incluía al comenzar la operación del sistema un Plan de Atención Materno Infantil (PAMI) y la atención obligatoria de los ancianos y de la responsabilidad derivada del carácter de "servicio público" de la atención básica establecido en la Ley 10 de 1990, poco a poco se fue cristalizando la idea de dejar en el PAB sólo los servicios colectivos con altas externalidades. Por esta razón, el Ministro Londoño, el Senador Jaime Arias y otros más, insistían en que la Ley 100 nada tenía que ver con salud pública y que se trataba, de una reforma de la Seguridad Social para mejorar su eficiencia, universalidad y solidaridad, según el mandato constitucional³.

En el esfuerzo de reglamentación del sistema, el antes llamado Ministerio de Salud trató de precisar los servicios individuales y colectivos de carácter preventivo, promocional y de definir las responsabilidades. Desde Noviembre de 1996, la Resolución 4288 del Ministerio de Salud definió el Plan de Atención Básica como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de los factores de riesgo dirigidos a la colectividad⁴.

Otras normas han hecho referencia a este plan de beneficios y le han producido modificaciones o precisiones. La Resolución 412 de 2000 por ejemplo, estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de "demanda inducida" por parte de las EPS dentro del POS para sus afiliados, y definió normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. Estas normas intentan, definir mejor las responsabilidades de los agentes del sistema de aseguramiento respecto de las prioridades de salud pública. Pero todavía no puede hablarse de éxitos en este campo, como si se ha evidenciado en recientes evaluaciones del funcionamiento del PAB.

De acuerdo a la Ley 715 del 2001, el Decreto 205 de 2003, Circular 052 de 2002 y la Circular 018 de 2004, el Ministerio de Protección Social como ente rector de

³ ARIAS CASTRO, Daniel I., Normatividad en torno a los Planes de Atención Básica de Colombia, Ediciones Libertad, 3ª edición, Bogotá. 2002

⁴ Ibid.

SGSSS, en función de proteger la salud de la población, garantizar el logro de las metas nacionales de salud pública y focalizar la inversión de los recursos en las prioridades en salud pública, imparte instrucciones de obligatorio cumplimiento para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB.

Según estas normas anteriores, es responsabilidad de los departamentos y municipios adoptar, difundir y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación, establecer su situación de salud y propender por su mejoramiento, atender y ejecutar los Planes de Atención Básica, los cuales deben ser elaborados con la participación de la comunidad, a través de la vigilancia control y aprobación por parte del Concejo Municipal de Seguridad Social en Salud. Es así como cada una de estas normas, además de su generalidad común tienen unos lineamientos específicos para la aplicación de cada una⁵.

La versión definitiva de la Ley 715 de 2001 incluye, importantes cambios sobre el proyecto inicial, entre los cuales se destaca especialmente el Artículo 46, que permite a los municipios descontar un porcentaje de la UPC a las Administradoras del Régimen Subsidiado para manejar los programas de promoción y prevención preferiblemente con los hospitales públicos.

Se destaca también la competencia asignada a los departamentos en Vigilancia y Control en el aseguramiento, para ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.

El artículo 46 de la Ley 100 de 1993, va a exigir una reglamentación juiciosa por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social y el Ministerio de Protección Social, debido a que resulta imposible fraccionar la atención a las personas, en manos de distintos actores, como el caso del control prenatal u otros programas de demanda inducida establecidos por la Resolución 412 del año 2000.

Es necesario separar las funciones de vigilancia y control que corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud y a las Direcciones Seccionales. Preferiblemente la Superintendencia, debe conservar la vigilancia sobre la función de aseguramiento (financiera) y los departamentos podrían concentrarse en vigilar la función de agencia, es decir, la prestación de servicios oportunos y de calidad a los afiliados en su territorio.

Se descontará de la UPC del Régimen Subsidiado el porcentaje destinado a Promoción y Prevención, recursos que administrarán los Municipios para acciones prioritaria en Salud Pública. Se exceptúan de este descuento las ARS Indígenas. En propósitos generales se tendrá como un indicador de eficiencia administrativa

⁵ Ibid.

la actualización del SISBEN. Los indicadores a tener en cuenta para la distribución de los recursos de salud pública serán:

- Número de Afiliados al Régimen Subsidiado.
- Cobertura Régimen Subsidiado frente al índice NBI municipal (Necesidades Básicas Insatisfechas), con prioridad para la asignación de recursos a los de menor cobertura.
- Población por atender, definiéndose así: durante la transición años 2002, 2003 como población total menos afiliados al Régimen Subsidiado y Contributivo, luego población pobre definida según metodología de DNP, mediante SISBEN o la metodología que se acoja, menos los afiliados al SGSSS.
- Población susceptible de vacunación.
- Población total del municipio, ajustado por Riesgos de Salud Pública definidos por el Ministerio de Salud⁶.

Las ARS, están obligadas a contratar mínimo el 40% de la UPC con los hospitales públicos del orden municipal, departamental o distrital sede del contrato, si en el municipio existen hospitales de mediana o alta complejidad deberán contratar mínimo el 50%.

Igualmente, en cuanto a los recursos para financiar el Régimen Subsidiado, en el último ítem del Artículo 42, competencias de la Nación en salud, se reduce nuevamente el aporte del presupuesto nacional para el financiamiento del Régimen Subsidiado a un 25% de lo que aporten los trabajadores del Régimen Contributivo, en contra de la jurisprudencia establecida por la Corte Constitucional, al no permitir reducir el presupuesto hasta tanto haya cobertura universal de la seguridad social en salud, por lo cual declaró inexecutable el artículo correspondiente de la Ley 344 de 1996⁷.

Finalmente cabe destacar la potestad que se otorga al Estado para controlar las inversiones y el desarrollo de IPS, tanto públicas como privadas, la organización en redes de la prestación del servicio y la consolidación de los Fondos Locales de Salud, que deben operar totalmente separados de los demás recursos del municipio y en ellos igualmente los recursos destinados al Régimen Subsidiado tampoco podrán mezclarse ni hacer unidad de caja con el resto de recursos.

En el 2002 surge la circular Número 052, la cual determina lineamientos generales para los Planes de Atención Básica Municipales, entre estos las acciones de salud pública prioritarias para el país, entre ellas:

- Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- Implementación de la política de salud sexual y reproductiva.
- Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

- Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
- Fortalecimiento del plan nacional de alimentación y nutrición e implementación de la política de seguridad alimentaria y nutricional.
- Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las políticas de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas⁸.

En cuanto a la evaluación para los planes de Atención Básica Municipales, se exige la presentación de un Plan Operativo Anual del año anterior según formatos establecidos por el Ministerio de Salud Pública incluyendo el informe de evaluación del departamento.

Además, estipulan los mecanismos por los cuales el Ministerio de Protección Social efectúa seguimiento y control a los Planes de atención Básica, entre estos están el certificado de conformación del Concejo Territorial de Seguridad en Salud, Certificado de presentación del PAB Departamental, Plan Operativo Anual.

La circular 018 de Febrero del 2004 es muy similar a la circular 052 de 2002, en cuanto a su contenido global, pero se caracteriza por retomar de manera más específica aspectos como las actividades a desarrollar dentro de las prioridades de estricto cumplimiento incluyendo algunas nuevas y fortaleciendo las ya planteadas, además es más estricta en cuanto a los indicadores de cumplimiento de cada uno de los proyectos.

⁸ Ibid.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un diagnóstico a los procesos de Planificación, Ejecución y Evaluación de los Planes de Atención Básica Municipales aplicados en diez municipios del Departamento del Huila durante el año 2004.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y analizar los mecanismos que los municipios utilizaron para realizar seguimiento al proceso de Planificación de los Planes de Atención Básica Municipales aplicados en diez municipios del Departamento del Huila durante el año 2004.
- Identificar y analizar los mecanismos que los municipios utilizaron para realizar seguimiento al proceso de Ejecución de los Planes de Atención Básica Municipales aplicados en diez municipios del Departamento del Huila durante el año 2004.
- Identificar y analizar los mecanismos que los municipios utilizaron para realizar seguimiento al proceso de Evaluación de los Planes de Atención Básica Municipales aplicados en diez municipios del Departamento del Huila durante el año 2004.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO TEÓRICO

5.1.1 Los Planes de Atención Básica

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las acciones tendientes a ello hacen parte de los diferentes planes de beneficio, pero hay uno en particular, el Plan de Atención Básica (PAB), que influye preponderantemente en el mejoramiento y mantenimiento de la salud pública en niveles que favorezcan el desarrollo.

El Plan de Atención Básica PAB, incluye aquellas acciones de salud pública mediante las cuales se busca garantizar un entorno sano, orientar y coordinar a la población para el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y brindar el conocimiento sobre el uso oportuno y adecuado de los servicios ofrecidos a través de los planes establecidos por la Ley de Seguridad Social en Salud⁹.

En el transcurso de estos trece años desde la promulgación de la ley 100 de 1993, la Nación, el Departamento y los Municipios han destinado a la ejecución de acciones planteadas en el Plan de Atención Básica, recursos cuantitativamente superiores a los que se dispusieron en cualquier otra época, sin que ello haya significado un avance efectivo en el logro de las metas de salud pública y en los niveles de bienestar.

Al contrario, se observa el resurgimiento de algunas enfermedades que se consideraban controladas, los estilos de vida de la población poco o nada se han modificado, la violencia en todas sus expresiones se ha posicionado como un problema de salud pública que aporta el mayor número de años de vida perdidos prematuramente, la morbi-mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por algunos tumores siguen en franco aumento, sin olvidar los serios problemas originados por un inadecuado manejo del ambiente y de los recursos naturales¹⁰.

El PAB tiene las siguientes características:

- Es financiado por recursos públicos,
- Es dirigido y administrado por el Estado,
- Es de cobertura universal,

⁹ Secretaria Departamental del Huila. Evaluación en Salud Pública. Documento de trabajo Plan de Atención Básica Departamento del Huila. Neiva, 2005, págs 58 – 99.

¹⁰ Ibid.

- Está enmarcado en el ámbito territorial y,
- Está compuesto por actividades, intervenciones y procedimientos¹¹.

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 la difícil situación de las condiciones de vida de la población colombiana y el empeoramiento de los perfiles epidemiológicos, los grupos de investigación dedican sus esfuerzos 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 concretos¹².

En el PAB se concede particular importancia a la Vigilancia en la Salud Pública, refiriéndose al proceso continuo y sistemático de recolección, análisis y divulgación de los datos de salud con miras a su utilización oportuna en la prevención y control de enfermedades, dejando en claro que su finalidad no es la simple construcción de información en salud, la investigación epidemiológica o la evaluación, sino esencialmente la de orientar el qué hacer en salud pública. En el SGSSS, la vigilancia es responsabilidad de las entidades territoriales, a través de las Direcciones de Salud, y en su funcionamiento deben participar todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, los otros sectores y la comunidad, articulados a través del PAB¹³.

El PAB no se encarga de aquellas acciones de protección específica, detección precoz y atención, tales como el control prenatal, los controles de crecimiento y desarrollo, la toma de citologías cérvico uterinas, la fluorización y detartraje y la vacunación con los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, entre otros, ya que estas fundamentalmente son de carácter individual y se encuentran articuladas al POS. Sin embargo compete a la Dirección Local de Salud (DLS), vigilar las coberturas de estos servicios y verificar el desarrollo de estrategias de inducción de la demanda por las ARS y EPS, para los regímenes subsidiado y contributivo, desarrollar estrategias para la orientación de las personas, hacia los servicios que ofrece el Plan Obligatorio de Salud y el seguimiento, a las acciones de diagnóstico y tratamiento requeridos según el caso¹⁴.

¹¹ Chávez G. Blanca Myriam y otros., (2004), El Plan de Atención Básica en los municipios descentralizados de Colombia 2001 – 2004, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 22 No. 2, Universidad de Antioquia, Medellín, Pags. 77 – 89.

¹² Ibid.

¹³ Lineamientos Para el Desarrollo del PAB 2004, (2004), Ministerio de Protección Social, Dirección General de Promoción y Prevención, Bogotá. Versión magnética.

¹⁴ Ibid.

5.1.2 Proceso Para La Elaboración De Los PAB Municipales

5.1.2.1 La concertación de los PAB

La concertación del Plan de Atención Básica Municipal, es un acuerdo de voluntades que debe existir entre la administración Municipal y todos los entes y comunidad que integra la organización del Municipio.

Esta concertación debe caracterizarse por la intersectorialidad y la participación comunitaria logrando así una integración tendiente a mejorar la problemática de salud pública presentada en el Municipio y debe existir desde que se inicia la formulación de los planes de atención Básica Municipales. La concertación también permite mayor coordinación entre los equipos de trabajo y comunitarios estableciendo acciones reales y acordes a las necesidades del Municipio además permite mayor compromiso por parte de los actores.

5.1.2.2 Priorización de los problemas de salud

La priorización de los problemas debe tenerse en cuenta en el momento de elaborar los Planes de Atención Básica Municipales. El tratamiento de las carencias o necesidades de un grupo involucra cuatro actividades específicas: identificación, priorización, análisis y la definición o formulación de la prioridad. El procedimiento metodológico para la identificación participativa de los problemas y sus posibles soluciones se hace mediante reuniones o asambleas en las cuales se debe convocar a: Representantes de organizaciones comunitarias del área urbana y rural, representantes de todos los sectores públicos y privados que trabajan en el Municipio, representantes de las comunidades indígenas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de usuarios, veedores comunitarios, representantes de grupos identificados en el sector salud según factores de riesgo (discapacitados, adultos mayores, diabéticos).

La Asignación de Prioridades:

Una vez concertados y analizados los problemas se procede a organizarlos de mayor a menor impacto, interés o importancia que permite la búsqueda de soluciones. Se puede tener en cuenta la siguiente matriz:

- Magnitud o frecuencia: Es el número de veces en que se presenta el evento.
- Gravedad o severidad: Hace referencia a la tasa de morbilidad o mortalidad.
- Vulnerabilidad: Hace referencia al número de eventos en un momento determinado sin distinguir casos nuevos o antiguos.
- Interés local: El problema esta contemplado en los planes de desarrollo municipales o Nacionales.
- Tendencia: Es el comportamiento histórico del evento o la enfermedad.

El puntaje se determina de 0 a 10.

5.1.2.3. Identificación de alternativas de solución y/o definición de proyectos

La identificación de las soluciones a los problemas es el resultado de las concertaciones hechas con la comunidad, se debe tener en cuenta que estas deben estar acordes con la políticas y lineamientos de la normatividad vigente.

Los proyectos deberán diseñarse teniendo en cuenta: la identificación de la población sujeto, esta es una herramienta importante para llegar de manera directa y efectiva, la identidad con los contenidos y estrategias de cada proyecto facilita la canalización de los participantes, el desarrollo de las acciones el seguimiento y la evaluación, también se deben seleccionar acciones que comprometan directamente la participación de la población que permitan mayores impactos de los contenidos del Plan de atención Básica.

5.1.2.4 Evaluación de los proyectos

La evaluación de los Proyectos PAB se realiza de acuerdo al Plan Operativo anual presentado y aprobado por el Consejo de seguridad social en salud y posteriormente la Secretaria de Salud departamental emite un concepto técnico sobre el mismo. Esta evaluación se realiza anualmente de acuerdo a las metas planteadas y a los resultados obtenidos teniendo en cuenta el indicador de evaluación, el soporte para la realización de esta evaluación se hace con base en los soportes de las actividades al igual que con los informes de los proyectos.

De acuerdo a la circular 018 de Febrero de 2004, se establecen seis proyectos prioritarios y para cada uno de ellos se plantean los indicadores y metas siguientes:

Proyecto 1: Reducción de Enfermedades Inmunoprevenibles, Prevalentes de la Infancia y Mortalidad Infantil.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
Porcentaje de menores de 1 año con esquema completo de vacunación	95% de los menores de 1 año en todos los municipios del país
Cobertura de niños y niñas de 1 año vacunados con triple viral	95% de los niños y niñas de 1 año en todos los municipios del país
Coberturas de vacunación en niños menores de cinco años con todos los biológicos	100% de los municipios del país tienen coberturas útiles de vacunación en niños menores de cinco años.
Cumplimiento de monitoreos de cobertura de vacunación realizados	100% de los municipios con 4 monitoreos en el año
Cumplimiento de búsquedas activas de polio realizados	100% de los municipios con 4 búsquedas en el año
Cumplimiento de búsquedas activas de sarampión realizados	100% de los municipios con 4 búsquedas en el año
Inventario de red de frío municipal realizado	100% de municipios con inventarios realizados
Oportunidad de la notificación de coberturas	100% municipios con notificación oportuna
Número y porcentaje de departamentos con sitio centinela para EDA ó IRA implementados	El 80% de los municipios y departamentos capacitados
Número y porcentaje de muertes por EDA / IRA analizados en comité de mortalidad	100% de las muertes analizadas y enviadas al INS
Número y porcentaje de entidades territoriales capacitados en la estrategia AIEPI.	100% de los entes capacitados en estrategia AIEPI
Número y porcentaje de establecimientos de salud que han implementado la estrategia AIEPI.	20% de los establecimientos de salud han implementado la estrategia AIEPI

Tabla 1: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 1 del PAB Municipal.

Proyecto 2: Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
Nº y Porcentaje de entidades territoriales con planes integrales en desarrollo de la Política Nacional de SSR formulados y en ejecución.	100% de las entidades territoriales con Planes Integrales de SSR formulados y en ejecución
% de IPS públicas y privadas en las que se evaluó el cumplimiento de los requisitos esenciales para la atención prenatal, parto y puerperio en su jurisdicción	El 100% de las IPS de su jurisdicción evaluadas
Nº de comités de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal establecidos y operando	El 100% de las Instituciones de salud tienen comités de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal establecidos y operando
Nº y porcentaje de muertes maternas analizadas	100% de las muertes que ocurran en la jurisdicción.
Nº de estrategias de información, educación y movilización social en SSR implementadas	70% de los municipios han implementado estrategias de información, educación y movilización social en SSR
Nº y porcentaje de IPS en las que se han implementado las normas técnicas y guías de atención en SSR	100% de las IPS de la jurisdicción
Nº y porcentaje de adolescentes cubiertos con estrategias de información, educación y movilización social en SSR	20%
Nº de adolescentes no asegurados en poblaciones en condición de desplazamiento, zonas marginales y de riesgo cubiertos con métodos de anticoncepción hormonal, de barrera y emergencia	80%
Nº de IPS que cuentan con servicios de atención integral a los/las adolescentes	20% de las IPS
Cobertura de mujeres con citología cérvico vaginal según esquema 1-1-3-	30% anual
Nº y porcentaje de gestantes incluidas en las acciones del Plan de eliminación de sífilis congénita	100% gestantes vinculadas.
Nº de IPS que cuentan con servicios de asesoría pre y postest y prueba voluntaria para VIH	20% de las IPS de 2º y 3er nivel
Nº y % de entidades territoriales que desarrollan estrategias de promoción de uso del condón	15% anual
Red de protección y apoyo social a las víctimas de la violencia y abuso sexual e intrafamiliar conformada y operando.	En el 15% de los municipios anual
Modelo de atención integral de la violencia doméstica y sexual implementado	10% de los municipios anual

Tabla 2: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 2 del PAB Municipal.

Proyecto 3: Inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente:

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
Nº y Porcentaje de municipios que disponen de Censo Sanitario Actualizado	El 100% de los municipios disponen de Censo Sanitario Actualizado.
Nº y porcentaje de municipios de categorías 4, 5 y 6 en las que se desarrollan las acciones de IVC del ambiente y control de zoonosis según normatividad vigente.	En el 100% de los municipios de categorías 4, 5 y 6 de su jurisdicción el departamento desarrolla las acciones de IVC del ambiente y control de zoonosis según normatividad vigente.
Nº de estrategias de IEC desarrolladas y evaluadas, para difusión y fortalecimiento de las acciones colectivas para la promoción de ambientes saludables, detección, prevención y control de riesgos del ambiente para la salud humana	El 70% de las entidades territoriales desarrolla y evalúa estrategias de movilización social para la promoción de ambientes saludables, detección, prevención y control de riesgos del ambiente para la salud humana
Nº y % de entidades territoriales que desarrollan proyectos intersectoriales para promoción de ambientes saludables, detección, prevención y control conjunto de riesgos del ambiente para la salud humana.	El 70% de municipios, distritos o entidades locales reportan información sobre la gestión de proyectos intersectoriales para la intervención integrada de riesgos del ambiente que afectan la salud humana

Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores (Fiebre Amarilla, Dengue, Malaria, Leishmaniasis, Chagas

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
Censo para focalización y estratificación del riesgo realizado	El 100% de los municipios y distritos con riesgo para ETV han realizado el censo para focalización y estratificación del riesgo.
Levantamiento de índices aélicos	El 100% de los municipios de categorías a riesgo han realizado medición de índices aélicos en la localidad 4 veces al año.
Mantenimiento de índice de infestación de viviendas con Aedes Aegypti en niveles de bajo riesgo	El 100% de los municipios y distritos de alto riesgo tienen índice de infestación de viviendas menor de 5%.
No y % de departamentos con sitio centinela para virus dengue implementado	El 100% de los departamentos y distritos con riesgo de dengue
No y % de departamentos con sitio centinela para virus dengue implementado	El 100% de los departamentos y distritos con riesgo de dengue
Identificación, mapeo y tratamiento de criaderos de Anopheles	El 90% de los municipios y distritos de categorías 1, 2, 3
Nº y Porcentaje de Instituciones de salud de municipios a riesgo que han implementado las guías de atención de la malaria, dengue, leishmaniasis y enfermedad de Chagas	El 100% de las Instituciones de salud de municipios a riesgo han implementado las guías de atención de la malaria, dengue, leishmaniasis, fiebre amarilla y enfermedad de Chagas

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
No y porcentaje de unidades notificadoras notificando malaria complicadas	80% de las unidades notificando malaria complicada
No y porcentaje de sitios centinelas implementados para la resistencia de drogas antimaláricas	De acuerdo a lineamientos nacionales
Nº y porcentaje de municipios que adelantan estrategias de control social de las ETV	100% de los municipios de alto riesgo
Nº y Porcentaje de estrategias de IEC sobre control de ETV implementadas.	100% de los municipios de alto riesgo han implementado estrategias de IEC sobre control de ETV.
No y porcentaje de brotes investigados	100% de los brotes notificados investigados
No y porcentaje de departamentos con unidades de entomología	100% de los departamentos con unidades de entomología conformados
Red de diagnostico de malaria fortalecida	En el 90% de los municipios y distritos de categorías 1, 2, 3 y especial a riesgo, se ha conformado la red de diagnóstico de malaria
No y porcentaje de municipios de riesgo con estudio de foco de leishmaniasis realizados	90% de los municipios de riesgo con información enviada al nivel departamental y nacional sobre el resultado del estudio de foco
No y porcentaje de municipios de riesgo con vigilancia de reservorios de leishmaniasis visceral realizados	90% de todos los municipios con información enviada al nivel departamental y nacional sobre el resultado de la vigilancia de reservorio de leishmaniasis visceral.

Prevención y control de zoonosis

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
Censos de población canina actualizados	El 90% de los municipios y distritos han actualizado el censo para focalización y estratificación del riesgo.
Cobertura de vacunación antirrábica canina	El 100% de los departamentos y distritos logran coberturas de vacunación antirrábica canina de 90%.
Nº y Porcentaje de Consejos Territoriales de Zoonosis constituidos y en funcionamiento	El 100% de los departamentos y distritos tienen constituido y en funcionamiento el Consejo Territorial de Zoonosis
Nº y Porcentaje de accidentes rábicos que reciben atención oportuna y adecuada a	El 100% de los accidentes rábicos reciben atención oportuna y adecuada
Nº y Porcentaje de animales mordedores potencialmente transmisores de rabia observados	El 100% de los animales mordedores potencialmente transmisores de rabia han sido observados

Tabla 3: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 3 del PAB Municipal.

Proyecto 4: Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
Nº y Porcentaje de entidades territoriales con Plan Territorial Intersectorial para enfermedades crónicas	El 50% de los municipios y distritos han formulado el Plan Territorial Intersectorial para Enfermedades Crónicas.
No. y porcentaje de entidades territoriales con línea de base de CAP sobre los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas construida	40% de los municipios y distritos han construido la línea de base de CAP sobre los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas.
Nº y Porcentaje de Instituciones educativas de nivel básico y superior que desarrollan la estrategia “Instituciones Educativas Libres de Humo”	El 30% de las Instituciones educativas, en cada entidad territorial, desarrollan la estrategia “Instituciones Educativas Libres de Humo”.
Nº y Porcentaje de lugares de trabajo que desarrollan la estrategia “Lugares de trabajo Libres de Humo”	El 30% de las empresas, en cada entidad territorial, desarrollan la estrategia “Lugares de trabajo Libres de Humo”.
Nº y Porcentaje de municipios que promueven la actividad física”.	El 50% de los municipios desarrollan estrategias para promover la actividad física.
Nº y Porcentaje de estrategias de IEC sobre estilos de vida saludable implementadas.	El 50% de los municipios han implementado estrategias de IEC sobre estilos de vida saludable, con énfasis en reducción del tabaquismo, promoción de la actividad física y dieta saludable (control del colesterol, sal y azúcar)

Tabla 4: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 4 del PAB Municipal.

Proyecto 5: Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e Implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional:

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
Nº y Porcentaje de entidades territoriales con Planes territoriales para la implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional implementados	En el 2004 20% de los municipios disponen de Planes Territoriales de Seguridad Alimentaria en ejecución. (Incremento de 15% anual)
Nº y Porcentaje de estrategias de IEC para promoción de la nutrición, alimentación sana y lactancia materna implementadas	En el 2004 20% de los municipios han implementado estrategias de IEC para promoción de la nutrición y alimentación sana y lactancia materna. (Incremento de 15% anual)
Equipo PAB capacitado en el manejo de las guías alimentarias para la población colombiana	100% de los equipos PAB han recibido capacitación en el manejo de las guías alimentarias para la población colombiana.
Cobertura de gestantes vinculadas que reciben suplementación con micronutrientes	50% en el primer año, con metas incrementales de 10% anual.
Cobertura de menores de 5 años vinculados de hogares de bienestar y familias en acción inscritos en programas de desparasitación y suplementación con micronutrientes	30% en el primer año, con metas incrementales de 10% anual.
Cobertura de complementación nutricional de menores de 3 años de estratos 1 y 2, no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no inscritos en otros programas de complementación nutricional.	40% de los niños en riesgo de desnutrición
Nº de IPS capacitadas en la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, IAMI	El 30% de las IPS del municipio han recibido capacitación en la estrategia IAMI
Grupos de apoyo a la lactancia materna conformados y operando	En el 30% de los municipios se han conformado y operan grupos de apoyo a la lactancia materna

Tabla 5: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 5 del PAB Municipal.

Proyecto 6: Reducción del Impacto en Salud de la Violencia e Implementación de las Políticas de Salud Mental y Reducción de la Demanda de Sustancias Psicoactivas:

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
Diagnóstico de salud mental territorial elaborado.	El 100% de los municipios y distritos han elaborado el diagnóstico de salud mental.
Plan Territorial de salud mental Reducción de la Demanda de Sustancias Psicoactivas formulado	El 80% de los municipios y distritos han formulado el Plan Territorial de Salud Mental y reducción de la demanda de sustancias psicoactivas
Red de protección y apoyo social en salud mental y reducción de la demanda de sustancias psicoactivas conformada y operando.	En el 80% de los municipios opera una red de protección y apoyo social en salud mental y reducción de la demanda de sustancias psicoactivas
Nº y Porcentaje de Instituciones educativas, que desarrollan la estrategia habilidades para vivir	El 30% de las Instituciones educativas, desarrollan la estrategia habilidades para vivir.
Nº y Porcentaje de Instituciones educativas, que desarrollan estrategias para la promoción de proyectos de vida sin drogas y la prevención del consumo.	El 30% de las Instituciones educativas, desarrollan estrategias para la promoción de proyectos de vida sin drogas y la prevención del consumo.
Nº y Porcentaje de estrategias de movilización social para la promoción de la salud mental, prevención y control de problemas y comportamientos que afectan la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas desarrolladas y evaluadas	El 50% de las entidades territoriales desarrolla y evalúa estrategias de movilización social para la promoción de la salud mental, prevención y control de problemas y comportamientos que afectan la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas

Tabla 6: Indicadores de cumplimiento y metas anuales proyecto 6 del PAB Municipal.

5.1.3 Seguimiento a Los PAB Municipales

5.1.3.1 Interventoría en los PAB Municipales

La Interventoría, obligación fijada en la ley 80 de 1993, es una responsabilidad de las entidades públicas que busca el cumplimiento de los fines estatales cuando estos se desarrollan mediante una relación contractual.

La Interventoría es el proceso de supervisión y control que deben hacer las entidades estatales sobre aquellas funciones y competencias que les asigna la normatividad vigente cuando las realizan mediante una relación contractual. Dicho

proceso tiene el propósito de verificar durante la ejecución del contrato el avance y cumplimiento de las obligaciones contraídas en términos de oportunidad, utilización de los recursos y la calidad de los bienes o servicios contratados.

De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española¹⁵, el vocablo interventor tiene la siguiente acepción: Que interviene. Comité interventor. Capacidad interventora. Persona que autoriza y fiscaliza ciertas operaciones para asegurar su corrección.

El contexto en que se utiliza la definición de interventoría en el presente documento es el siguiente:

Entidades estatales: Hace referencia a las denominadas genéricamente entidades territoriales, esto es, los departamentos, los distritos y los municipios. Generalmente ellas ejercen las funciones de interventor por intermedio de sus direcciones de salud y en éstas se delega la responsabilidad para que la realicen directamente o mediante la contratación de terceros. En el caso de los municipios donde no exista una entidad que cumpla las funciones de dirección de salud la responsabilidad de la interventoría se debe ejecutar a través de la respectiva entidad territorial en los mismos términos señalados para las direcciones de salud.

Toda entidad territorial, ya se trate de departamentos, distritos o municipios, que celebre contratos para garantizar la atención en salud de la población a su cargo está obligada a ejercer interventoría sobre ellos.

5.1.3.2 Funciones y competencias estatales de la interventoría

Son aquellas que se realizan mediante contratación para la prestación de servicios de salud incluidos normativamente en el régimen subsidiado, en las acciones de salud pública y en la prestación de servicios para la población pobre en lo no cubierto por los subsidios a la demanda.

La interventoría es una herramienta de mejoramiento continuo para los tres actores que participan en la relación contractual: la institución contratista a la que se le ejerce el proceso, el interventor, aún cuando sea interno, y la entidad territorial, contratante, cuyo propósito es mejorar la calidad de los servicios prestados a la población beneficiaria. Por lo tanto se requiere el compromiso de los tres, a fin de que no se le vea simplemente como un requisito formal al seguimiento de las obligaciones contractuales para imponer una sanción o multa.

El fin de la interventoría es verificar que las partes cumplan a cabalidad, con equidad y armonía, los términos y obligaciones pactadas en el contrato para

¹⁵ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22 ED. Madrid: Editorial Real Academia Española, 2001.

obtener servicios de salud de excelente calidad, es decir, con la oportunidad, costos y especificaciones que satisfagan las necesidades de la comunidad interesada.

La interventoría, mediante sus observaciones críticas y constructivas, contribuye a consolidar los resultados que se esperan obtener con la ejecución del contrato vigilado. Así mismo, en la medida en que ella sea efectiva, es decir, opere de acuerdo con un plan de trabajo bien formulado y utilice los medios apropiados se hace partícipe en la generación de valor agregado, lo cual significa, en el caso de los contratos para garantizar la atención en salud, creación de circunstancias que mejoran la calidad de vida de la población a cargo de las direcciones de salud.

La interventoría debe cumplir las siguientes actividades para lograr su fin: controlar, solicitar, exigir, colaborar, absolver, prevenir y verificar.

- Controlar:

Es una supervisión planeada que debe hacerse de manera permanente a todas y cada una de las obligaciones mediante las cuales se cumple el contrato, con el fin de establecer si la ejecución se ajusta a lo ofrecido por las partes.

- Solicitar:

Facultad que se materializa cuando el interventor pide al contratista oportunamente que subsane en forma inmediata algún vicio de forma o de fondo que no afecta la validez del contrato o su ejecución. Esta facultad la ejerce el interventor por ejemplo cuando solicita la imposición o improcedencia de una sanción por las razones que considere pertinentes.

- Exigir:

Al detectar que en la ejecución del contrato no se cumplen estrictamente las cláusulas pactadas el interventor tiene la obligación de exigir a la parte que ocasiona las deficiencias la satisfacción exacta de lo prometido, para el efecto emplea como medios el contenido del contrato y las garantías ofrecidas para respaldar el cumplimiento de las obligaciones.

- Colaborar:

El Diccionario de la Lengua Española¹⁶, vigésima segunda edición, 2001, define el verbo colaborar así:

Es vital superar el criterio según el cual la relación contractual entre la administración pública y los particulares genera por sí misma intereses opuestos y en consecuencia un ambiente de rivalidad. Aun cuando el propósito específico del particular sea diferente al de la administración pública el objetivo común no puede subestimarse. En el caso específico de las entidades territoriales los contratos que

¹⁶ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 22 ED. Madrid: Editorial Real Academia Española, 2001.

celebren para garantizar la atención en salud de la población a su cargo benefician a toda la comunidad, incluidos los contratistas, por lo cual debe hacérseles entender a éstos que una de las funciones del interventor es prestar la colaboración necesaria para el éxito del contrato, circunstancia que no debe confundirse con permisividad.

- Absolver:

En ocasiones los contratos se desvían de los objetivos propuestos por ausencia de comunicación entre las partes. Un errado concepto de independencia por parte del contratista o una administración desentendida sobre la ejecución del contrato pueden originar perjuicios que difícilmente se remedien. El interventor debe ser un apoyo al que se le consulte para resolver las dudas y dificultades que surjan durante la ejecución del contrato.

- Prevenir:

Debe dejar de verse a la interventoría como una función pasiva limitada a observar la ejecución del contrato para informar los errores de las partes; es más fácil evitar que ellos ocurran al tiempo que se impide el incumplimiento de las obligaciones contractuales. El interventor debe orientar las acciones preventivas hacia el contratante y el contratista.

- Verificar:

Las actividades enunciadas anteriormente no dejan de ser intenciones si la interventoría no verifica su realización. El control depende de la verificación, del examen de la ejecución del contrato para establecer su realidad. El conocimiento de esa realidad implica aplicación de correctivos, exigencia del cumplimiento de lo pactado, solución de problemas, absolución de dudas, todo ello con un criterio de colaboración que a la postre se refleje en el éxito del propósito en que se han comprometido las entidades territoriales y los contratistas

5.1.3.3 Utilidad de la interventoría en la gestión de las direcciones de salud

La interventoría es una herramienta de gestión porque le permite a la administración territorial:

- Evitar la utilización indebida de los recursos públicos por parte del contratista y en caso de que ocurra es un medio para detectarla y sancionarla.
- Hacer un seguimiento técnico, mediante la aplicación de indicadores, sobre la forma como se ejecutan los contratos.
- Monitorear el desarrollo de los procesos.
- Evaluar el cumplimiento de la normatividad vigente en la ejecución del contrato.

- Tomar los correctivos y hacer los ajustes pertinentes de manera oportuna.
- Medir oportunamente los resultados.
- Tomar decisiones relativas a la relación contractual.
- Utilizar los resultados para evaluar el impacto de las acciones realizadas por el contratista sobre el comportamiento y evolución del perfil epidemiológico de la población cubierta por los contratos.
- Evaluar el rol de la actividad objeto de interventoría en el contexto de los planes y programas de la administración territorial.

Así mismo, las entidades contratadas mejoran la eficiencia y la calidad de los servicios ofrecidos y tiene un efecto positivo indirecto sobre los proveedores de los contratistas.

No existe norma alguna que le determine a las administraciones territoriales en general, y a las direcciones de salud en particular, las herramientas e instrumentos que deben emplear para realizar la interventoría. En consecuencia se pueden crear o adaptar los papeles de trabajo, formatos y en general los medios para hacerla.

Lo importante es tener en cuenta que los instrumentos respondan a las necesidades y particularidades de la entidad territorial contratante y a las especificidades de los bienes y servicios objeto de contratación. De igual manera, es fundamental garantizar la continuidad en el uso de los instrumentos, lo cual no excluye la posibilidad de hacerles los ajustes o modificaciones necesarios para que cumplan mejor su propósito.

Los instrumentos deben posibilitar la obtención de información comprensible, útil y comparable; en este sentido la información es:

- Comprensible cuando es clara y fácil de entender.
- Útil cuando es pertinente y confiable.
- Pertinente cuando posee valor de retroalimentación, de predicción y es oportuna.
- Confiable cuando es neutral y verificable en la medida en que represente fielmente los hechos.
- Comparable cuando ha sido preparada sobre bases uniformes.

Con la interventoría las direcciones de salud reorientan los procesos administrativos hacia el cumplimiento de las funciones de inspección y vigilancia del sector salud, fijadas por las leyes 10 de 1990 y 715 de 2001.

En primer lugar, debe recordarse que las entidades territoriales mediante la celebración de contratos, cuyo objeto sea la atención en salud en sus diferentes fases, buscan garantizar a la población a su cargo el servicio público de salud en cumplimiento de las funciones y competencias asignadas en la ley. En consecuencia, no hacerles interventoría a tales contratos pone en riesgo el cabal cumplimiento de sus funciones y la correcta aplicación de los recursos públicos destinados para ello, circunstancia que se agrava por cuanto imposibilita al contratante aplicar las cláusulas extraordinarias previstas en la Ley 80 de 1993 ante la carencia de pruebas.

En segundo lugar, una vez se designe el interventor para los contratos, ya sea interno o externo, su deber, en cumplimiento de los numerales 2 y 10 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario, es el de realizar personalmente las tareas que se le confíen y responder por el uso de la autoridad que se le delegue. De no cumplir dicha obligación el servidor público responderá disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la Constitución y la Ley.

Ahora bien, en el caso específico del interventor externo es importante señalar, de conformidad con el artículo 53 de la Ley 734 de 2002, que el régimen disciplinario para los particulares se aplica a quienes cumplan labores de interventoría en los contratos estatales.

La interventoría puede ser interna, externa o mixta. La decisión de una u otra modalidad surge de la evaluación de las condiciones técnicas, logísticas y económicas de las Direcciones de Salud.

La interventoría interna es realizada por personas que estén vinculadas a la administración mediante una relación legal o reglamentaria, se trata entonces de funcionarios de la Dirección de salud. La interventoria externa la realiza un agente externo persona natural o jurídica previo proceso de selección adelantado por la entidad territorial. La interventoria mixta combina las dos anteriores: Unos aspectos los controla y evalúa la entidad territorial en tanto que el control sobre los demás los contrata con agentes externos.

En todo caso, el interventor, que representa a la entidad contratante y como tal actúa en su nombre, debe ser un controlador imparcial de la correcta aplicación de los recursos públicos.

Es necesario que la interventoría realice las evaluaciones a lo largo del proceso para efectuar un análisis continuo y comprobar que lo realizado esté acorde con

los resultados previstos o, si por el contrario se verifica que las actividades no se han ejecutado con la oportunidad o con la calidad requerida, promover los correctivos para que el contrato objeto de la interventoría se cumpla a cabalidad.

Aunque la periodicidad no está señalada por norma alguna se considera conveniente, y se recomienda, establecerla en función de la complejidad del aspecto o factor controlado. Ello implica que mientras para algunas de las obligaciones contractuales el periodo de evaluación puede ser semanal para otras bien puede ser quincenal, mensual u otro.

La existencia de diversidad de periodos para evaluar los distintos aspectos u obligaciones contractuales no significa necesariamente que cada uno de los factores examinados dé lugar a un informe individual. Los hallazgos de deficiencias e irregularidades que detecte la interventoría respecto a cada uno de tales factores pueden incluirse en el informe periódico que ella presente al contratante.

En todo caso es necesario dejar constancia en el acta de iniciación de los criterios de evaluación que se emplearán en la elaboración de los informes y de la periodicidad habitual con que éstos se le presentarán al contratante, circunstancia que no excluye la posibilidad de presentarlos en cualquier momento si los hechos lo ameritan.

Las actas y los informes, son documentos escritos mediante los cuales el interventor registra su actuación y hace constar el cumplimiento efectivo de sus funciones; constituyen la prueba de los comentarios, observaciones, críticas y recomendaciones realizadas por él durante la ejecución del contrato objeto de supervisión. Dichos documentos de igual manera son medios para garantizarle al contratista el derecho de defensa y contradicción de su actuación.

Como lo anota el autor José Eurípides Parra Parra, en el siguiente párrafo¹⁷:

“Las notas escritas dirigidas al contratista sirven de argumento probatorio, siempre y cuando sean acordes con la realidad de la ejecución en los eventos de incumplimiento grave o paralización del contrato en la declaración de la cláusula de caducidad. Así lo ha afirmado la Corte Constitucional, que se requiere de un principio básico de prueba en la aplicación de esta sanción, en el sentido de consolidar pruebas sólidas basadas en hechos reales antes de aplicar una medida de esta naturaleza. Ello sirve de principio de prueba pero complementariamente se constituye en oportunidad de controversia de parte del contratista, quien tendrá derecho a emitir su concepto en torno al llamado de atención de la administración que necesariamente deberá ir avalada con el criterio del interventor”.

¹⁷ PARRA PARRA, José Eurípides., Proceso Para La Elaboración De Los PAB Municipales, Ediciones Oficial, Bogotá, p 56-57. 2004

- Acta:

El Diccionario de La Lengua Española¹⁸, define el término Acta así: es una relación escrita de lo sucedido, tratado o acordado en una junta.

En el contexto de las responsabilidades a cargo de la interventoría significa que cada ocasión en que ella actúa, ya sea ante el contratante o el contratista, debe dejar constancia, por medio de este documento, de la fecha, lugar, hora, partes intervinientes, objeto de la reunión, constancias, observaciones, conclusiones, recomendaciones efectuadas y compromisos. Las suscriben los participantes en las reuniones de trabajo.

Entre todas las actas que se produzcan en el transcurso del contrato siempre tiene que existir una de iniciación del contrato cuyo propósito es relacionar toda la información y documentación que debe ser conocida y empleada durante la ejecución del contrato por cada una de las partes, de tal manera que se obtenga una planeación y organización respecto a las actividades de seguimiento y evaluación que se programen. Esta acta debe ser firmada por el interventor y el contratista.

En la medida que transcurre la ejecución del contrato se elaboran actas que registran el estado de avance y actividades del contrato y su contenido debe tenerse en cuenta para autorizar los pagos al contratista.

El acta de finalización del contrato se elabora al concluir la ejecución del contrato y documenta los desarrollos y resultados del contrato aceptados por el interventor.

El acta de liquidación del contrato, que debe ser firmada por el representante de la administración territorial o de la dirección territorial de salud, según el caso, por el contratista y por el interventor, debe elaborarse con posterioridad a la finalización del contrato y al acta de finalización del mismo, dentro del término que prevé la Ley 80 de 1993 para liquidar los contratos. Adicionalmente, en el acta de liquidación se relacionarán los acuerdos y conciliaciones a que lleguen las partes para poder declararse a paz y salvo.

- Informe:

El Diccionario de La Lengua Española¹⁹, define el término Informe así: descripción oral o escrita de las características y circunstancias de un suceso o asunto.

En el contexto de la interventoría el informe se elabora con base en el contenido de las actas y profundiza en las características del asunto examinado. Mientras que el acta hace referencia a los asuntos específicos que se tratan en cada reunión, el informe se produce con ocasión de cualquiera de los eventos

¹⁸ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. op. cit

¹⁹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. op. cit

relacionados con la actuación del interventor en cumplimiento de su actividad de seguimiento y evaluación de la gestión del contratista, puede referirse incluso al examen de la totalidad de las obligaciones contractuales. El informe, que debe estar soportado en hechos documentados en las respectivas actas, lo suscribe el interventor, se dirige al contratante y se remite copia al contratista.

El contenido del informe se relaciona con las actividades realizadas (reuniones efectuadas, participantes en ellas, visitas, comunicaciones enviadas, etc.), cumplimiento de actividades por parte del contratista, obtención de resultados, identificación de riesgos y desviaciones y medidas previstas para normalizar la ejecución del contrato.

En lo que respecta a las conclusiones del informe deben citarse los aspectos que merezcan destacarse como aciertos y avances o como dificultades o problemas que afecten la ejecución del contrato. Las conclusiones se basan en hechos presentes o pasados.

Las recomendaciones, que se derivan de las conclusiones del informe e indican las acciones a corregir o seguir por el contratista o la misma interventoría, se basan en hechos a ejecutar e implican un plan de acción y la revisión de lo ejecutado. En tal sentido el informe debe ser objeto de seguimiento para verificar que se han cumplido las actuaciones o soluciones recomendadas y de tales hechos debe dejarse constancia en las siguientes actas o informes. Acorde con esta circunstancia, se recomienda que la periodicidad establecida para rendirlo sea la misma establecida para efectuar los desembolsos al contratista, de esta manera esa verificación se efectúa en tiempo real.

Por otra parte, dado que la interventoría se le hace a cada contrato tanto las actas como los informes que se realicen deben ser individuales, es decir, así la entidad territorial haya suscrito varios contratos con el mismo contratista, como en el caso del régimen subsidiado, el interventor elaborará las actas y los informes para cada uno de los contratos.

5.1.4 Sistema General de Seguridad Social en Salud

El libro II de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, está dedicado al Sistema General De Seguridad Social En Salud, este va del artículo 152 hasta el 248. El Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se encuentra en el Decreto 1298 de 1994 publicado en el Diario Oficial No. 41.402 de 22 de junio de 1994²⁰.

Como preámbulo en esta ley se tiene que la Seguridad Social, es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control esta a cargo del Estado

²⁰ LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética.

y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con respecto al Sistema General de Pensiones es esencial sólo en aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones.

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son: regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención. Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente Ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la ley 9 de 1979 y la ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley²¹.

Son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

- Equidad. El SGSSS proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago.
- Obligatoriedad. La afiliación al SGSSS es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.
- Protección integral. El SGSSS brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.
- Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las EPS y las IPS-S, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios.
- Autonomía de instituciones. Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente Ley.

²¹ LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Artículo 152, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética.

- Descentralización administrativa. La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
- Participación social. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del SGSSS y del sistema en su conjunto.
- Concertación. El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, departamentales y municipales de Seguridad Social en Salud.
- Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por:

- Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:
 - Los Ministerios de Salud y Trabajo;
 - El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
 - La Superintendencia Nacional en Salud;
- Los Organismos de administración y financiación:
 - Las Entidades Promotoras de Salud;
 - Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud;
 - El Fondo de Solidaridad y Garantía.
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.
- Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente Ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.
- Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
- Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.
- Los Comités de Participación Comunitaria "COPACOS" creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud²².

5.2 MARCO SOCIAL

5.2.1 Salud Pública

Concepto que hace referencia a la protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los

²² LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Artículo 155, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética.

organismos gubernamentales. La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales:

- Fomento de la vitalidad y salud integral;
- Prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas;
- Organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y,
- Rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas²³.

La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las preocupaciones de las instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en su definición de salud el bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades.

5.2.2 Fomento de la salud

Uno de los aspectos fundamentales para alcanzar y mantener un nivel adecuado de salud en la población, es el relativo a la promoción o fomento de la salud y la prevención de la enfermedad. En tal sentido, la promoción de la salud se establece como una estrategia estructural en tanto permita el desarrollo de acciones encaminadas a la construcción de instrumentos y condiciones que faciliten el logro de dicho objetivo, dentro de un concepto dinámico de salud que supere la visión negativa de la ausencia de enfermedad, hacia una visión integral que conjugue las condiciones subjetivas (de bienestar, sentirse bien) y objetivas (capacidad de funcionar) de los individuos como integrantes de un conglomerado social, político, cultural, económico y natural que los caracteriza²⁴.

La promoción o fomento de la salud se inscribe fundamentalmente en tres campos a saber:

- El campo de las acciones colectivas que busca la transformación de las condiciones de vida. La promoción busca modificar las condiciones que influyen negativamente en las posibilidades de bienestar y desarrolla las condiciones del contexto familiar, laboral, intelectual, social y deportivo en las cuales se realiza la vida humana.
- El campo de las acciones individuales, que busca la transformación de los procesos del individuo en la toma de decisiones; para tratar de que ellas sean favorables a la calidad de vida y a las posibilidades de salud, y,

²³ Encarta, Biblioteca de Consulta Virtual, Corporation Microsoft, versión 2005.

²⁴ www.minprotecciónsocial.gov.co-salud/articulos-114d.htm

- El campo de las decisiones colectivas y de producción de decisiones sociales, cuyo sentido debe asumirse como tarea política para actuar sobre el conjunto de decisiones de la sociedad²⁵.

El PAB desarrolla la promoción o fomento de la salud, en el ámbito intrasectorial, sin embargo desarrolla acciones en este campo que son eminentemente sectoriales, tales como las de información, educación y comunicación sobre los derechos y deberes de la población dentro del SGSSS, el conocimiento de los factores protectores y factores de riesgo para la salud y el fomento de la participación social, entre otras, diseñadas con la intención de generar un impacto en la colectividad²⁶.

Este planteamiento supera la concepción que ha reducido la promoción de la salud en el PAB en muchos casos, a la charla o el taller dirigido a un pequeño grupo de personas, y obliga al diseño y ejecución de estrategias y metodologías integrales de información y comunicación acordes con la realidad cultural de cada territorialidad o grupo de riesgo que se desee impactar.

5.2.3 Prevención de enfermedades

La humanidad, permaneció impotente durante mucho tiempo en el terreno de la prevención de enfermedades, hasta que se obtuvo la prueba concluyente de la teoría del germen realizada en el último cuarto del siglo XIX, por Louis Pasteur, en Francia y Robert Koch en Alemania. Sus hallazgos en el campo de la bacteriología, llevaron a la primera revolución epidemiológica: la conquista de la enfermedad infecciosa²⁷.

La salud pública ambiental, que comprende el abastecimiento de agua potable, mejores sistemas de alcantarillado, pasteurización de la leche y el control sanitario del suministro de alimentos, dio como resultado la casi total desaparición del cólera y las fiebres tifoideas y una marcada reducción de la diarrea y la mortalidad infantil en los países industrializados.

El descubrimiento de vacunas efectivas, basadas en el desarrollo de la inmunología como ciencia, no sólo llevaron a la reciente erradicación de la viruela en todo el mundo, sino también a un notable descenso de enfermedades como la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis y el sarampión. Sin embargo, la falta de medios sanitarios apropiados todavía dificulta los esfuerzos de los países en vías de desarrollo para reducir la tasa de enfermedades gastrointestinales en niños, la principal causa de mortandad en el mundo actual. La malaria, la

²⁵ Ibid.

²⁶ Lineamientos Para el Desarrollo del PAB 2004, Ministerio de Protección Social, Dirección General de Promoción y Prevención, Bogotá. Versión magnética. 2004

²⁷ www.minprotecciónsocial.gov.co-salud/articulos-114d.htm

tuberculosis, la gripe y otras enfermedades infecciosas siguen siendo graves problemas de salud en muchos países²⁸.

El mundo se encuentra ahora, en las puertas de la segunda revolución epidemiológica: la conquista de las enfermedades no infecciosas. Estas enfermedades no sólo son la principal causa de mortandad en los países industrializados, sino que también han adquirido cada vez mayor importancia en las naciones en vías de desarrollo.

Los expertos en epidemiología han desarrollado métodos efectivos para la prevención de enfermedades cardíacas, ciertos tipos de cáncer, apoplejía, accidentes, enfermedades crónicas obstructivas del pulmón y la cirrosis hepática; la aplicación de estos métodos ha dado como resultado la espectacular reducción de los índices de mortandad.

Por ejemplo, en Estados Unidos, entre 1968 y 1978 la edad promedio de muertes por enfermedades coronarias del corazón descendió en un 25% y la edad promedio de muerte por apoplejía descendió en un 38%. Estos logros fueron posibles en parte gracias a los programas de salud pública para el control de la hipertensión y a la educación sanitaria de poblaciones con riesgo, como son las personas que comen grasas saturadas y los fumadores²⁹.

5.2.4 Cuidados médicos

En la actualidad hay en el mundo tres sistemas básicos de cuidados médicos:

- Asistencia pública,
- Seguros de enfermedad y,
- Servicios sanitarios nacionales.

El primero de ellos predomina en 108 países, que constituyen el 49% de la población mundial; están localizados en Asia, África y América Latina. Para la gran mayoría de esos países, cualquier tipo de asistencia médica disponible es suministrada por un sistema de asistencia pública para gente desfavorecida. Esto incluye los hospitales del gobierno y los centros de salud financiados a través de los impuestos. Por lo general, el sistema y sus instalaciones carecen de la financiación necesaria, atienden un excesivo número de enfermos y no cuentan con personal suficiente³⁰.

Además de dichos sistemas administrados por los departamentos de salud, pueden existir programas dirigidos por agencias de la seguridad social para empleados de oficinas o industrias. No obstante, allá donde existen estos

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

programas suelen cubrir sólo a una pequeña parte de la población. En esos países hay un pequeño estrato de terratenientes, industriales, funcionarios y profesionales (profesionistas) que hacen uso de la medicina privada y sus hospitales.

El sistema de seguros de enfermedad domina en 23 países, que representan un 18% de la población mundial. Estos países industrializados con una economía capitalista se encuentran situados en Europa occidental y Norteamérica, además de Australia, Nueva Zelanda, Japón e Israel. En algunos se combina el seguro que proporciona el Estado con el seguro que se contrata con instituciones privadas. En otros, como Canadá, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Nueva Zelanda y Noruega, toda la población se halla cubierta por el seguro médico de enfermedad proporcionado por el Estado³¹.

Aunque la mayoría de estos países financian sus programas a través de los impuestos de la seguridad social a los trabajadores y empresarios, una parte considerable del coste recae en los fondos generales del gobierno. En Canadá, Dinamarca, Islandia, Irlanda, Italia y Nueva Zelanda el programa se financia total o parcialmente con los impuestos generales. Casi todos los programas nacionales de seguro médico en los países industrializados se basan en la práctica privada de cuota por servicio prestado. Los médicos y otros profesionales de la medicina establecen contratos con el gobierno o con fundaciones médicas autorizadas para prestar sus servicios.

En países donde no existe un servicio nacional de salud, como en Estados Unidos, la asistencia médica es financiada por los seguros privados y los programas de salud del gobierno, entre ellos Medicare y Medicaid (para los ancianos y los pobres, respectivamente).

En los países en vías de desarrollo el gobierno paga sólo por los servicios de salud básicos, mientras que los servicios más especializados corren por cuenta de las clases acomodadas. Los países ricos gastan alrededor de un 8% de su producto nacional bruto (PNB) en servicios de salud; los países pobres menos de un 1% de un PNB bastante más inferior. En China están integradas la medicina moderna con la tradicional y se hace gran hincapié en la medicina preventiva. En Chile se redujo en un 40% la mortalidad infantil gracias a un programa especial de salud. En el mundo desarrollado, los problemas de financiación de la medicina se centran cada vez más en los elevados costes de la medicina de alta tecnología y en las poblaciones de edad avanzada³².

El sistema de servicios sanitarios nacionales domina en 14 países, que constituyen el 33% de la población mundial. Entre ellos hay nueve países

³¹ Ibid.

³² Ibid.

europeos, cuatro de Asia y Cuba; la mayoría de ellos son industrializados o en vías de rápida industrialización. Los servicios sanitarios nacionales cubren a toda la población. La financiación recae casi siempre en los fondos generales del gobierno y los servicios son proporcionados por médicos y personal médico asalariado que trabajan en los hospitales y centros de salud dependientes del Estado. Casi todos los servicios se imparten de una manera gratuita y la administración está unificada a través de los departamentos de salud. La integración regional de los medios e instalaciones, casi imposible bajo un sistema de programas de seguros de enfermedad, es uno de los logros importantes de los servicios sanitarios nacionales³³.

La tendencia mundial apunta a un servicio nacional de salud. Por ejemplo, entre las naciones industriales capitalistas, Gran Bretaña fue la primera que estableció dicho servicio en 1948. El sistema cubre a toda la población. Los especialistas de los hospitales son empleados del gobierno, pero los dedicados a la medicina general todavía no son asalariados que trabajen en centros de salud de la comunidad. En su lugar, lo hacen por su cuenta o en pequeñas asociaciones, por lo general en sus propias consultas, y sólo mantienen una relación contractual con el gobierno³⁴.

En los países en vías de desarrollo la transición hacia un servicio de salud nacional está siendo facilitada por el hecho de que, tanto la asistencia pública, como los sistemas de salud de la seguridad social de esos países se han desarrollado en hospitales y clínicas estatales donde trabajan médicos contratados. Costa Rica, por ejemplo, avanza hacia la fusión de los dos sistemas para formar un servicio sanitario nacional completo.

5.2.5 La salud en Colombia

Los niveles de salud pública y bienestar social mejoran cada día y poco a poco en Colombia, a pesar de que el número de médicos es aún insuficiente (uno por cada 1.090 habitantes). La mayor parte de los médicos del país trabaja en las grandes ciudades. Colombia cuenta con casi 750 hospitales y 860 centros de salud. La esperanza de vida es de 67,6 años para los hombres y de 75,4 años para las mujeres (según estimaciones para 2004)³⁵.

La malaria y la fiebre amarilla son aún enfermedades endémicas en algunas zonas del país. La mayor parte de los trabajadores industriales cuenta con un sistema de Seguridad Social que prevé servicios de asistencia a la maternidad y dentales, seguros contra accidentes, pagos por compensación y discapacidad a los

³³ Ibid.

³⁴ Ibid.

³⁵ Encarta, Biblioteca de Consulta Virtual, Corporation Microsoft, versión 2005.

trabajadores y pensiones de jubilación. El sistema de la salud, se financia por medio de las contribuciones de patronos, trabajadores y gobierno³⁶.

5.2.6 La salud en el Huila

La máxima entidad encargada de vigilar y orientar la salud en el departamento y como sucede en las demás regiones del país, es la Secretaría de Salud Departamental. La misión de esta entidad es dirigir, coordinar, evaluar y controlar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento, para garantizar de manera efectiva el derecho de los habitantes a la seguridad social en salud e impulsar la obtención de un mejor nivel de bienestar y progreso integral a la población huilense.

El objetivo principal de esta entidad es fortalecer las bases o condiciones para el acceso de la población del Departamento al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la Salud Pública.

De igual manera, debe organizar, articular e implementar y monitorear la Red Prestadora de Servicios de Salud del Departamento, garantizar la inspección, vigilancia y control de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Departamento, fortalecer las acciones de monitoreo y seguimiento sobre el desarrollo de los Sistemas municipales de Seguridad Social en Salud y los de salud pública, como también, articular la formulación e implementación de los planes de atención básica municipales con el Plan de Atención Básica Departamental³⁷.

En el 2004 el Departamento del Huila, la situación en salud continua presentando igual tendencia que los años inmediatamente anteriores, se tiene un alto riesgo de enfermar y morir por causas externas, causando gran preocupación la alta tasa de mortalidad por suicidio y de lesiones en transito, eventos relacionados directamente con el comportamiento de los huilenses; las infecciones respiratorias como las otitis, faringitis, laringotraqueitis, bronquiolitis, bronconeumonías y neumonías en la población de menores de cinco años causan un gran daño y un elevado número de consultas y hospitalización³⁸.

Las enfermedades de origen hídrico como la Enfermedad diarreica aguda, el parasitismo intestinal tienen una alta incidencia quizás debido a las condiciones precarias de saneamiento básico que maneja especialmente la zona rural del departamento; las enfermedades de transmisión vectorial tienen especial importancia por el aumento de las mismas, como es el caso de la Leishmaniasis, el Dengue, debido a las condiciones climáticas, geográficas, epidemiológicas y de

³⁶ Ibid.

³⁷ <http://www.gobernaciondelhuila-secretariadesalud1-2.htm>

³⁸ Ibid,

desplazamiento de la población por el conflicto armado, las enfermedades crónicas y degenerativas como la hipertensión, la diabetes y el cáncer van en aumento, lo cual amerita un proceso de investigación de estas enfermedades que lleven a identificar factores de riesgo y nos sirvan para planear intervenciones de impacto³⁹.

El sistema integral de información en salud todavía continúa con deficiencias, especialmente en procesos de registro, codificación y flujo de la información de las enfermedades y eventos de interés, los procesos de vigilancia de los eventos son precarios, no se les ha dado la importancia que tienen y además no se realiza el análisis y la divulgación de la misma.

La caracterización de espacios saludables y el monitoreo de sus condiciones se consideran elementos esenciales para orientar los esfuerzos dirigidos hacia la reducción de las desigualdades en salud, por medio de mayor atención y promoción en salud. Para hacer más eficiente el proceso de toma de decisiones en áreas que requieren dichos esfuerzos se ha sugerido el mejoramiento del sistema de información a través de las diversas dimensiones que contempla el desarrollo en salud⁴⁰.

El diagnóstico de la situación de salud se define como el proceso sistemático y organizado de reconocimiento de los problemas de salud que afectan el bienestar de la población, las formas de vida que protegen la salud o la deterioran, así como la respuesta individual, grupal y social frente a dicha problemática.

El diagnóstico de Salud del Departamento del Huila ha sido una de las herramientas fundamentales para conocer la situación y necesidades de la población, en todos los aspectos que inciden la salud de ésta, cuyo concepto trasciende la ausencia de enfermedad y por ende incluye elementos como el ambiente, la recreación, el empleo, condiciones de vida entre otros.

De ésta manera el perfil epidemiológico se ha constituido en una herramienta de gran valor para la planeación en todas las instancias del sistema de salud; éste diagnóstico se ha realizado con el fin de nutrir tanto a los prestadores de servicios de salud públicos y privados como los agentes políticos y técnicos, haciendo más fácil la toma de decisiones en lo referente a la definición de políticas y a la asignación de recursos⁴¹.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid.

5.3 MARCO CONCEPTUAL

5.3.1 La enfermedad

Cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran⁴².

La comprensión de las enfermedades depende de una descripción clara de los síntomas, los cuales son manifestaciones de los procesos vitales alterados. Pueden variar desde relatos subjetivos de dolor, como cefalea o dolor de espalda, a hechos objetivos, como inflamación o erupción. Los síntomas generales consisten en cambios en la temperatura corporal (como fiebre), fatiga, pérdida o aumento de peso, y dolor o hipersensibilidad de los músculos u órganos internos⁴³.

Un estudio más profundo puede poner de manifiesto procesos tales como la presencia de microorganismos patógenos, que se detectan mediante el cultivo en medios con nutrientes especiales; fracturas óseas que se descubren a través de la exploración radiológica; la existencia de cambios en la composición de las células de la sangre; o la observación al microscopio de un crecimiento de células cancerosas en un tejido extirpado quirúrgicamente.

Con el aumento del uso de las pruebas de laboratorio en las exploraciones físicas de rutina que se realizan a personas aparentemente sanas, los médicos diagnostican cada vez con más frecuencia enfermedades que carecían de síntomas manifiestos para el paciente. Por ejemplo, la hipertensión se puede detectar en fases precoces antes de que produzca lesiones importantes en el corazón o en los vasos sanguíneos. Otro tipo de patología que se detecta en alrededor del 10% de todas las personas exploradas, y que por lo general no produce síntomas, es el prolapso de la válvula mitral, en el cual una válvula del corazón no funciona adecuadamente⁴⁴.

En apariencia por ejemplo, la mayor parte de las personas con un prolapso de la válvula mitral están sanas, pero en algunas ocasiones esta patología puede ser una manifestación en el seno de una enfermedad autoinmune. El desarrollo y el aumento del empleo de pruebas cada vez más sensibles plantea la necesidad de hacer un uso más cuidadoso del término enfermedad.

⁴² Encarta, Biblioteca de Consulta Virtual, Corporation Microsoft, versión 2005.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

5.3.2 Prevención

Especialidad del área médica que fomenta la salud y previene la enfermedad. A finales del siglo XX, adquirió importancia conforme la sanidad pública se preocupaba respecto al aumento de los costes de la atención sanitaria. Las medidas que adoptan los sistemas médicos de prevención, se dirigen a colectividades o a individuos⁴⁵.

En los países desarrollados por ejemplo, casi todas las escuelas exigen que antes de comenzar las clases los estudiantes hayan sido vacunados frente a ciertas enfermedades. La mayoría de las vacunas se aplican mediante inyecciones, aunque algunas son orales como la vacuna de Sabin contra la poliomielitis desarrollada a mediados de la década de 1950. Las vacunas protegen el organismo a largo plazo al ayudar a crear anticuerpos nuevos al entrar en contacto el sistema inmunológico de la persona con el agente completo o fraccionado causante de la enfermedad, u ofrecen una protección más transitoria al proporcionar al organismo anticuerpos activos.

Desde el punto de vista histórico, las primeras estrategias preventivas estaban basadas en el hallazgo de que muchas enfermedades se transmiten por microorganismos, y en que esta transmisión se puede impedir adoptando medidas de higiene pública como el establecimiento de cuarentenas, la inhumación de los muertos y la creación de sistemas de alcantarillado. El avance más importante fue el descubrimiento de que la inmunización protege a la mayoría de la población contra muchas enfermedades infecciosas⁴⁶.

La prevención se ocupa también de las enfermedades crónicas, y ha desarrollado medidas como los programas de detección selectiva para poder identificar a quienes sufran presión arterial elevada o cáncer cervical o de mama. Por desgracia la detección selectiva del cáncer de pulmón no ha proporcionado buenos resultados.

Los gobiernos han tratado de prevenir enfermedades mediante la aplicación de normas que velan por la pureza del aire y del agua, y la prohibición del empleo de aditivos alimentarios que producen cáncer en los animales. También han fomentado la seguridad en el trabajo, reduciendo, por ejemplo, los riesgos de accidente y limitando la exposición de los trabajadores a sustancias químicas y radiaciones peligrosas.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

5.3.3 Promoción

Esta extensa área del fomento de la salud representa en cierto sentido un redescubrimiento de antiguos conceptos. Hace nada menos que 3.000 años antes de la era cristiana, algunas ciudades del subcontinente indio habían desarrollado ya programas de higiene y salud ambiental como la provisión de baños públicos y sistemas de desagüe subterráneos⁴⁷.

Los aspectos esenciales de la salud estaban incorporados a las actividades de la vida diaria, entre ellos, la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento de enfermedades y dolencias menores. Hacia el año 1400 a.C., la llamada ciencia de la vida, o Ayurveda, se destacó por el cuidado completo de la salud a través de la educación y promoción de la misma, aunque también realizó avances en el campo de la cirugía y la medicina curativa⁴⁸.

Esta tradición alcanzó también gran desarrollo en la Grecia y Roma antiguas y ha persistido hasta la actualidad, pero quedó relegada durante el siglo XX debido a los grandes avances realizados en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Sólo en las últimas décadas ha resurgido el interés por la salud integral.

Esto se puede comprobar, por los resultados de las investigaciones realizadas sobre el efecto de la malnutrición de mujeres embarazadas en el desarrollo físico y mental de sus hijos y, la investigación sobre los efectos de los suplementos dietéticos en la mejora de la salud y la vitalidad en las poblaciones desnutridas; por los estudios de los niveles óptimos de temperatura y otras condiciones ambientales que afectan al bienestar humano y a la capacidad de rendimiento; y por la aceptación general del valor del ejercicio físico para alcanzar un estado integral de salud y bienestar⁴⁹.

5.3.4 Salud mental

Es el estado que se caracteriza por el bienestar psíquico y la autoaceptación. Desde una perspectiva clínica, la salud mental es la ausencia de enfermedades mentales.

La preocupación por las enfermedades mentales ha existido siempre en mayor o menor medida, pero el desarrollo de tratamientos médicos data de mediados del siglo XVIII, cuando eminentes reformistas, como el médico francés Philippe Pinel o el estadounidense Benjamin Rusht, introdujeron este tipo de tratamientos como alternativos a los tratos inhumanos que hasta entonces habían prevalecido. A

⁴⁷ Encarta, Biblioteca de Consulta Virtual, Corporation Microsoft, versión 2005.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Ibid.

pesar de estas reformas, la mayoría de estos enfermos continuaron en cárceles y asilos, incluso en el siglo XIX⁵⁰.

Según estimaciones publicadas en octubre de 2004 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 495 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico. Sin embargo, ello no implica que estas personas estén dispuestas a recibir tratamiento y de hecho muchas de ellas nunca acuden a un profesional⁵¹.

En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social.

5.3.5 Salud sexual y reproductiva

De forma amplia, se refiere a toda buena práctica y cuidado sobre el proceso y las consecuencias de la actividad sexual, presentada en todas las etapas de la vida. Hoy, la salud sexual hace referencia en gran medida a los temas incorporados al currículo sobre este tipo de enseñanza en las escuelas primarias y secundarias, en general como parte de la materia o asignatura 'ciencias de la naturaleza'⁵².

Históricamente, la tarea de instruir a los adolescentes principalmente sobre la salud sexual ha sido responsabilidad de los padres. Sin embargo, la comunicación paterno/filial en materia sexual puede estar mediatizada por las inhibiciones de los padres o por las diferentes tensiones entre ambas generaciones. Está demostrado, que una gran mayoría de niños no reciben ninguna información sobre salud sexual por parte de los padres.

A finales del siglo XIX, los esfuerzos realizados por los educadores y los trabajadores sociales para complementar la instrucción dada por los padres, provocó que ésta se denominara de forma solapada y eufemística 'higiene social', información biológica y médica sobre la reproducción sexual y las enfermedades venéreas. Al concluir la II Guerra Mundial, sin embargo, la mayor flexibilidad de las normas sociales respecto a la actividad sexual, así como la numerosa información ofrecida a los niños a través de los medios de comunicación, generó la creación de programas de educación sexual más sofisticados y explícitos, a pesar de las opiniones contrarias de la mayoría⁵³.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Ibid.

⁵² Encarta, Biblioteca de Consulta Virtual, Corporation Microsoft, versión 2005.

⁵³ Ibid.

La variedad de temas investigados y discutidos como parte de la salud sexual, comprenden: el proceso físico de la reproducción humana, la función de los órganos sexuales del hombre y la mujer (aparatos reproductores), el origen, contagio y efectos de las enfermedades de transmisión sexual, los roles y estructuras de la familia, la ética de las relaciones sexuales, las causas y consecuencias emocionales y psicológicas del sexo (como la sexualidad prematura, entre otras), el matrimonio y la paternidad⁵⁴.

Aunque muchos padres reconocen la importancia del tema de la salud sexual y reproductiva y de su aplicación en espacios como las escuelas e incluso el trabajo mismo, en la práctica siempre han habido opiniones en contra, ya que algunos de ellos rechazan la divulgación de la salud y de la educación sexual, por razones religiosas o morales.

5.3.6 Nutrición

La nutrición humana, es la ciencia que estudia los nutrientes y otras sustancias alimenticias, y la forma en que el cuerpo las asimila. Sólo es posible tener una idea aproximada de los complejos procesos que los nutrientes experimentan dentro del cuerpo: cómo se influyen, cómo se descomponen para liberarse en forma de energía y cómo son transportados y utilizados para reconstruir infinitos tejidos especializados y mantener el estado general de salud del individuo⁵⁵.

No obstante, es preciso tomar decisiones importantes con respecto a la nutrición que incidan en la salud de grupos tales como niños y ancianos, y de poblaciones enteras que sufren de malnutrición. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y algunos países están dando indicaciones precisas en cuanto a los nutrientes que sirven de guía para conseguir una dieta equilibrada.

5.4 MARCO LEGAL

5.4.1 Constitución Política de 1991

Una constitución, es la ley fundamental, escrita o no, de un Estado soberano, establecida o aceptada como guía para su gobernación. La constitución fija los límites y define las relaciones entre los poderes legislativo, ejecutivo y judicial del Estado, estableciendo así las bases para su gobierno. También garantiza al pueblo determinados derechos. La mayoría de los países tienen una constitución escrita. La de Gran Bretaña, encarnada en numerosos documentos (por ejemplo, la Carta Magna) y el derecho consuetudinario que definen las relaciones de los

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

ciudadanos con la Corona, el Parlamento y los tribunales, no está escrita, pese a que, en muchas ocasiones, se ha postulado su redacción para que Gran Bretaña disponga de un texto análogo al de la gran mayoría de estados⁵⁶.

Las constituciones pueden clasificarse mediante varios criterios: si están protegidas contra enmiendas (constituciones blindadas), si presentan una clara separación de poderes, si las disposiciones pueden ponerse en vigor mediante revisión de la actuación del ejecutivo o del legislativo, si establecen un Estado unitario o federado, etc. Las constituciones escritas están asociadas históricamente al liberalismo político y a la Ilustración.

La Constitución que rige en la actualidad a Colombia es la de 1991, promulgada el 4 de julio del mismo año, expedida por la Asamblea Nacional Constituyente convocada en plebiscito del 9 de diciembre de 1990. Está integrada por un Preámbulo, 13 Títulos, 49 Capítulos y 380 Artículos.

En su orden los artículos que dentro de la Constitución Política de Colombia, se relacionan o interpretan el tema aquí tratado, son los siguientes:

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

⁵⁶ Encarta, versión 2006, Biblioteca de Consulta Virtual, 1993-2005 Microsoft Corporation.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Artículo 64. Es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa, y a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de los productos, asistencia técnica y empresarial, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos.

5.4.2 Ley 100 de 1993

Con la ley 100 de 1993 se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Se debe entender el Sistema General de Seguridad Social en Salud como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que tienen como función esencial velar porque los habitantes del territorio nacional obtengan:

- El aseguramiento de sus riesgos en salud;
- El acceso equitativo a un paquete mínimo de servicios de salud de calidad, y
- Los beneficios de la promoción y protección de la salud pública. En el desarrollo de este servicio público deberán adelantarse actividades de fomento de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad⁵⁷.

De lo cual se deduce, que todos los habitantes del territorio nacional tienen el derecho de pertenecer y beneficiarse de este sistema de seguridad social integral, pues se afirma que “Forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, todas las personas y entidades públicas, privadas o de cualquier naturaleza, que adelanten actividades de aseguramiento de riesgos de salud, prestación de servicios de salud, y promoción y protección de la salud pública bajo cualquier modalidad, como también, en lo pertinente, entidades de otros sectores que realizan procesos y actividades similares a las descritas, o conexas con estas...”⁵⁸.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, existen dos clases de afiliados. Uno de estos son las personas afiliadas al Sistema mediante el régimen contributivo vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley⁵⁹.

⁵⁷ LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Artículo 1, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética.

⁵⁸ LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Artículo 1, parágrafo, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética

⁵⁹ LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Capítulo II, Artículo 157, parágrafo, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética

La otra clase de afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen⁶⁰, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago⁶¹.

Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

- Equidad...
- Obligatoriedad...
- Protección integral.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud brinda atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud.

- Libre escogencia...⁶²

El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías...⁶³.

Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales

⁶⁰ Hansen o Lepra, enfermedad infecciosa crónica de humanos que afecta a la piel, membranas mucosas y nervios. Causada por un bacilo con forma de bastón, *Mycobacterium leprae*, similar al bacilo de la tuberculosis. Identificado en 1874 por el médico noruego Gerhard Armauer Hansen.

⁶¹ Ibid.

⁶² LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Artículo 153, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética

⁶³ LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Artículo 162, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética

fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos...⁶⁴.

El artículo que dentro de esta Ley, da origen y fundamento al PAB es el siguiente:

Artículo 165. Atención Básica. El Ministerio de Salud definirá un Plan de Atención Básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria⁶⁵.

Continúa este artículo afirmando que, la prestación del Plan de Atención Básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

5.4.3 Resolución 4288 de 1996

Resolución expida el 20 de noviembre de 1996, por el Ministerio de Salud y por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones, en uso de las facultades legales de este ministerio, especialmente las conferidas por el Artículo 165 de la Ley 100 de 1993⁶⁶.

La resolución está formada por 29 artículos y cinco capítulos así:

- Capítulo I, sobre aspectos generales, con siete artículos.
- Capítulo II, sobre competencias municipales y distritales en el PAB, con siete artículos.
- Capítulo III, sobre competencias departamentales en el PAB, con dos artículos.
- Capítulo IV, sobre competencias nacionales en el PAB, con cinco artículos y,
- Capítulo V, sobre administración del PAB, con ocho artículos.

Dentro de esta resolución, se incluyen para el PAB aquellas acciones de salud pública, mediante las cuales se busca garantizar un entorno sano, orientar y coordinar a la población para el mantenimiento de la salud, la prevención de la

⁶⁴ LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Artículo 179, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética

⁶⁵ LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Artículo 165, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética

⁶⁶ Resolución 4288 de 20 de noviembre de 1996, preámbulo, Ministerio de Salud, versión magnética.

enfermedad y brindar el conocimiento sobre el uso oportuno y adecuado de los otros planes de atención. En la determinación de dichas acciones se tienen en cuenta los siguientes criterios:

- a) El cumplimiento de metas de salud pública nacional y/o territorial.
- b) Impacto sobre las causas de enfermedad o muerte que representen una mayor pérdida de años de vida saludables o que son de alto riesgo para la colectividad.
- c) Que generen externalidades positivas; es decir un alto beneficio social.
- d) Altamente costo-efectivas.
- e) Focalizadas hacia las necesidades de la población más vulnerable⁶⁷.

Desde las acciones y competencias en el PAB a nivel Departamental. Las Direcciones Departamentales de Salud, tendrán las siguientes competencias en relación con el PAB:

- a) Elaborar un PAB departamental concertado con cada uno de los municipios de su jurisdicción, que contenga las acciones no incluidas en los PAB Distritales o municipales, concertando con cada uno de los municipios involucrados.
- b) Garantizar la distribución del situado fiscal destinado a promoción y prevención a los municipios no descentralizados de su jurisdicción, de acuerdo los criterios establecido en la presente resolución.
- c) Complementar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control contenidas en el PAB municipal, que excedan la capacidad resolutive de los municipios.
- d) Brindar asistencia técnica, evaluar y supervisar los PAB municipales.
- e) Vigilar y controlar el expendio y la distribución de los medicamentos y sustancias químicas potencialmente tóxicas.
- f) Garantizar la realización de las acciones de los Laboratorios de Salud Pública, de conformidad con la reglamentación que el Ministerio de Salud expida para este fin.
- g) Las demás que determine el Ministerio de Salud⁶⁸.

Se propone además que, es función de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS), recomendar ante la Dirección de Salud de su respectivo Departamento, Distrito o Municipio, la adecuación y alcance del PAB en su territorio, con base en la situación epidemiológica, el desarrollo de las entidades territoriales, la afiliación al SGSSS, las políticas y programas de salud, y las necesidades de la población⁶⁹.

Se deja claro en esta resolución, que el Ministerio de Salud y las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud, evaluarán la cobertura y los

⁶⁷ Resolución 4288 de 20 de noviembre de 1996, Ministerio de Salud, versión magnética.

⁶⁸ Resolución 4288 de 20 de noviembre de 1996, artículo 15, Ministerio de Salud, versión magnética.

⁶⁹ Resolución 4288 de 20 de noviembre de 1996, artículo 16, Ministerio de Salud, versión magnética.

costos de cada una de las acciones del PAB de su respectiva jurisdicción, en marzo y septiembre de cada año⁷⁰.

La financiación del PAB será garantizada por los recursos fiscales del gobierno nacional, complementada con recursos de los entes territoriales, provenientes de las siguientes fuentes principales:

- a) Las partidas que se le asignen a los programas nacionales en el presupuesto nacional a través del Ministerio de Salud, INVIMA, INS y Superintendencia Nacional de Salud.
- b) Los recursos asignados para cofinanciación por el Fondo de Inversión Social (FIS), para programas de promoción y prevención.
- c) Los cinco puntos porcentuales destinados a promoción y prevención que debe asignar cada entidad territorial, como mínimo, del monto total del situado fiscal en salud.
- d) Los recursos propios que los departamentos, distritos y municipios asignen a las acciones del Plan de Atención Básica-PAB-.
- e) Los recursos que los municipios y distritos asignen con cargo de los 10 puntos de las participaciones municipales en los ingresos corrientes de la nación, de destinación especial para salud.
- f) Los recursos que se designen de los 20 puntos de las participaciones de los municipios en los ingresos corrientes de la nación, destinados para agua potable y saneamiento básico.
- g) Recursos de cooperación internacional, particulares, organizaciones no gubernamentales y otras fuentes que el municipio, distrito, departamento o nación destinen para este fin⁷¹.

5.4.4 Ley 715 de 2001

La ley 715 del 21 de diciembre de 2001, es la ley por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud en Colombia.

En esta ley se plantea que el Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en la presente ley⁷².

En esta ley se tratan además las competencias y disposiciones legales que tienen los departamentos frente al tema de la salud. Aquí se establece que corresponde a los departamentos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General

⁷⁰ Resolución 4288 de 20 de noviembre de 1996, artículo 23, Ministerio de Salud, versión magnética.

⁷¹ Resolución 4288 de 20 de noviembre de 1996, artículo 24, Ministerio de Salud, versión magnética.

⁷² LEY 715 del 21 de diciembre de 2001, Artículo 1, versión magnética.

de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia⁷³.

Para que los departamentos puedan dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, se le asignan unas concretas y variadas funciones entre las que se encuentra formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional; así como también adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas⁷⁴.

La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción⁷⁵.

Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones⁷⁶.

Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria⁷⁷.

5.4.5 Circular 052 de 2002

La circular externa nro. 052, es creada por el Ministro de Trabajo encargado de las funciones del despacho del Ministro de Salud, 12 de diciembre de 2002, dirigida a: Gobernadores, Alcaldes, Directores Departamentales, Distritales y Municipales de Salud y Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

⁷³ LEY 715 del 21 de diciembre de 2001, Artículo 2, versión magnética.

⁷⁴ LEY 715 del 21 de diciembre de 2001, Artículo 43, numeral 1.1 y 1.2, versión magnética.

⁷⁵ LEY 715 del 21 de diciembre de 2001, Artículo 46, versión magnética.

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Ibid.

La circular está dedicada a tratar el asunto de los nuevos lineamientos para la ejecución de los recursos asignados para salud pública en el 2003 y de las acciones de estricto cumplimiento del PAB⁷⁸.

En este documento se aclara que corresponde a la Nación definir las prioridades en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB), que los departamentos, distritos y municipios cuentan con PAB, articulados a los Planes Sectoriales de Salud y a los Planes de Desarrollo correspondientes, adoptados para el periodo 2001-2003, y que mientras se expide la respectiva reglamentación, es preciso impartir directrices a las entidades territoriales para ajustar los contenidos de los PAB de conformidad con las prioridades que el gobierno nacional defina en materia de salud pública y para la ejecución de los recursos que asignen para salud pública⁷⁹.

Contiene once orientaciones y temas cuyos títulos son los siguientes:

- Acciones de salud pública prioritarias para el país.
- Acciones de estricto cumplimiento de los PAB.
- Administración de los recursos de salud pública.
- Conceptos de gasto con los recursos destinados para salud pública.
- Destinación de los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones.
- Destinación de los recursos transferidos para programas especiales de salud pública.
- Recursos de salud pública no ejecutados a 31 de diciembre de 2002.
- Formulación del plan operativo anual del PAB.
- Concertación del PAB con grupos étnicos:
- Evaluación del PAB.
- Inicio de la ejecución de las acciones de promoción y prevención del POS-S delegadas a las entidades territoriales⁸⁰.

5.4.6 Circular 018 de 2004

El 18 de Febrero de 2004, el Ministerio de la Protección Social publica la Circular Externa N° 0018, dirigida a Gobernadores, Alcaldes, Directores Departamentales, Distritales Y Municipales De Salud, Consejos Territoriales De Seguridad Social En Salud, para definir el asunto de los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004 – 2007 y sobre los recursos asignados para salud pública.

⁷⁸ Ministerio de Trabajo y Salud, República de Colombia, Circular Externa 0052 de 12 de diciembre de 2002, versión magnética.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid.

En desarrollo de las competencias consagradas en las Leyes 100 de 1993 y 715 de 2001 y de las facultades contenidas en el Decreto 205 de 2003, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sector Salud, en función de proteger la salud de la población, garantizar el logro de las metas nacionales de salud pública y focalizar la inversión de los recursos en las prioridades en salud pública, imparte en esta circular algunas instrucciones de obligatorio cumplimiento⁸¹.

En este documento, se aclara que corresponde a la Nación definir las prioridades en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB), así como definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud⁸².

De igual manera, se afirma que es responsabilidad de los departamentos, distritos y municipios adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación, establecer su situación de salud y propender por su mejoramiento y formular y ejecutar los Planes de Atención Básica en su jurisdicción. El Plan de Atención Básica debe ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y articularse a los Planes Sectoriales de Salud y a los Planes de Desarrollo correspondientes⁸³.

Desde las anteriores consideraciones, el Ministerio de la Protección Social, imparte en esta circular trece instrucciones relacionadas con los siguientes temas:

1. Acciones de salud pública prioritarias para el país.- De conformidad con lo establecido en el numeral 12 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, aquí se definen las siguientes prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública:

- a) Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- b) Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.
- c) Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.
- d) Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
- e) Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

⁸¹ Ministerio de Protección Social, Circular Externa N°. 0018, Febrero 18 de 2004, versión mnagnética

⁸² Ibid.

⁸³ Ibid.

f) Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas⁸⁴.

2. Acciones de estricto cumplimiento de los Planes de Atención Básica.- Para el logro de los objetivos propuestos en las prioridades de salud pública definidas para el país, es de estricto cumplimiento incorporar en los Planes de Atención Básica departamentales, distritales y municipales las acciones, metas e indicadores descritas en el anexo técnico que forma parte integral de la presente circular.

3. Administración de los recursos de salud pública.- Los recursos asignados para salud pública, se deben manejar en una subcuenta presupuestal de los fondos departamentales, distritales o municipales de salud, denominada “Subcuenta de Salud Pública”⁸⁵.

4. Recursos de salud pública no ejecutados a 31 de diciembre.- Los saldos presupuestales no comprometidos de las vigencias anteriores, los recursos que se liberen por la liquidación de los convenios o contratos, y los rendimientos financieros que se hayan generado durante estas vigencias, deberán incorporarse al presupuesto de la vigencia siguiente en la subcuenta de salud pública del Fondo de Salud de la entidad territorial y programarse y ejecutarse de conformidad con lo previsto en la presente circular.

5. Destinación de los recursos de salud pública del SGP y las transferencias nacionales.- Las transferencias nacionales para el control de las enfermedades transmitidas por vectores y el control de la tuberculosis y la lepra, son de destinación específica para el desarrollo de las actividades de prevención y control de dichas enfermedades⁸⁶.

6. Conceptos de gasto de los recursos de salud pública del SGP y las transferencias nacionales.- Con los recursos de que trata el numeral anterior, se podrán financiar los gastos necesarios para el cumplimiento de las funciones técnicas y operativas exclusivas de salud pública.

7. Contratación de las actividades de salud pública.- De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley 715 de 2001, las acciones de salud pública previstas en la presente circular que no puedan ser realizadas directamente por la Dirección de Salud Territorial, se contratarán prioritariamente con las IPS públicas, vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa, siempre y cuando éstas cumplan las condiciones del Sistema Único de Garantía de Calidad.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Ibid.

8. Organización institucional para el cumplimiento de las competencias en salud pública. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley 715 de 2001, los Alcaldes y Gobernadores deberán adecuar y orientar su estructura administrativa, técnica y de gestión, con el propósito de garantizar el óptimo cumplimiento de sus competencias en salud pública y mejorar la eficiencia de su gestión en función de los recursos asignados, infraestructura y talento humano disponible⁸⁷.

9. Formulación del plan estratégico del pab 2004 – 2007 y de los planes operativos anuales del PAB. Es responsabilidad de los alcaldes de los municipios y distritos y de los gobernadores formular el Plan Estratégico del PAB para las vigencias 2004 – 2007, en el que se definan los objetivos para el periodo y los resultados esperados para cada año en el logro de las metas en salud pública definidas por la Nación y el cumplimiento de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.

10. Aprobación de los planes estratégicos y operativos del PAB. En cumplimiento de lo establecido en el Artículo 46 de la Ley 715 de 2001, corresponde a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, dirigir la elaboración del Plan de Atención Básica en su jurisdicción. En consecuencia, el Plan estratégico del PAB de los departamentos, distritos y municipios deberá presentarse al CTSSS respectivo, para la revisión y aval correspondiente, a más tardar el 30 de marzo de 2004, para su incorporación al Plan de Desarrollo Territorial⁸⁸.

11. Concertación del Plan de Atención Básica con grupos étnicos: Cuando en la entidad territorial existan grupos étnicos legalmente reconocidos, la formulación del PAB debe incluir los procesos de consulta y concertación que establece la normatividad vigente, orientada a la adecuación etnocultural de las acciones a realizar.

12. Evaluación del Plan De Atención Básica. Para efectos de realizar el seguimiento y control, los departamentos y distritos deberán presentar a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social.

13. Ejecución de las acciones de promoción y prevención del POS-S a cargo de las entidades territoriales. Cada año, antes del 30 de octubre los departamentos deberán presentar ante el Ministerio de la Protección Social la relación actualizada de municipios que con corte a 30 de septiembre cumplen con los requisitos establecidos en la Resolución 968 de 2002, así como aquellos cuya evaluación ha sido insatisfactoria, para efectos de la asignación y giro de los recursos de la UPC-S de la vigencia siguiente⁸⁹.

⁸⁷ Ibid,

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ Ibid.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio de investigación tiene un enfoque cuantitativo, teniendo en cuenta que, “este enfoque parte de la realidad, la analiza desde el punto de vista de lo que se puede observar y medir, y explica numéricamente las relaciones que se dan entre los objetos y los fenómenos, los cuales son sometidos a los criterios de validez y confiabilidad”⁹⁰.

El enfoque cuantitativo permitió determinar con gran acercamiento y validez el diagnóstico al proceso de planificación, ejecución y evaluación de los Planes de Atención Básica municipales de diez municipios del Departamento del Huila llevados a cabo en el año 2004, según lo manifestado por los encuestados, donde se permitió además explorar esta realidad, se cuantificó y se representó de una manera sistemática.

Este enfoque se relaciona con el problema de investigación, en el sentido de hacer gráfica o medible una realidad que inicialmente es propia de las administraciones municipales, con lo cual se puede pensar que es inherente solo al enfoque cuantitativo, pero los resultados que de ella se obtienen ilustran también desde otro punto de vista (número) la realidad y con ello, se tienen herramientas para determinar y analizar la situación.

La perspectiva o tipo de estudio es descriptivo retrospectivo, la cual se configura en una aproximación previa a un problema no observado con anterioridad cuyos resultados son nuevos y posibilitan caracterizar un fenómeno. Cabe anotar que “esta investigación no intenta, ni tiene la pretensión de explicar el porqué, sino que se propone describir “lo que es”... orientada a evaluar ciertos atributos, propiedades... teniendo en cuenta propiedades o características de mayor o menor relevancia de acuerdo con el problema”⁹¹.

Con frecuencia el propósito del investigador es describir situaciones y eventos pasados. Esto es, decir cómo fue y cómo se manifestó determinado fenómeno. Los estudios descriptivos retrospectivos buscan especificar las propiedades importantes de situaciones, comportamientos, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo retrospectivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así (vélgase la redundancia) describir lo que en verdad sucedió⁹².

⁹⁰ COMTE, J. Métodos de Investigación Cuantitativa, 2ª edición, México, Ed, Mac Graw Hill, 1997, 189 p.

⁹¹ Ibid.

⁹² Ibid.

Por otro lado, los estudios descriptivos retrospectivos se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. Estos estudios o métodos investigativos servirán para ver cómo han abordado la situación de investigación y sugerirán preguntas sobre lo que se puede hacer⁹³.

Los estudios descriptivos retrospectivos son como realizar un viaje a un lugar del pasado y que no se conoce, del cual no se ha visto ningún documental ni leído algún libro, sino simplemente alguien ha hecho un breve comentario sobre el lugar. Lo primero que se hace es explorar: preguntar sobre qué hacer y a dónde ir porque se desconoce mucho del sitio. Desde luego, si no se busca información del lugar, se pierde la oportunidad de conocer verdaderamente. De esta forma, posiblemente se vea un espectáculo no tan agradable y caro, al tiempo que se pierda uno fascinante y más económico; por supuesto, en el caso de la investigación científica la inadecuada revisión de la literatura tiene consecuencias más negativas que la frustración de invertir en algo que finalmente produzca desagrado⁹⁴.

Población:

El Huila, es un departamento de Colombia que limita al norte con los departamentos de Tolima y Cundinamarca y con el Distrito Capital, al este con los departamentos de Meta y Caquetá, al sur con los departamentos de Caquetá y Cauca, y al oeste con los departamentos de Cauca y Tolima. Creado por el Decreto 340 de 1910, perteneció al denominado Tolima Grande o Alto Magdalena, territorio formado por los departamentos de Tolima y Huila⁹⁵ (ver anexo A).

El Huila está localizado en el suroeste del país, tiene una extensión de 19.890 km² y una climatología que engloba desde el clima de páramo hasta el cálido. La economía del departamento gira en torno a la agricultura, la ganadería, la minería, la explotación forestal, el turismo, los servicios y el comercio. En sus tierras se cultiva arroz, sorgo, yuca, café, caña panelera, cacao, maíz y frutas en los municipios de Acevedo, Algeciras, Aipe, Campoalegre, Colombia, Garzón, Gigante, La Plata y Pitalito⁹⁶.

Su ganadería es de doble propósito, de leche y de carne, y se desarrolla principalmente en los municipios de Aipe, Altamira, Algeciras, Campoalegre, Hobo, Gigante, Garzón, Timaná y San Agustín. Se explotan minas de carbón, oro, plata y

⁹³ BASTOS, Antonio., (1998), Investigación Educativa, Instituto Internacional de Teología a Distancia, 4ª edición, Bogotá D.C., Editorial Indo- American Press Service, pág. 102.

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Encarta, Biblioteca de Consulta Virtual, versión 2005, Microsoft Corporation.

⁹⁶ Ibid.

cobre en Aipe, Algeciras, Altamira, Baraya, Palermo y San Agustín. La explotación forestal se realiza en Colombia, Guadalupe, Pitalito y San Agustín. El comercio y los servicios se concentran en la capital. El principal centro turístico es San Agustín⁹⁷.

Entre los lugares turísticos más reseñables se encuentran el yacimiento arqueológico de San Agustín, el Parque nacional del Nevado del Huila y el Parque nacional Cueva de los Guácharos, así como su paisaje y sus poblaciones.

Muestra:

La encuesta de evaluación para determinar el diagnóstico al proceso de planificación, ejecución y evaluación de los Planes de Atención Básica Municipales de diez municipios del Departamento del Huila - año 2004, fue realizada en 10 de los 37 municipios del departamento, es decir, se realizaron 10 encuestas, una a cada uno de los representantes o administradores del sector salud de cada uno de los municipios seleccionados.

Esto indica, que la encuesta de evaluación se aplicó al 27.0% del total de los 37 municipios que conforman el Departamento del Huila, cifra o porcentaje que se convierte en representativa y suficiente para obtener confiabilidad en sus resultados.

Esta muestra se obtuvo por criterios de selección en estos 10 municipios, teniendo en cuenta el número de habitantes y ubicación geográfica. Para esto, se escogieron dos municipios de cada zona geográfica en las que está dividido el departamento (ver anexo B de ubicación de los municipios seleccionados), así:

- Zona Sur:	Acevedo con	24.157 habitantes
	Salado Blanco con	8.742 habitantes
- Zona Centro:	Guadalupe con	16.583 habitantes
	Agrado con	9.489 habitantes
- Zona Norte:	Campoalegre con	30.532 habitantes
	Palermo con	21.346 habitantes
- Zona Occidente:	Tesalia con	4.898 habitantes
	La Argentina con	10.397 habitantes
- Por Población:	Pitalito con	87.589 habitantes
	Neiva con	367.811 habitantes ⁹⁸
Total:	10 municipios.	

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Anuario Estadístico del Huila 2003 – 2005, Departamento Administrativo de Planeación, Editorial Surcolombiana, Neiva.

Los criterios de selección, aplicados para obtener la muestra poblacional representada en los 10 municipios a los que se realizó la encuesta de evaluación fueron los siguientes:

- Que los representantes del sector salud de los municipios seleccionados, estén dispuestos a participar en el estudio.
- Que se pudiera tener previa comunicación y coordinación de visitas con los representantes de sector salud de cada municipio seleccionado.
- Que no se presenten problemas serios de orden público que limitaran o dificultaran el libre desplazamiento de las investigadoras a los municipios seleccionados.
- Que los representantes del sector salud de cada municipio seleccionado, permitan que la información dada a las investigadoras sea consignada en un medio magnético (c.d, disket, y/o casetes), pueda ser sistematizada, analizada y/o puedan tomar algunas fotografías en su ambiente laboral.
- Que tuviera carreteras de comunicación y de acceso.
- Escogencia de los dos municipios que tuvieran una población mayor a 60.000 habitantes.

La aplicación de la prueba piloto se llevó a cabo en el municipio de Isnos, con lo cual se comprobó la utilidad de la aplicación del instrumento, pues se encontraron resultados que merecían ser estudiados con mayor profundidad.

Se pudo aplicar la encuesta de evaluación a toda la muestra inicialmente seleccionada (10 personas representantes de un número igual de municipios del Huila, los cuales fueron los Secretarios de Salud Municipal o los Coordinadores de los PAB Municipales respectivos) y se aplicaron las técnicas e instrumentos para recolectar la información, que se detallan a continuación con previa concertación de visita vía telefónica.

La encuesta

Es un instrumento de investigación de los hechos en las ciencias sociales, la encuesta es la consulta tipificada de personas elegidas de forma estadística y realizada con ayuda de un cuestionario⁹⁹.

La encuesta se diferencia de la entrevista en que la información que se obtiene ya está de antemano preparada; además, en la entrevista hay una mayor flexibilidad para obtener información. Algunas veces, encuestas y entrevistas se combinan para permitir al entrevistador ampliar la información.

La encuesta tiene distintas aplicaciones temáticas: hay encuestas por sondeos (determinación de una muestra representativa de una población); encuestas de opinión (encuesta por sondeo para conocer la opinión de un tema en concreto);

⁹⁹ BASTOS, Antonio., Investigación Educativa, Instituto Internacional de Teología a Distancia, 4ª edición, Bogotá D.C., Editorial Indo- American Press Service, 1998, pág. 102

encuestas urbanas, sociológicas, etc. Asimismo, la encuesta puede ser descriptiva —la que establece el estado de un fenómeno determinado— o explicativa —la que determina las causas por las que se da ese fenómeno¹⁰⁰.

Las preguntas que se llevan a cabo en una encuesta pueden ser de varios tipos: abiertas (el individuo puede responder con unas líneas o frases); cerradas (sólo puede responder con un 'sí' o un 'no'); en abanico o de elección múltiple (podrá elegir entre varias respuestas), y de estimación o evaluación (las preguntas presentan grados diferentes de intensidad). Su ejecución podrá realizarse a través de una entrevista personal, por correo o teléfono¹⁰¹.

A través de este método se obtiene información de los objetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre actitudes, opiniones, sugerencias, etc. Existen dos maneras de obtener información con este método: la encuesta y el cuestionario.

La encuesta por cuestionario, es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso como el que se utilizó para esta investigación, destinado a obtener respuesta sobre el problema en estudio y que el investigador llena por sí mismo. El cuestionario puede aplicarse a grupos o individuos con la presencia del investigador o puede enviarse por correo a la muestra seleccionada¹⁰². En esta investigación, el principal instrumento aplicado para la recolección de la información fue una encuesta por cuestionario autodilenciado y el modelo utilizado para la encuesta de evaluación se encuentra en el anexo C.

Ventajas del cuestionario:

- Su costo es selectivamente bajo.
- Permite obtener información de un número mayor de personas en un período breve.
- Permite una mejor forma de ser cuantificados, analizados e interpretados los datos obtenidos.
- Asegura que cada individuo de la muestra ha respondido a todas las preguntas.

La pregunta cerrada: en la pregunta cerrada sólo se permite dar ciertas respuestas determinadas. Las respuestas posibles se incluyen en una lista y el interlocutor elige una de ellas. Por ejemplo, un ítem de un test de elección múltiple es una pregunta cerrada. Puesto que las preguntas cerradas limitan en gran medida lo que tiene que hacer el interlocutor, deben definirse muy bien las respuestas que probablemente ocurran. Si las elecciones no son suficientemente amplias, es

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ Encarta, Biblioteca de Consulta Virtual, versión 2003. © 1993-2002 Microsoft Corporation.

¹⁰² BASTOS, Antonio., Investigación Educativa, Instituto Internacional de Teología a Distancia, 4ª edición, Bogotá D.C., Editorial Indo- American Press Service, 1998, pág. 107

decir, si no se ofrece una respuesta que ocurra con mucha frecuencia, puede perderse gran cantidad de información¹⁰³.

La ventaja principal de una pregunta cerrada es la facilidad con que pueden manejarse las respuestas. Resulta sencillo asignarles el puntaje y cuantificarlas. Muchas clases de información pueden obtenerse mediante una pregunta cerrada o una pregunta abierta.

Diarios de campo:

Con el objetivo en primer lugar de describir y anotar la coherencia entre los relatos y respuestas del encuestado y la revisión y comprobación de sus respuesta con los distintos soportes y evidencias, de llevar un minucioso registro de todas las actividades que se deben realizar para mostrar una investigación óptima y digna de ser presentada a este centro universitario y en especial los facultativos y docentes de la Facultad de Salud, se realizaron o llevaron diarios de campo.

El diario de campo se utilizó como una herramienta, un observador permanente para no olvidar los principales detalles durante el proceso de formación de la investigación, para lo cual se empleó un bloc de notas en donde se consignó todos los detalles observados, tal como se muestra en el siguiente ejemplo:

- Lugar, fecha, hora y tipo de actividad realizada.
- Lo observado (hecho, acontecimiento), que es la parte central y desde luego la más importantes del diario de campo.
- Los comentarios de las personas, actores sociales, que darán sus opiniones e interpretaciones personales acerca de lo observado.

Después de realizadas cada una de las actividades de campo programadas, se destinó un corto espacio para destacar y consignar en el diario de campo los conceptos, opiniones y situaciones más comunes y/o divergentes o especiales que se presentaron durante la visita de investigación. El formato de diario de campo adaptado para ser empleado en esta investigación, se encuentra en el anexo D.

Observación directa

Es una técnica imprescindible en cualquier investigación, que consiste en apreciar o percibir con atención ciertos aspectos de la realidad inmediata (hechos y acontecimientos) a través de todos los sentidos. La observación directa de algunos aspectos de la sociedad tiene una larga historia en la investigación social. Los investigadores obtienen información a través de la observación participante, es decir, formando parte del grupo estudiado o confiando en informantes seleccionados del grupo¹⁰⁴.

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004.

Con la observación directa, se permitió reconocer los documentos para verificar o corroborar lo manifestado en las encuestas, documentos que fueron por ejemplo contratos, soportes técnicos, soportes de firmas, actas, controles de asistencia, etc.

Los sociólogos, como los historiadores, utilizan fuentes de segunda mano que incluyen historiales, documentos personales elaborados por instituciones y registros médicos. La sociología ha destacado la investigación social cuantitativa, que se ha distanciado de las disciplinas humanísticas como la antropología, la filosofía, la historia y el derecho, la investigación cualitativa ha sido siempre de gran valor en esta ciencia y en todas las ciencias sociales y humanas¹⁰⁵.

Los componentes y principios éticos fundamentales en esta investigación, son tomados de algunas ideas pertinentes de los asesores, compañeros de estudio y de igual manera, los artículos mencionados son tomados del Código de Ética Profesional del Investigador Social¹⁰⁶, que dice:

- Se garantizó el libre desarrollo de la personalidad individual, teniendo en cuenta que los derechos de cada uno van hasta donde comienzan los de los demás.
- Se garantizó en los actores sociales, (que en este caso son los representantes del sector salud de cada municipio seleccionado), el derecho del respeto a su intimidad en los casos en que no pudieron o no quisieron contar cosas de su trabajo.
- Se garantizó en cada actor social, la libertad de expresión y difusión de su pensamiento y opinión.
- No hubo censura.
- Igualmente y adicional a la libertad de expresión, opinión y pensamiento, se garantizó a toda persona la libertad de difundir sus tendencias laborales, políticas o morales al respecto.
- Artículo 4: el investigador en el ejercicio de su profesión actúa dentro de una sociedad que posee normas éticas hacia las cuales debe mostrar afecto y respeto.
- Artículo 5: el investigador en ejercicio de su profesión asume la responsabilidad social de todos sus actos y las consecuencias de estos ante los consultantes o instituciones para las cuales trabaja y asegura la prestación adecuada de sus servicios, de acuerdo con las más altas exigencias de su profesión.
- Artículo 7: el investigador tiene la responsabilidad de informar con anticipación... las limitaciones de su trabajo y la utilización de los resultados obtenidos.

¹⁰⁵ Ibid.

¹⁰⁶ CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL DEL INVESTIGADOR SOCIAL, redactado por el Consejo Nacional de Psicología, aprobado según ley 58 de 1983, 1ª edición, Santafé de Bogotá, ediciones ARFO, junio de 1986, 106 p.

- Artículo 8: es responsabilidad del investigador asegurar el uso adecuado de su trabajo por parte de las instituciones para los cuales trabaja o de otras profesiones que tengan acceso a ellos.
- Artículo 17: los materiales (grabaciones, videos, etc.), que se utilizan con fines didácticos o de entrenamiento, se podrán usar solamente previo consentimiento de las personas involucradas o cuando su identidad esté adecuadamente encubierta.
- Artículo 26: el investigador debe respetar la libertad del participante (actor social) de retirarse de la investigación en cualquier momento y no puede ejercer ningún tipo de presión para forzarlo a continuar.

La encuesta por cuestionario o estructurada, la observación directa y diarios de campo realizados, conservaron una validez adecuada y pertinente con el enfoque cuantitativo y el método descriptivo retrospectivo, porque se pudo hacer como se mencionó antes verificación realizada por las investigadoras, mediante observación directa de los soportes.

Con los argumentos que a continuación se presentan, las investigadoras pretenden demostrar la forma como se llevó a cabo este estudio, con lo cual se concluye que se adquiere una veracidad y credibilidad en sus resultados:

- Implicación en el terreno de estudio, es decir, un contacto personal de las investigadoras con las personas objeto de estudio (actores sociales).
- Observación y descripción persistentes de los hechos y temas que se sometieron a estudio.
- Diseño y aplicación de encuestas a cada uno de los actores sociales.
- Clasificación y recolección de datos con base teórica y analítica.
- Consignación atenta de todas las inconformidades y controversias presentadas al realizar las encuestas por cuestionario.
- Valoración de los contenidos arrojados por los actores sociales, como también por los compañeros de entrevista y de expertos en la materia.

Los recursos humanos, que intervinieron directa e indirectamente en la investigación fueron:

- Director del postgrado, Dr. Pedro Reyes.
- Director de tesis, Dr. Edilberto Suaza.
- Docentes de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana.
- Representantes del sector salud de los 10 municipios seleccionados.
- Digitador/a de texto.
- Investigadoras y realizadoras del presente proyecto de investigación.

Los recursos institucionales y físicos que fueron utilizados en la investigación fueron:

- Instalaciones de la Universidad Surcolombiana.
- Instalaciones del sector salud de los 10 municipios seleccionados.
- Vehículo de transporte

- Papel bond y carta.
- Lápices y lapiceros.
- Cámara fotográfica.
- Computador e impresora.
- Libros y documentos acerca de los temas tratados (PAB, salud en Colombia, legislación en salud colombiana, etc.).
- Fotocopias, hojas de trabajo, etc.

Los recursos financieros proyectados para la ejecución de la primera fase o fase de investigación del postgrado, que se propone como parte del cronograma de actividades, son los siguientes:

- Digitación informes parciales y tesis final	\$400.000,00
- Impresiones adicionales, internet	\$100.000,00
- Anillados, c.d's, diskets, etc.	\$60.000,00
- Compra de insumos y materiales	\$100.000,00
- Papelería, fotocopias...	\$40.000,00
- Actividades de campo	\$300.000,00
- Transporte y refrigerios	\$650.000,00
- Imprevistos	\$50.000,00
TOTAL.....	<u>\$1'700.000,00</u>

SON: Un millón setecientos mil pesos m/cte.

El cronograma de actividades donde se registra el proceso de investigación en todas sus fases, es el siguiente:

ACTIVIDADES	MARZO ABRIL	MAYO JUNIO	JULIO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTI	OCTUBR	NO/BRE	ABRIL
Planteamiento, presentación y aprobación del anteproyecto										
Diseño de instruyento de recolección de información y aplicación de prueba piloto										
Recolección de datos de los municipios de la muestra										
Tabulación y análisis de la información con apoyo del programa.										
Recolección información marco teórico										
Asesoría con Director de tesis										
Presentación inicial resultados y análisis de prueba piloto										
Asesoría con Director de tesis										
Elaboración marco teórico tesis										
Presentación inicial tesis										
Devolución del texto y asesoría con Director de tesis										
Correcciones al texto										
Presentación final del documento										

Tabla 7: Cronograma de actividades

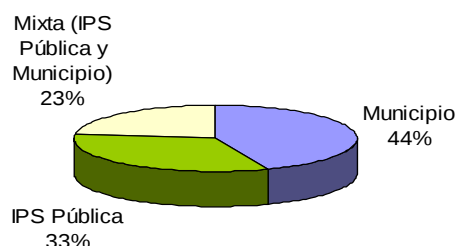
7. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

7.1 PLANIFICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA

- Pregunta 1: En el ente territorial ¿qué personas y /o entidades fueron las encargadas de la elaboración del documento del Plan de Atención Básica Municipal?

Se entiende por gestión del PAB la responsabilidad que tiene el municipio en cabeza de su representante legal, de orientar la formulación y elaboración del PAB a través de la concertación, administración, financiación, articulación y evaluación, que garantice el cumplimiento de las competencias definidas como ente rector de la salud pública en su territorio.

GRÁFICA 1: ENCARGADOS DE ELABORACIÓN DEL PAB MUNICIPAL



En los diez municipios del departamento del Huila, se encontró que a nivel del ente territorial la elaboración del documento del Plan de Atención Básica Municipal en el 2004, la realizó el municipio en un 44%, la IPS pública en un 33,3 % y mixta (IPS pública y municipio) en un 22,3 %.

Según los resultados, solamente el 44.4 % de municipios, fueron los directos encargados de liderar este proceso dejando su responsabilidad a las IPS publicas con el 33% y mixtas con el 22.3% que en la mayoría de lo casos fueron las mismas entidades que ejecutaron los recursos destinados para tal fin, ocasionando que lo recursos del PAB no suplieran las necesidades reales y sentidas de una comunidad y fueran proyectadas de acuerdo a la conveniencia de estas instituciones. Esta situación presentada, se puede verificar de una mejor manera con los resultados que se obtuvieron con las respuestas a la pregunta de concertación. Se debe dejar claro, que para el año 2005 o siguientes las situación se hubiera presentado en distintas circunstancias.

- Pregunta 2: Existieron mecanismos de concertación con la comunidad para la elaboración de cada uno de los proyectos del PAB 2004?

La concertación de los planes de atención básica, debe involucrar directamente a los principales actores de una comunidad de manera que sean estos, los que identifiquen las necesidades prioritarias y las posibles alternativas de solución que

permitan proyectar acciones encaminadas a mejorarlas en un ambiente de imparcialidad e integralidad.

En cuanto a la existencia de estos mecanismos para la elaboración de cada uno de los proyectos del PAB 2004, se encontró que la concertación se dio en un 100% de la muestra estudiada en el departamento, lo cual indica que en este sentido, se está cumpliendo con la obligatoriedad de concertar con diferentes sectores de la comunidad, las necesidades y las posibles

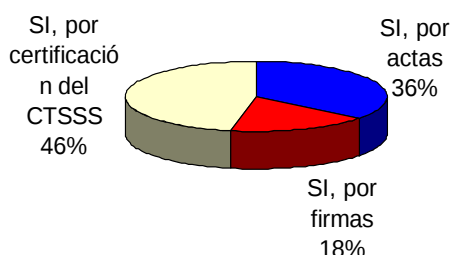
soluciones. Pero es de aclarar, que de acuerdo a los registros encontrados se evidenció que los sectores que participan en esta concertación no fueron los representativos en los municipios o se trabaja con sectores determinados, de esta manera se sectorizó este proceso y no correspondió a una concertación amplia y representativa, sino más bien a una urgencia de ser aprobado.

Esta concertación, está respaldada por actas en un 36 %, por firmas en apenas un 18% y por certificación del Consejo Territorial en Salud en un 46%, lo cual indica que no todos los municipios cumplieron con la certificación del Consejo Territorial de Seguridad Sociales Salud, a pesar de ser requisito de obligatoriedad. En otros casos, se encontraron listados de firmas, pero no contaron con respaldo de actas o encabezamiento claro que justificara su procedencia.

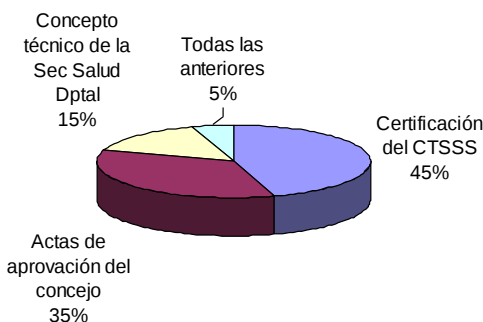
- Pregunta 3: El proceso de elaboración y aprobación del Plan de Atención Básica Municipal 2004, se hizo mediante:

El PAB hace parte integral del Plan Local de Salud y del Plan de Desarrollo Municipal, este debe ser elaborado y avalado bajo la orientación del Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud. Antes de su aprobación, será concertado con la comunidad y una vez sea avalado por el Consejo Territorial, se debe presentar a la Secretaria Departamental de Salud, quién verificará que se encuentre ajustado a los lineamientos definidos para el Municipio y a las prioridades del

GRÁFICA 2: MECANISMOS DE CONCERTACIÓN CON LA COMUNIDAD PARA PROYECTOS DEL PAB



GRÁFICA 3: PROCESO DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PAB



mismo, pero es realmente el Concejo Territorial de Seguridad Social en Salud quien certifica la aprobación del PAB.

En estos diez municipios estudiados del departamento del Huila año 2004, la elaboración y aprobación del PAB se hizo mediante certificación del Concejo Territorial de Seguridad en Salud en un 45%, con actas de aprobación del concejo en un 35%, con un concepto técnico de la Secretaria de Salud Departamental en un 15%, y con todas las anteriores en tan solo el 5% de los casos. En cuanto a este aspecto, se observó confusión en relación al papel que desempeñó la Secretaria de Salud Departamental quien ofreció acompañamiento y coordinación técnica a los diferentes municipios. Además, no todos contaron con el acta que respaldó la certificación del Concejo Territorial de Seguridad Social en Salud dejando vacíos en cuanto al funcionamiento de los concejos territoriales.

- Pregunta 4: ¿Cuándo se informó de la revisión y concepto del PAB por parte de la Secretaría de Salud?

La Secretaria de Salud Departamental es un ente de vigilancia y control del adecuado direccionamiento de los Planes de Atención Básica Municipales, ofreciendo conceptos técnicos para la aprobación y ejecución de las actividades planeadas, esta intervención debe ser de manera oportuna para así evitar inconvenientes en el desarrollo del PAB.

**GRÁFICA 4: INFORME DE LA SEC
SALUD DPTAL SOBRE REVISIÓN Y
CONCEPTO DEL PAB**



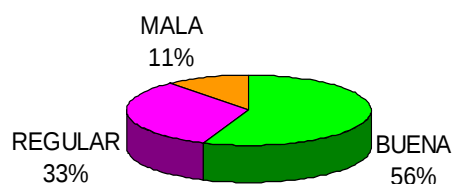
En los diez municipios estudiados del departamento del Huila, la Secretaria de Salud Departamental informó de la revisión y normalidad del PAB año 2004, en el segundo trimestre en el 100% de los casos. Por lo anterior se determinó que esta revisión por parte de la Secretaria de Salud Departamental, no se hizo de manera oportuna generando dificultades en la ejecución de los Planes de Atención Básica, y en algunos casos, se inició la realización de actividades a las que posteriormente la Secretaria de Salud, no les dio el concepto técnico y las rechaza como actividades PAB.

- Pregunta 5: ¿Como califica la intervención de la Secretaría de Salud Departamental en el proceso de Planificación, Ejecución y Evaluación de los PAB municipales?

Aunque en su mayoría de estos diez municipios calificaron la intervención de la Secretaría de Salud Departamental, con una tendencia favorable, la diferencia de tendencia en las respuestas, dejó ver serias inconsistencias e inconformidades

con la forma como actuó e intervino la entidad, ante las distintas etapas del PAB. El 56% de estos diez Municipios del departamento del Huila, calificaron la intervención de la Secretaria de Salud Departamental como buena, el 33% de los Municipios la consideraron o calificaron la intervención de la Secretaria de Salud Departamental como regular y el restante 11% la calificó como mala.

GRÁFICA 5: CALIFICACIÓN DADA A LA SEC SALUD DPTAL SOBRE EVALUACIÓN DEL PAB MUNICIPAL



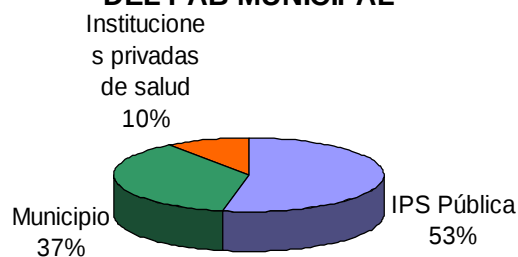
La queja de la mayoría de los municipios respecto a la intervención de la Secretaria de Salud Departamental, es que esta no presentó un acompañamiento permanente, que las visitas que hizo ese año a los municipios fueron esporádicas y no hubo una orientación continua.

- Pregunta 6: En el Municipio el porcentaje de contratación para la ejecución de los Planes de Atención Básica 2004 fue:

La normatividad que rige a los Planes de Atención Básica, dictamina que los entes territoriales deben contratar prioritariamente los recursos destinados para tal fin con las IPS públicas municipales, solamente, en caso de que se demuestre que éstas no cumplan con los requisitos mínimos esenciales para el adecuado funcionamiento, las IPS públicas municipales puede contratar con otros entes privados.

En la aplicación y luego sistematización de este instrumento, se encontró que en el 2004, el 53% de los municipios objeto de estudio contrataron directamente con una IPS publica la ejecución del PAB, en un 37% fue el municipio el que ejecutó directamente el PAB en la modalidad de órdenes de servicio o contratos y el 10% de ellos, contrataron la ejecución con Instituciones privadas del sector salud.

GRÁFICA 6: PORCENTAJE DE CONTRATACIÓN PARA EJECUCIÓN DEL PAB MUNICIPAL



De estos diez municipios, los que en el 2004 no contrataron con la IPS públicas, argumentaron que se necesitaba realizar acciones que verdaderamente generaran

resultados en la población, y que en muchas ocasiones el personal de salud aparte de realizar acciones del PAB municipal, fueron ejecutores de otros programas propios de la institución de salud, lo cual interrumpió el normal desarrollo de los proyectos PAB y no hubo mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de estas poblaciones.

- Pregunta 7: Existió un convenio ínter administrativo o contrato entre el Municipio y las Personas o entidades que ejecutaron el Plan de Atención Básica?.

Para la ejecución de los recursos PAB, todo ente territorial debe tener una subcuenta específica denominada Salud Pública, en donde llegan estos recursos del ente nacional. Para poder ejecutar estos dineros, debe existir un convenio, contrato u orden de prestación de servicios que respalden el egreso de esta cuenta.

GRÁFICA 7: CONVENIOS ENTRE QUIENES EJECUTARON EL PAB MUNICIPAL

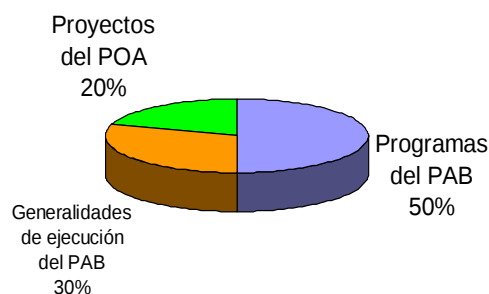


En el 100% de los diez Municipios encuestados, se encontraron convenios ínter administrativos en el caso de la IPS públicas o contratos con personas particulares para la ejecución del PAB del 2004, lo cual indicó que en este caso cumplieron con la reglamentación de contratación que exige la norma.

- Pregunta 8: El convenio ínter administrativo o contrato hizo referencia en su objeto a:

En los convenios y/o contratos, debe definirse claramente el objeto del mismo anexando como parte integral de este, las acciones del Plan de Atención Básica que el contratista se obliga a ejecutar, de manera que permita una adecuada vigilancia (interventoría) del cumplimiento del objeto contratado. Igualmente los contratos deben precisar el costo, forma de pago, la duración, que debe coincidir con la

GRÁFICA 8: REFERENCIAS EN SU OBJETIVO DE CONVENIO O CONTRATO



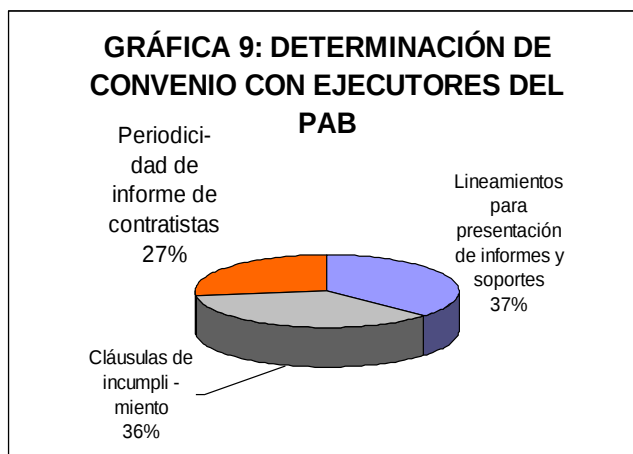
vigencia fiscal a ejecutar, todas las demás obligaciones pactadas por las partes (contratante – contratista), las cláusulas excepcionales, periodicidad y modalidad de la presentación de los informes. Es de vital importancia, que dentro de la

minuta de los contratos se establezca que cargo o funcionario, con idoneidad técnica vinculado a la administración municipal o profesional externo, será el responsable de la vigilancia y control (interventoría) de la ejecución del contrato.

En lo relacionado con el objeto del contrato, el 50% de los convenios hicieron referencia a los programas del PAB y el 30% a hizo referencia a las generalidades del PAB, solo el 20% de ellos hizo referencia a los proyectos en el POA y ninguno de los diez municipios del departamento del, Huila tuvo en cuenta el POA como anexo al contrato, lo que indica que no hubo una unificación de criterios en este aspecto y que cada municipio, adopta la forma que le parece más conveniente. Esto representó debilidad, en cuanto a las especificaciones del contrato y al cumplimiento de obligaciones por parte del contratista, dificultando las exigencias por parte del contratante en su ejecución, seguimiento y evaluación.

- Pregunta 9: Dentro del convenio ínter administrativo o contrato, con respecto a los ejecutores del PAB se determinó:

El 37% de los Municipios encuestados, determinó en el convenio ínter administrativo los lineamientos para la presentación de los informes y soportes, y en igual porcentaje, se determinaron las cláusulas de incumplimiento, solo en el 27% de los Municipios se encontró con qué periodicidad los contratistas debieron presentar los informes.



Este hallazgo indica que en los contratos, no existieron lineamientos claros y precisos en cuanto a las obligaciones del contratista, que permitiera exigir el cumplimiento referente a la ejecución del PAB. Por lo tanto, no se encontraron bases reales que ofrecieran una total credibilidad y en la mayoría de los casos analizados, no se definieran claramente todos los lineamientos con que debía contar un contrato como este, prestándose de esta manera para una variedad de interpretaciones.

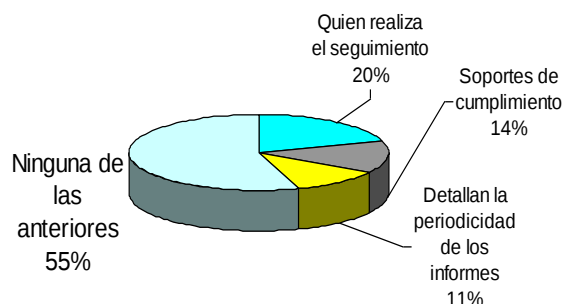
- Pregunta 10: Dentro del convenio ínter administrativo con respecto al seguimiento del Plan de Atención Básica se determina:

En el 20% de los diez municipios objeto de estudio, se determinó de manera clara quién realizaba el seguimiento a los PAB Municipales, en el 14% hicieron referencia a los soportes de cumplimiento, y en el 11% de ellos se detalló la periodicidad con la que se debieron presentar los informes.

En más de la mitad de los casos encuestados, es decir, en el 55% de los municipios no se determinó de manera clara, quién o qué entidad realizaba el seguimiento a los PAB, ni los soportes que se debían presentar o la periodicidad de estos seguimientos.

Lo anterior es clara muestra, que en los diez Municipios encuestados la elaboración de los convenios, se hizo sin tener en cuenta el seguimiento que se debió realizar a los mismos para el cumplimiento de los proyectos, de igual manera, la periodicidad de informes no es tomada en cuenta lo que ha generado que se presentaran solo los informes anuales exigidos por la Secretaría de Salud Departamental y que no existiera un proceso de evaluación continua que permitiera implementar planes de mejoramiento oportuno y tomar las medidas pertinentes.

GRÁFICA 10: DETERMINACIÓN DEL CONVENIO CON RESPECTO AL SEGUIMIENTO DEL PAB



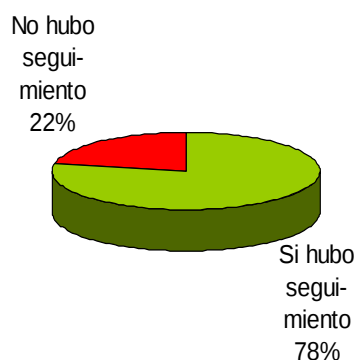
7.2 EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA

- Pregunta 11: En el municipio ¿Se llevó a cabo seguimiento al Plan de Atención Básica Municipal?

Los Planes de Atención Básica municipales, deben contar con un seguimiento oportuno que permita evaluar las actividades planeadas en el Plan Operativo Anual y además, evaluar los resultados obtenidos a través de los indicadores establecidos por la circular 018 para cada proyecto.

En el 78% de los Municipios que se encuestaron, si se llevó a cabo seguimiento a los Planes de Atención Básica, y en el restante 22% de estos los municipios no se realizó seguimiento a los PAB del año 2004, convirtiéndose en uno de los principales inconvenientes que afectaron el cumplimiento real de las acciones PAB.

GRÁFICA 11: SEGUIMIENTO DEL PAB MUNICIPAL



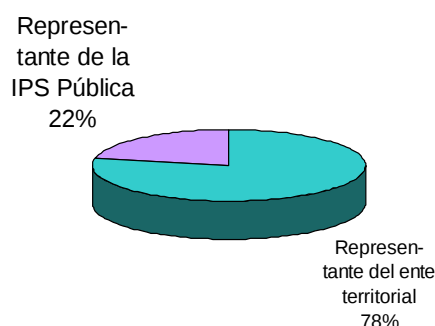
- Pregunta 12: ¿Qué entidad o persona realizó el seguimiento al Plan de Atención Básica dentro del municipio?

El seguimiento o interventoría a los Planes de Atención Básica municipal, debe ser realizada por personal competente, que tenga conocimientos en el área y disponibilidad de tiempo que permita ofrecer una interventoría con calidad, presentando informes periódicos de acuerdo al esquema establecido por la normatividad de las interventorías y que conlleven a un mejoramiento continuo de las dificultades presentadas, además de un informe final que sirva de herramienta, para proyectar el PAB de la próxima vigencia.

En el 78% de estos Municipios que realizaron seguimiento al PAB, este lo hizo un representante del ente territorial, esta obligación la tomaron los municipios directamente con los coordinadores PAB o Secretarios de Salud, presentándose ausencias o falencias en los informes, lo cual fue justificado por la sobrecarga de funciones y en municipios grandes realizaron

contratos con este objetivo, igualmente se observaron inconsistencias en los informes presentados. En el 22% de estos municipios, el seguimiento lo hizo la IPS pública, obligación que no fue clara ya que las mismas entidades ejecutoras de los proyectos del PAB fueron las interventoras y por lo tanto, no puede ser controladora de estas mismas acciones, no se puede ser juez y parte a la vez.

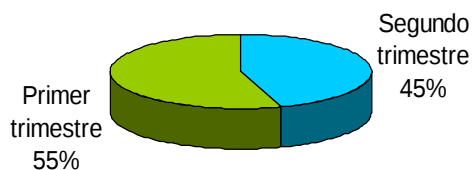
GRÁFICA 12: REALIZADORES DEL SEGUIMIENTO DEL PAB MUNICIPAL



- Pregunta 13: ¿Cuándo se inició la ejecución de las actividades del PAB de cada vigencia?

Para la iniciación de las actividades del PAB en cada vigencia, por parte de las IPS públicas o contratistas, debe existir la certificación del Concejo Territorial de Seguridad Social en Salud y un convenio o contrato debidamente legalizado. La iniciación de la ejecución de las actividades PAB en estos municipios, se realizaron en el primer trimestre en el 55% de los casos, en el restante 45% de ellos las actividades comenzaron

GRÁFICA 13: INICIO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PAB EN CADA VIGENCIA



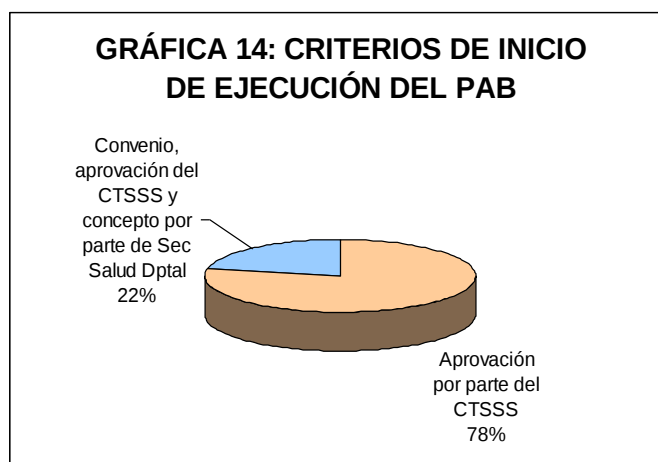
su ejecución en el segundo trimestre,

representando inconvenientes para la ejecución oportuna del total de las actividades programadas e interrumpiendo la continuidad en los programas iniciados en el año anterior.

Para el inicio de la ejecución de las actividades PAB, es necesario contar con la aprobación del Concejo Territorial de Seguridad Social en Salud y la existencia de convenio y/o contrato, más no es necesario esperar el concepto técnico de la Secretaría de Salud Departamental.

- Pregunta 14: ¿Con qué criterios se inició la ejecución del PAB?

En el 78% de estos Municipios la ejecución del PAB, se inició con la aprobación del Consejo de Seguridad Social en Salud y con el convenio o contrato, lo cual demostró que estos Municipios cumplieron con lo establecido en la resolución 018, ya que el Consejo de Seguridad Social es la máxima instancia en salud y en el 22.2% de la muestra se tuvieron en cuenta el convenio o contrato, la aprobación del Consejo de Seguridad Social en Salud y la conceptualización por parte de la Secretaria de Salud Departamental.



En este caso, los municipios que esperaron el concepto técnico se vieron afectados porque en muchas ocasiones existieron demoras de la Secretaria de Salud y por tal razón, las actividades PAB iniciaron a mediados o al final de cada vigencia.

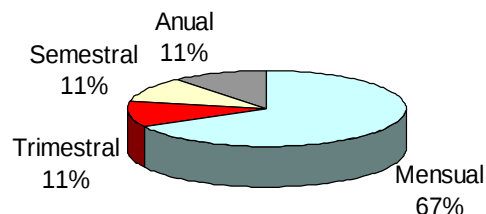
- Pregunta 15: ¿Con qué periodicidad presentaron los ejecutores del PAB los informes de cumplimiento de actividades al ente territorial?

Respecto a la presentación de informes periódicos y/o lineamientos para los contratistas, no existió un soporte legal que permitiera la unificación de criterios en el Departamento, solamente se exigió el informe final por parte de la Secretaría de Salud Departamental.

En el 67% de los municipios encuestados, los ejecutores presentaron informes de manera mensual, el 11% de ellos lo hicieron de manera trimestral y en igual porcentaje lo hicieron de manera semestral, otro tanto lo presentó de manera anual.

Lo anterior demuestra, que en estos periodos de lapsos mayores de un mes se dificultó el verdadero seguimiento, evaluación y por lo tanto los ajustes pertinentes a las acciones que conllevaron a obtener el objetivo buscado, situación que se empeoró cuando en los Municipios solo se presentó el informe anual exigido por la Secretaria de Salud. Estos informes, se hicieron de acuerdo a lineamientos dados por el Municipio o con modelos individuales adoptados por los ejecutores de los proyectos.

GRÁFICA 15: PERIODICIDAD DE INFORME DE EJECUTORES DEL PAB AL ENTE TERRITORIAL

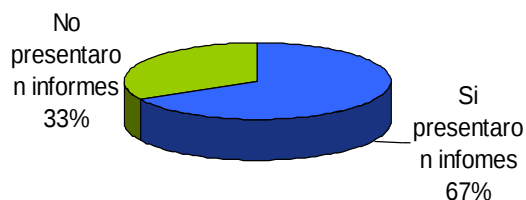


- Pregunta 16: ¿Presentaron los interventores informes de la ejecución del convenio/contrato PAB?

La circular 018, establece que los municipios deben realizar interventoría interna o externa de acuerdo a los recursos disponibles, para verificar el cumplimiento de las actividades contempladas en cada uno de los proyectos PAB.

En el 67% de los municipios encuestados, los interventores del PAB si presentaron informes de ejecución, el restante 33% de ellos no lo hicieron.

GRÁFICA 16: INFORME DE INTERVENTORES DE EJECUCIÓN DEL CONVENIO DEL PAB



Esta situación indica que esta función no se cumple a cabalidad, debido a que los interventores deben dejar un precedente escrito de las condiciones en que se encuentra el desarrollo de cada uno de los proyectos y especificar que medidas o alternativas de solución sugieren en caso de encontrar dificultades.

Una tercera parte de los interventores presentan un informe final, cuando el convenio o contrato ya ha sido ejecutado totalmente, situación que hace que la verdadera función de la interventoría de vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de todas las obligaciones contractuales pactadas no se haga en el momento oportuno donde se permita tomar medidas y ajustes durante la ejecución de los proyectos PAB establecidos.

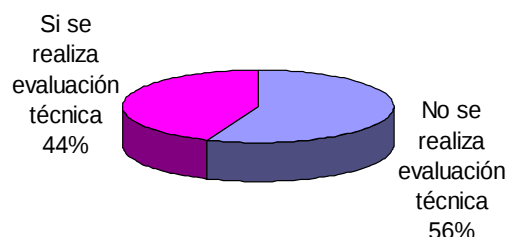
7.3 EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA MUNICIPAL

- Pregunta 17: ¿Se realizó evaluación técnica al proceso de ejecución de actividades del Plan de Atención Básica?

La función de la evaluación, es la verificación de que los procesos de gestión del PAB se están realizando de acuerdo a las normas vigentes y que las actividades programadas en cada uno de los proyectos se estén cumpliendo respecto a las metas propuestas. Igualmente con la evaluación se debe verificar el cumplimiento de resultados esperados en la comunidad con las intervenciones desarrolladas.

En el 56% de los casos, no se realizó evaluación técnica al proceso de ejecución de actividades del Plan de Atención Básica municipales, en el restante 44% se encontró que se realizó evaluación técnica. Este resultado indica que en más de la mitad de los Municipios objeto de estudio no hubo un seguimiento continuo que se desarrollara durante el proceso de planeación, ejecución y evaluación evidenciando graves falencias en el desarrollo de los proyectos PAB, lo cual no permitió tomar correctivos oportunos, ni hacer planes de mejoramiento reales.

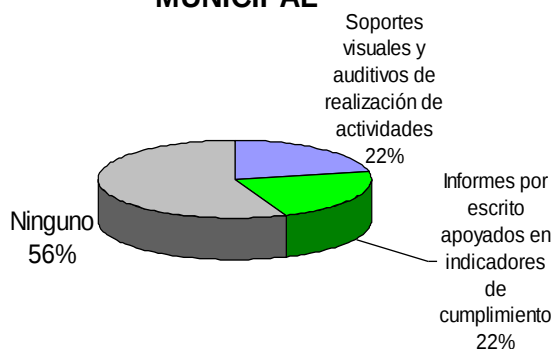
GRÁFICA 17: EVALUACIÓN TÉCNICA AL PROCESO DE EJEUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PAB



- Pregunta 18: En caso positivo ¿Qué se tuvo en cuenta para realizar seguimiento técnico al Plan de Atención Básica Municipal?

Esta pregunta se presenta como consecuencia o relacionada directamente con la anterior, por tal razón es pertinente aclarar que como en la respuesta anterior más de la mitad de los casos o municipios no se realizó evaluación técnica al proceso de ejecución de actividades, entonces en ese mismo porcentaje, es decir, en un 56% no se habría de tener en cuenta ningún método o técnica para realizar ese seguimiento al PAB.

GRÁFICA 18: FORMAS DE SEGUIMIENTO TÉCNICO AL PAB MUNICIPAL



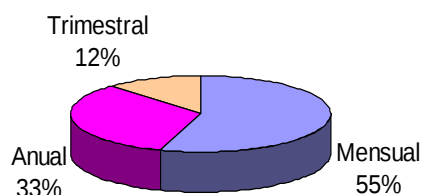
Por otro lado, el 22% de los municipios encuestados manifestaron que para realizar el seguimiento técnico a sus PAB municipales respectivos, se tuvieron en cuenta los informes escritos apoyados en los indicadores de cumplimiento. El otro restante 22%, se apoyó en soportes visuales y auditivos sobre la realización de actividades, aunque estos no son considerados como efectivos o del todo valederos.

- Pregunta 19: ¿Con qué periodicidad se realizó evaluación técnica al Plan de Atención Básica municipal?

La evaluación anual, es el cumplimiento con el requisito exigido por la Secretaria de Salud Departamental según sus lineamientos.

De los diez municipios del Huila encuestados que realizaron evaluación técnica, el 55% lo hizo de manera mensual, el 33% lo hizo o presentó de manera anual y el restante 12% manifestó hacerlo de manera trimestral.

GRÁFICA 19: PERIODICIDAD DE EVALUACIÓN TÉCNICA DEL PAB MUNICIPAL



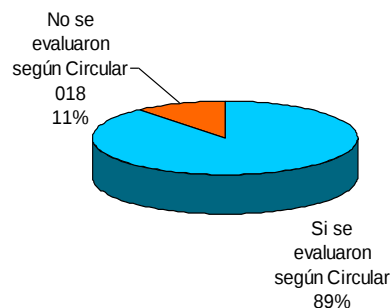
Respecto a la periodicidad, se deben establecer parámetros mensuales, bimensuales o trimestrales de acuerdo al contrato o convenio, que sean aplicables a todos los municipios para que no se encuentre en algunos de ellos, una evaluación anual que realmente no tiene aplicabilidad y para poder realizar un seguimiento con iguales criterios a todo el departamento.

- Pregunta 20: ¿En cada proyecto se evaluaron resultados de acuerdo a las metas e indicadores de la circular 018?

La circular 018, contiene indicadores de evaluación de cada uno de los proyectos PAB, los cuales deben ser tenidos en cuenta para un mayor y mejor análisis del nivel de cumplimiento de las acciones PAB.

En el 89% de los municipios encuestados, si se evaluaron los resultados teniendo en cuenta los indicadores de la circular 018 de

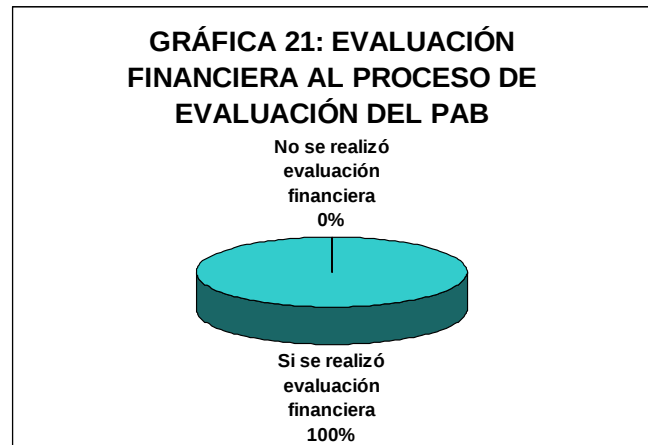
GRÁFICA 20: EVALUACIÓN DE RESULTADOS SEGÚN CIRCULAR 018 EN CADA PROYECTO



manera anual, y en el 11% de estos no se evaluó de acuerdo a estos indicadores, lo cual indica que a pesar de la socialización de la norma, esta no fue tomada en cuenta para establecer el cumplimiento adecuado de los proyectos PAB.

- Pregunta 21: ¿Se realizó evaluación financiera al proceso de ejecución del Plan de Atención Básica?

En cuanto a existencia de la evaluación financiera al proceso de ejecución del Plan de Atención Básica municipal, llevado en cada uno de estos municipios encuestados, se encontró que si se hizo en el 100% de ellos,



- Pregunta 22: En caso positivo ¿Qué se tuvo en cuenta para realizar el seguimiento financiero al Plan de Atención

Como en todos los casos de los municipios encuestados, se realizó evaluación financiera, entonces se tiene que también en el 100% de ellos, se tuvo en cuenta la legalización del convenio y la disponibilidad presupuestal, para realizar el seguimiento financiero al PAB municipal.



Para que exista control respecto al pago de las cuentas PAB se deben exigir requisitos para el respectivo desembolso, entre estos se deben tener en cuenta la presentación de los informes de los proyectos y/o actividades con sus respectivos soportes, certificación de cumplimiento por parte del interventor o quien haga sus veces, certificado de disponibilidad presupuestal, esto facilita la revisión de cuentas que realizan los entes controladores.

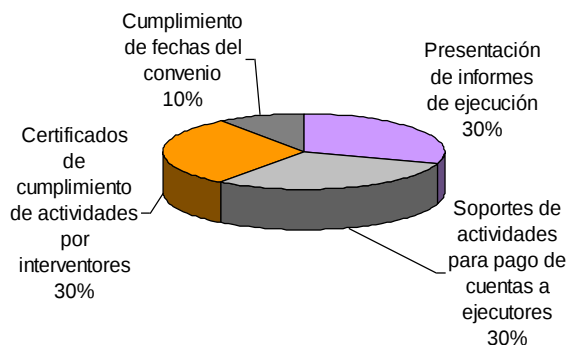
- Pregunta 23: El pago de las cuentas del Plan de Atención Básica estuvo sujeto a:

En el 30% de los diez municipios encuestados, se encontró que para el pago de la cuenta del Plan de Atención Básica municipal se tuvieron en cuenta los informes de ejecución y en otro 30%, se tuvieron en cuenta los soportes de las actividades

realizadas para el pago de las cuentas a los ejecutores. La certificación de cumplimiento por parte del interventor se tuvo en cuenta en un 30% de los Municipios y tan solo en el 10% de ellos se tuvieron en cuenta en este sentido, las fechas estipuladas en el convenio.

Esto indica claramente, que frente a este aspecto tampoco hubo un criterio unificado a pesar de haber sido y ser requisitos, exigidos por los entes legales para la aprobación de las cuentas.

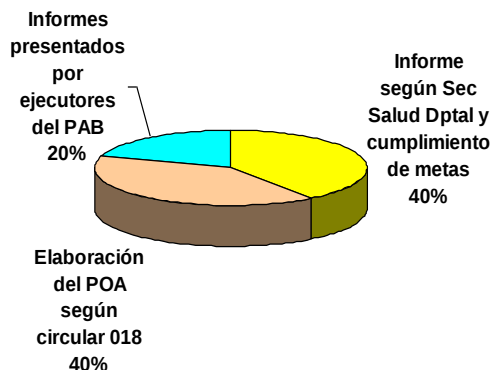
GRÁFICA 23: PAGO DE LAS CUENTAS DEL PAB



- Pregunta 24: La evaluación final del Plan de Atención Básica Municipal se realizó de acuerdo a:

La evaluación final de los Planes de Atención Básica municipal, se debe presentar de acuerdo a formatos establecidos ante la Secretaría de Salud Departamental, en esta se informa la existencia de la subcuenta de Salud Pública para el manejo de los recursos PAB, evaluación financiera, la existencia de Comités de obligatorio cumplimiento, además de indicadores de impacto en la morbi- mortalidad de la población según la circular 018.

GRÁFICA 24: FORMAS DE EVALUACIÓN FINAL DEL PAB



En cuanto a los ítems que se tienen en cuenta para la evaluación final del Plan de Atención Básica Municipal, se encontró que en el informe final el 40% de los diez municipios lo realizaron según lineamientos de Secretaría de Salud Departamental en su totalidad, en conjunto como la medición de cumplimiento de metas e indicadores para cada uno de los proyectos según la circular 018.

En otro 40%, tuvieron en cuenta para esta evaluación final la elaboración y ejecución del Plan Operativo Anual según lineamientos de circular 018; así también, los informes presentados por los ejecutores del PAB sobre realización de

actividades de los diferentes proyectos fue tenido en cuenta en el un 20% de los municipios, para la realización de evaluación del informe final.

De acuerdo a lo anterior, se concluye que todos los municipios encuestados cumplieron con la presentación de la evaluación final según requerimiento por parte de la Secretaría de Salud Departamental, sin embargo, no se encontró un análisis de los indicadores de cada uno de los municipios, al igual que fuentes de verificación que permitieran corroborar la información entregada. Son pocos los municipios, que tuvieron en cuenta otros aspectos para la evaluación final de las acciones PAB, como el cumplimiento de las actividades programadas en el POA y el análisis de los informes entregados por los contratistas.

- Pregunta 25: Los indicadores de evaluación del año 2004 del PAB municipal de los proyectos prioritarios (circular 018) se encontraron en promedio en:

PROYECTO	NÚMERO DE INDICADORES CUMPLIDOS	VALOR OBTENIDO DEL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES
1.Reducción de las enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil (REIP)	10 DE 12	79.4%
2. Implementación de la política de salud sexual y reproductiva (IPSSR)	11 DE 15	73.4%
3.Prevenición y control de enfermedades transmitidas por vectores (PETV)	12 DE 24	50%
4.Promoción de estilos de vida saludables para la prevención y control de enfermedades crónicas (PEVS)	4 DE 6	63.9%
5. Fortalecimiento del plan nacional de alimentación y nutrición e implementación de la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (FPNA)	3 DE 6	50%
6. Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las políticas de salud mental y de reducción del consumo de sustancias Psicoactivas (RIS)	4 DE 6	63.9%
TOTAL	44 DE 69	63.4%

Tabla 8: Promedio de indicadores de evaluación del año 2004 del PAB municipal de los proyectos prioritarios (circular 018).

Según los datos obtenidos para los diferentes municipios encuestados del Huila, se observó que el menor cumplimiento frente a los seis proyectos que formaron el PAB, con un 50% se encontró en el proyecto tres que trata de la Prevención de las enfermedades transmitidas por vectores, ya que por ejemplo, no existieron las estrategias para la identificación de los principales criaderos de *Aedes aegypti*, a la vez, por deficiencia en los levantamientos de índices. Lo anterior se podría mejorar, propiciando la capacitación de los profesionales de la salud en el manejo de los pacientes con dengue, a través de la entrega de protocolos y documentos,

realizando las intervenciones para un control integral de la malaria y actividades con los escolares, buscando generar elementos culturales de participación comunitaria para el control de las enfermedades transmitidas por vectores.

El proyecto cinco que conforma el PAB municipal y que hace referencia al Fortalecimiento del plan nacional de alimentación y nutrición e implementación de la política de la seguridad alimentaria y nutricional, en estos diez municipios del Huila, solamente se cumplió en un 50 % y para superarlo, es necesario diseñar, desarrollar y evaluar estrategias de Información, Educación y Comunicación para los diferentes grupos de población, con énfasis en gestantes y adultos cuidadores de los menores de 5 años en aspectos como: promoción de la alimentación saludable, protección y apoyo a la lactancia materna, prevención y disminución de los riesgos para la malnutrición.

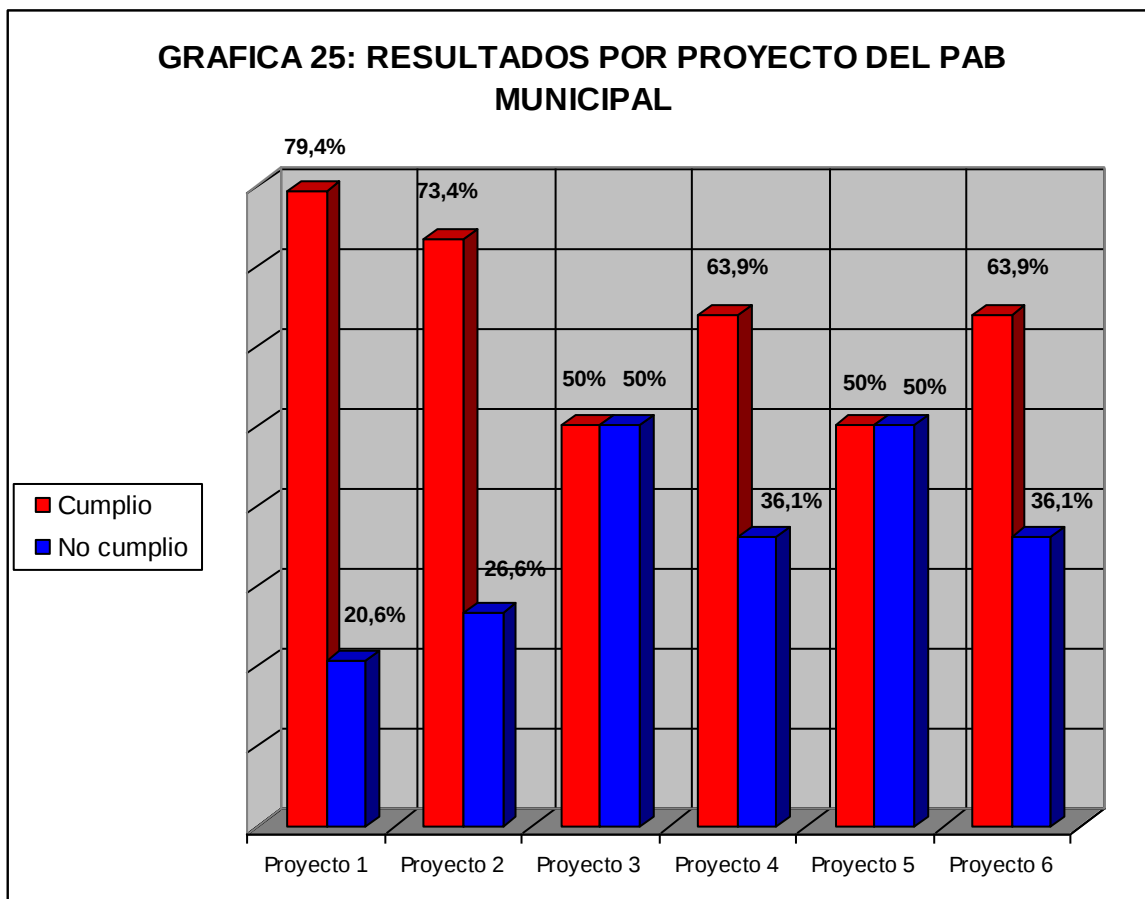
La Promoción de estilos de vida saludables para la prevención y control de enfermedades crónicas, que es el proyecto fase cuatro del PAB, solamente estuvo representada favorablemente en un 63,9 % de estos municipios. Por lo tanto, se debe promover con el ente municipal de deporte y cultura, programas de actividad física en diferentes grupos de la población (escolares, adolescentes, adultos mayores y población económicamente activa) con el fin de combatir el sedentarismo, promover una dieta balanceada para reducir el colesterol, el consumo de sal y azúcar, divulgar en los adolescentes el riesgo de la adopción de hábitos alimentarios que conducen a la anorexia y la bulimia, pero todos estos programas deben ser organizados de tal manera que se involucre a la mayor cantidad de personas residentes en los diferentes municipios y para poder aplicar cada una de las actividades se debe realizar un análisis de la salud de cada municipio con un perfil epidemiológico.

El proyecto seis del PAB, que se refiere a la Reducción del impacto en salud e implementación de las políticas en salud mental y reducción de sustancias Psicoactivas, tuvo una resultante que llega al 63.9% de favorabilidad. Aunque el porcentaje es alentador se pueden mejorar las acciones y resultados en temas o indicadores, tales como el diagnóstico de salud mental de los municipios, reducción de la demanda de Sustancias psicoactivas, fortalecimiento de las redes de protección y apoyo social en salud mental, número y porcentaje de Instituciones educativas que desarrollen estrategias y habilidades para vivir mejor y que desarrollan estrategias para la promoción de proyectos de vida sin drogas y la prevención del consumo, así como también, generar estrategias de movilización social para la promoción de la salud mental, prevención y control de problemas y comportamientos que afectan la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas desarrolladas y evaluadas

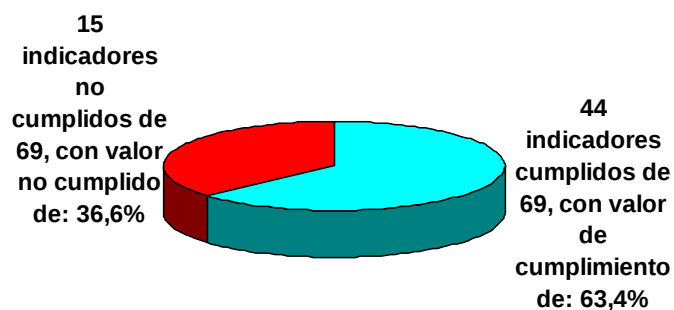
La Implementación de la política de salud sexual y reproductiva, es el asunto a tratar en el proyecto dos del PAB, con un resultado que llegó al 73.4%. Esto indica que aunque fue un alto promedio, se debieron reforzar los indicadores en aspectos

como número de adolescentes no asegurados en poblaciones en condición de desplazamiento, zonas marginales y de riesgo cubiertos con métodos de anticoncepción hormonal, de barrera y emergencia, la mayor y total cobertura de mujeres con citología cérvico vaginal según esquema 1-1-3, el número de IPS que cuentan con servicios de asesoría pre y postest y prueba voluntaria para VIH, las entidades territoriales que desarrollan estrategias de promoción de uso del condón, redes de protección y apoyo social a las víctimas de la violencia y abuso sexual e intrafamiliar conformada y operando, así como también, en la creación de un mejor modelo de atención integral de la violencia doméstica y sexual de estos municipios

Finalmente, el proyecto uno dedicado a la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil fue el proyecto que arrojó mejores resultados con un 79.4%, sin embargo, se denotaron mejores acciones a realizar en temas según el testimonio de algunos encuestados, en asuntos o indicadores tales como esquema completo de vacunación n menores de 1 año, lograr una total cobertura de niños y niñas de 1 año vacunados con triple viral y en niños y niñas menores de cinco años con todos los biológicos, así también, un mayor monitoreos de cobertura de vacunación, una búsqueda más activa de enfermedades como polio y de sarampión, un inventario de red de frío municipal más aproximado a la realidad de cada municipio.



GRÁFICA 26: RESULTADO GENERAL DE INDICADORES CUMPLIDOS Y VALOR DE CUMPLIMIENTO



Presentando un promedio y recurriendo a resultados cuantificables y por lo tanto necesarios a la investigación, se tiene que a nivel general en el 63,4% del PAB municipal de los diez municipios encuestados del Huila en el año 2004, se llevó a buen término, es decir, que en este porcentaje se cumplió con lo planeado y ejecutado. Por lo tanto, ha quedado un 36,6% de este Plan que por diversas razones no se llevó a cabo y que no es competencia de esta investigación determinar o valorar.

Desde la suma de los indicadores que formaron los seis proyectos del PAB municipal 2004, se tiene que en los diez municipios objeto de estudio del Departamento del Huila, se cumplieron 44 de los 69 indicadores establecidos, quedando un faltante de 15 de ellos que por lo tanto no se llevaron a buen término.

8. CONCLUSIONES

Quienes realizaron la presente investigación de corte cuantitativo – descriptivo retrospectivo, han considerado pertinente hacer notar tanto a asesores, respectivos coordinadores de los Planes de Atención Básica Municipal, a los Asesores y Jurados de la Universidad Surcolombiana, como a los compañeros de estudio y posibles lectores del presente documento, las conclusiones consignadas en los siguientes párrafos.

- En un alto porcentaje de los municipios encuestados del Departamento del Huila, se estableció que las funciones relacionadas con la elaboración de los PAB Municipales se están cediendo a las IPS públicas, entidades que sectorizan la concertación y priorizan las actividades a desarrollarse, de acuerdo a su criterio particular, lo cual no satisface las necesidades sentidas por la comunidad.
- En los municipios estudiados del departamento del Huila no existen criterios unificados respecto a los lineamientos y periodicidad de los informes que deben presentar los ejecutores del PAB durante el desarrollo de cada proyecto lo que ha generado que cada contratista presente informes según conveniencia y/o sugerencias dadas por cada Municipio, encontrándose debilidades en los aspectos que deben considerarse en la presentación de los informes.
- La interventoría en los municipios estudiados del departamento del Huila a los Planes de Atención Básica Municipales, no cuenta con una estructura unificada en cuanto a funciones, metodología y aplicabilidad a las necesidades del departamento, se encontraron municipios en los cuales esta actividad fue asumida por funcionarios públicos, que tienen a su cargo múltiples responsabilidades y en la mayoría de los casos realizaron una supervisión subjetiva y esporádica que les permitieron emitir una certificación de cumplimiento de las actividades PAB para el pago de las cuentas a los contratistas; en otros casos esta certificación fue dada sin tener en cuenta la realización de algún tipo de interventoría.
- En los municipios de mayor población, se encontró la particularidad de la contratación de interventores exclusivamente para el PAB, los cuales presentaron informes periódicos basándose en los informes de los contratistas y seguimiento financiero a los recursos asignados, se refleja la carencia de monitoreos continuos y planes de mejoramiento oportuno que evaluaran el cumplimiento de los indicadores de la circular 018.
- Los contratos que se realizaron para ejecutar las acciones PAB, no presentan de manera clara y detallada aspectos importantes. En una tercera parte el

objeto del contrato se presentó de manera generalizada sin mencionar los diferentes proyectos contemplados en el PAB, además en ninguno de los municipios se anexó el POA como soporte del objeto.

- Otro hallazgo relevante indica, que la mayoría de estos municipios no determinaron en el contrato con qué periodicidad se debían presentar los informes por parte de los contratistas, como tampoco los lineamientos para la presentación de los informes, de igual manera, no se enunció de manera precisa las cláusulas de incumplimiento, dificultando las exigencias por parte del contratante en su ejecución, seguimiento y evaluación.
- A nivel de interventoría a los PAB, no se determinó en el contrato quién la debía realizar y con qué frecuencia se debían presentar los informes, lo cual conllevó a que las interventorías no cumplieran con su verdadero objetivo. Por lo anterior se evidencia que la elaboración de los convenios, se hizo sin tener en cuenta el seguimiento que se debe realizar a los mismos para el cumplimiento de los proyectos, lo que generó que se presentaran solo los informes anuales exigidos por la secretaria de salud departamental y que no existiera un proceso de evaluación continuo, que permitiera implementar planes de mejoramiento oportuno y tomar las medidas pertinentes.
- En esta investigación se encontró que en los municipios estudiados del departamento del Huila, hubo un porcentaje significativo de ejecución de los recursos PAB por parte del municipio a través de personal a su cargo, cambiando el antecedente histórico de contratación única con las IPS públicas, esto se fundamentó en que los municipios afirman que la IPS pública utiliza el mismo personal que tiene contratado para actividades propias de la institución en la realización de las actividades PAB, disminuyendo el tiempo de ejecución de dichas acciones.
- Por otro lado, se debió analizar los resultados obtenidos de la realización de los proyectos cuando fueron ejecutados por el municipio, teniendo en cuenta que los ejecutores PAB fueron diferentes para cada vigencia causando la no continuidad en el desarrollo de los programas afectando la disminución de indicadores de morbilidad y aumento de coberturas de los programas de salud en la comunidad.
- Como se sabe, 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, algunos de los municipios que contrataron el PAB no realizaron este proceso, lo que pudo generar procesos continuistas que limitaran el desarrollo de programas de salud novedosos que superaran los planteamientos del desarrollo desde el sector salud; además el no realizar convocatorias públicas pudo inducir al manejo clientelista de los recursos.

- En los municipios que contrataron la ejecución del PAB con alguna ESE, el personal encargado cumplió labores asistenciales. Esta situación, sumada a la conocida crisis hospitalaria que obliga a las instituciones a competir en el mercado de la salud, dificultó el cumplimiento de las acciones de promoción, prevención y vigilancia incluidas en el PAB y limitó la generación de procesos intersectoriales.
- 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.
- Finalmente, se concluye que ya sea el ejecutor del PAB, la IPS pública, el municipio o un ente privado, lo realmente importante es implementar estrategias que permitan la continuidad en los procesos, el cumplimiento de las acciones, el seguimiento continuo y la evaluación permanente de resultados generados en la comunidad.
- El desorden administrativo entorpece la rendición de cuentas por parte de las entidades locales de salud. Cuando en estas entidades locales de salud no existen reportes oficiales que den cuenta del manejo de los fondos del PAB, se impide 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.

9. RECOMENDACIONES

Se considera pertinente hacer tanto a los representantes y coordinadores del sector salud de los distintos municipios del Huila, como a los representantes y dirigentes del departamento, las siguientes recomendaciones:

- Implementar necesariamente una minuta de contratación para los Planes de Atención Básica que contenga lineamientos claros y precisos referentes al objeto, en el cual además de mencionar los proyectos prioritarios PAB anexas el POA y los indicadores de la circular 018, duración del contrato, indicaciones y periodicidad en la presentación de informes, cláusulas de incumplimiento, formas de pago, realización de la interventoría con su ejecutor y periodicidad, con el fin de garantizar la exigencia del cumplimiento del contrato.
- Diseñar un modelo de presentación de informes por parte de los contratistas, en el cual se incluya un análisis cuali-cuantitativo de las actividades realizadas, con los debidos soportes y avances de resultados obtenidos en términos de indicadores de la circular 018.
- Desarrollar mecanismos de concertación amplia con todos los sectores representativos de la comunidad, a partir de este proceso y teniendo el perfil epidemiológico de la comunidad formular la priorización de problemas, de dónde se obtienen las actividades a ejecutar en cada uno de los proyectos prioritarios del PAB. La elaboración de los Planes de Atención Básica Municipales, debe estar liderada por el municipio.
- Realizar la respectiva interventoría, con el fin de garantizar el cumplimiento de los Planes de Atención Básica Municipales en todos los municipios del departamento del Huila, la cual debe ser realizada por personal idóneo y con disponibilidad para el cumplimiento de las respectivas funciones, para evaluar el cumplimiento del POA mediante la medición de indicadores de la circular 018.
- Realizar una concertación previa a la proyección de los planes operativos anuales; de igual manera elaborar los POA con un equipo interdisciplinario liderado por la Alcaldía Municipal, para garantizar la adecuada ejecución de los Planes de Atención básica Municipales,
- Generar disminución de indicadores de morbi-mortalidad, para lo cual es necesario que la estrategia utilizada en los planes de atención básica municipales sea continua en el tiempo, y cuente con un personal idóneo que la desarrolle, evitando entorpecimiento del proceso y creando posibilidades para crear experiencias exitosas.

- Presentar de manera pertinente 3 informes de los avances obtenidos en los proyectos de los Planes de Atención Básica con el fin de analizar, evaluar y tomar los correctivos oportunos para cumplir con el objetivo deseado. Los Concejos Municipales de Seguridad Social en Salud, son los entes que direccionan la salud en cada municipio.
- Incrementar y defender la salud de sus individuos y restaurarla cuando se ha perdido. Por tal razón, 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 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.
- Ejecutar un buen proceso de planificación, para 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.
- 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. En la práctica, alcanzar este nivel de articulación en una sociedad con una historia de fragmentación social como la actual, 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. Los municipios con control social, cuentan con un punto a favor en la construcción de una ciudadanía participativa al nivel del declarado Estado Social de Derecho, que promulga la 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. 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. La participación comunitaria

puede influir en la calidad de los programas de salud pública y dar cuenta del grado de cohesión social.

- 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 inequidades en salud que aún existen.

BIBLIOGRAFÍA

ANUARIO ESTADISTICO DEL HUILA 2003 – 2005, Departamento Administrativo de Planeación, Editorial Surcolombiana, Neiva.

ARIAS CASTRO. Daniel I., (2002), Normatividad en torno a los Planes de Atención Básica de Colombia, Ediciones Libertad, 3ª edición, Bogotá.

BASTOS, Antonio., (1998), Investigación Educativa, Instituto Internacional de Teología a Distancia, 4ª edición, Bogotá D.C., Editorial Indo- American Press Service, pág. 102

CHÁVEZ G. Blanca Myriam y otros., (2004), El Plan de Atención Básica en los municipios descentralizados de Colombia 2001 – 2004, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 22 No. 2, Universidad de Antioquia, Medellín, Pags. 77 – 89.

CIRCULAR EXTERNA N°. 0018, Febrero 18 de 2004, Ministerio de Protección Social, versión magnética.

CIRCULAR EXTERNA 0052 de 12 de diciembre de 2002, Ministerio de Trabajo y Salud, República de Colombia, versión magnética.

CODIGO DE ETICA PROFESIONAL DEL INVESTIGADOR SOCIAL, redactado por el Consejo Nacional de Psicología, aprobado según ley 58 de 1983, 1ª edición, Santafé de Bogotá, ediciones ARFO, junio de 1986, 106 p.

COMTE, J. (1997), Métodos de Investigación Cuantitativa, 2ª edición, México, Ed, Mac Graw Hill, pág. 189.

DECRETO 1757 de Agosto de 2004, Ministerio de Protección Social, República de Colombia, versión magnética.

DICCIONARIO D ELA LENGUA ESPAÑOLA, (2001), Real Academia Española, 22 Edición. Madrid, Editorial Real Academia Española, 2001.

ENCARTA, Biblioteca de Consulta Virtual, Corporation Microsoft, versión 2005.

GÓMEZ VELA, María, y Sabeh, Eliana N., (2003), Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Salamanca.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto y Otros., (1998), Metodología de la Investigación, 2ª edición, México. D.F., Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores .S.A., Pág 58.

LEY 100 de 1993, Sistema de Seguridad Social Integral, (2003), Editorial Unión Limitada, Bogotá, pág 115.

LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Diario Oficial No. 41.148, versión magnética.

LEY 715 del 21 de diciembre de 2001, Artículo 1, versión magnética.

LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DEL PAB 2004, (2004), Ministerio de Protección Social, Dirección General de Promoción y Prevención, Bogotá. Versión magnética.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Circular 052 de Diciembre de 2003.

PARRA PARRA, José Eurípides., (2004), Proceso Para La Elaboración De Los PAB Municipales, Ediciones Oficial, Bogotá, p 56-57

RESOLUCION 4288 de 20 de noviembre de 1996, preámbulo, Ministerio de Salud, versión magnética.

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DEL HUILA. Evaluación en Salud Pública. Documento de trabajo Plan de Atención Básica Departamento del Huila. Neiva, 2005, págs 58 – 99.

SUÁREZ, Pedro. (2001), Metodología de la Investigación: Diseños y técnicas. Bogotá, Editorial Orión, pág. 108

www.gobernaciondelhuila-secretariadesalud1-2.htm

www.minprotecciónsocial.gov.co

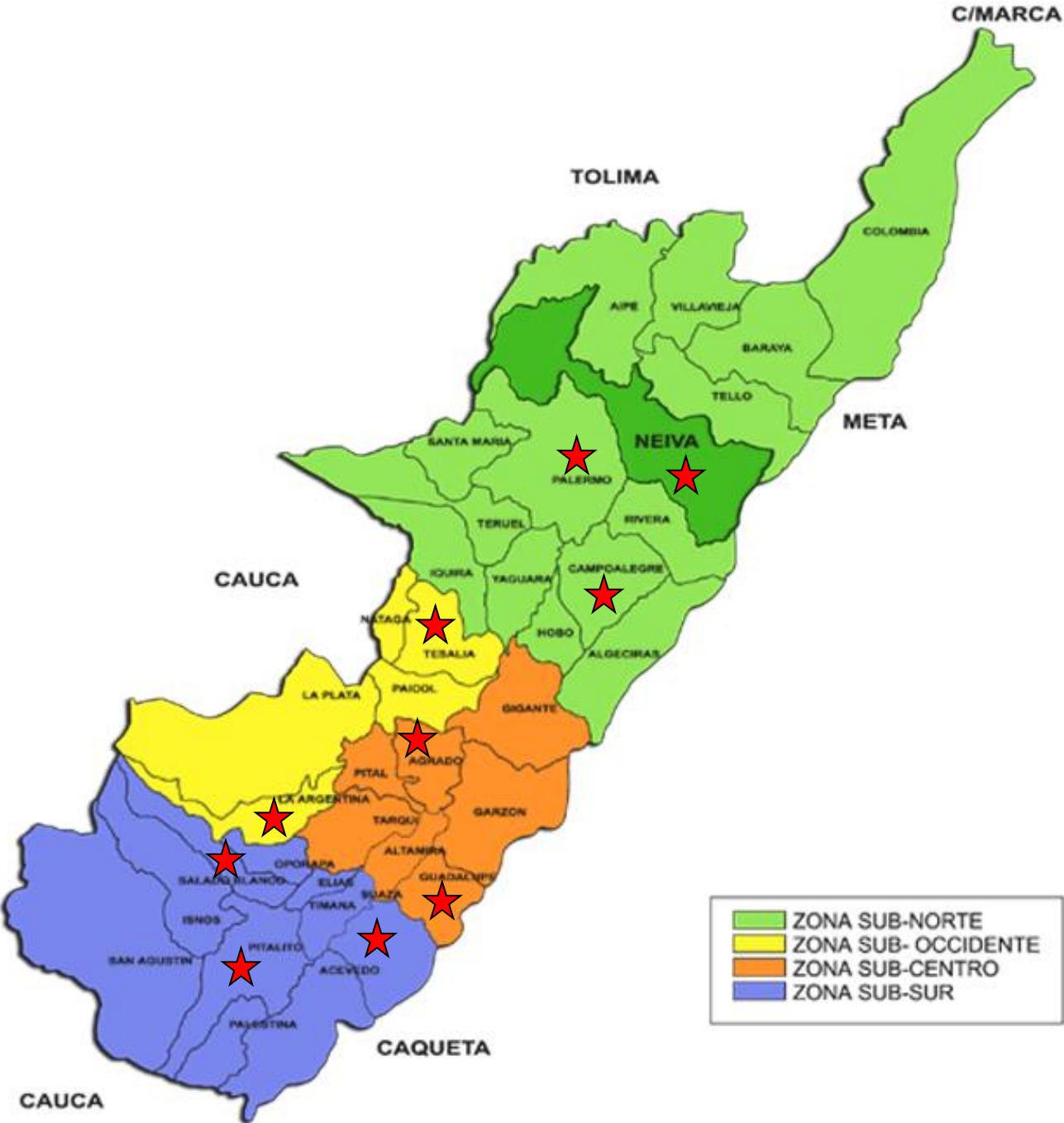
ANEXOS

ANEXOS

Anexo A: Ubicación de Departamento del Huila en Colombia



Anexo B: Municipios del Huila donde se recolectó la información



★ = 10 de los 37 municipios que tiene el Departamento, equivalentes al (27%)

Anexo C: Instrumento empleado para recolección de la información

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
OBJETIVO: REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y
EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ATENCIÓN BÁSICA MUNICIPALES EN EL DEPARTAMENTO
DEL HUILA, AÑO 2004.

AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN Y OBJETIVIDAD EN LAS RESPUESTAS

I. IDENTIFICACION

Fecha: _____ Municipio: _____
Persona encuestada: _____ Cargo: _____

II. PLANIFICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BASICA

1. En el ente territorial ¿qué personas y /o entidades fueron las encargadas de la elaboración del documento del Plan de Atención Básica Municipal?
- a. Municipio _____
 - b. IPS pública _____
 - c. Personas o entidades particulares _____
 - d. Otras _____ ¿Cuáles? _____

2. Existieron mecanismos de concertación con la comunidad para la elaboración de cada uno de los proyectos del PAB 2004?
- a. SI _____
 - b. NO _____

En caso afirmativo están respaldadas por:

1. Actas _____ 2. Firmas _____ 3. Certificación del CTSSS _____
4. Otros _____ ¿Cuales? _____

3. El proceso de elaboración y aprobación del Plan de Atención Básica Municipal 2004 se hizo mediante:
- a. Certificación del Concejo Territorial de Seguridad en Salud _____
 - b. Concepto técnico de la Secretaria de Salud Departamental _____
 - c. Actas de aprobación del concejo _____
 - d. Todas las anteriores _____
 - e. Ninguna de las anteriores _____
4. ¿Cuándo se informó de la revisión y concepto del PAB por parte de la Secretaría de Salud Departamental?
- a. Primer trimestre _____
 - b. Segundo trimestre _____
 - c. Tercer Trimestre _____
 - d. Cuarto trimestre _____
5. ¿Como califica la intervención de la secretaria de salud Departamental en el proceso de Planificación, Ejecución y Evaluación de los PAB municipales?
- a. Malo _____
 - b. Regular _____
 - c. Bueno _____
 - d. Excelente _____

6. En el Municipio el porcentaje de contratación para la ejecución de los Planes de Atención Básica 2004 fue:

IPS pública del municipio _____ %

Institución privada de salud _____ %

Municipio _____ %

Otros _____ % Cuáles _____

7. Existió un convenio ínter administrativo o contrato entre el Municipio y las Personas o entidades que ejecutaron el Plan de Atención Básica?.

a. Si _____

b. No _____

En caso positivo especificar

a. Convenio. ¿Con qué entidad? _____

b. Contrato. ¿Con qué entidad? _____

Verificar la información.

8. El convenio ínter administrativo o contrato hizo referencia en su objeto a:

a. Programas _____

b. Proyectos incluidos en el POA-PAB 2004 _____

c. Generalidades de la ejecución del PAB _____

d. Todo el POA (anexo al convenio/contrato) _____

9. Dentro del convenio ínter administrativo o contrato, con respecto a los ejecutores del PAB se determinó:

a. Periodicidad de informes de los contratistas _____ ¿Cada cuanto? _____

b. Lineamientos para la presentación de los informes y soportes _____

c. Cláusulas de incumplimiento. _____

d. Todas las anteriores _____

e. Ninguna de las anteriores. _____

10. Dentro del convenio ínter administrativo con respecto al seguimiento del Plan de Atención Básica se determina:

a. Quién realiza el seguimiento _____

b. Con que periodicidad _____

c. Soportes de cumplimiento _____

d. Todas las anteriores _____

e. Ninguna de las anteriores _____

f. Otras _____ ¿Cuáles? _____

III. EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BASICA

11. En el municipio ¿Se llevó a cabo seguimiento al Plan de Atención Básica Municipal?

a. Si _____

b. No _____

12. ¿Qué entidad o persona realizó el seguimiento al Plan de Atención Básica dentro del municipio?

a. Representante del municipio _____

b. Representante de la IPS Pública _____

c. Persona o entidad particular _____

d. Otros _____ Cuáles _____

13. ¿Cuándo se inició la ejecución de las actividades del PAB de cada vigencia?

a. Primer trimestre _____ b. Segundo trimestre _____

c. Tercer Trimestre _____ d. Cuarto trimestre _____

14. ¿Con qué criterios se inició la ejecución del PAB?
- Aprobación por parte del consejo de Seguridad Social en Salud _____
 - Convenio inter administrativo o contrato _____
 - Conceptualización por parte de la Secretaría de Salud Departamental _____
 - Todas las anteriores _____
 - Ninguna de las anteriores _____
 - Otras _____ Cuáles _____
15. ¿Con qué periodicidad presentaron los ejecutores del PAB los informes de cumplimiento de actividades al ente territorial?
- Mensual _____
 - Bimensual _____
 - Trimestral _____
 - Semestral _____
 - Otras _____
16. ¿Presentaron los interventores informes de la ejecución del convenio/contrato PAB?
- SI _____
 - NO _____

En caso afirmativo, ¿cada cuánto?

IV. EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BASICA MUNICIPAL

17. ¿Se realizó evaluación técnica al proceso de ejecución de actividades del Plan de Atención Básica?
- Si _____
 - No _____
18. En caso positivo ¿Qué se tuvo en cuenta para realizar seguimiento técnico al Plan de Atención Básica Municipal?
- Soportes visuales y auditivo de realización de actividades _____
 - Informes por escrito apoyado en indicadores de cumplimiento y POA _____
 - Monitoreos aleatorios en la comunidad del cumplimiento de actividades _____
 - Ninguno _____
 - Todos _____
 - ¿Otros? _____ ¿Cuáles? _____
- Verificar información
19. ¿Con qué periodicidad se realizó evaluación técnica al Plan de Atención Básica municipal?
- Mensual _____
 - Trimestral _____
 - Semestral _____
 - Anual _____
 - No hay _____
 - ¿Otro? _____ ¿Cuál? _____
20. ¿En cada proyecto se evaluaron resultados de acuerdo a las metas e indicadores de la circular 018?
- Si _____
 - No _____

En caso positivo ¿Con qué periodicidad?

- Mensual _____
 - Bimensual _____
 - Trimestral _____
 - Semestral _____
 - Anual _____
- Verificar.

21. ¿Se realizó evaluación financiera al proceso de ejecución del Plan de Atención Básica?
- a. Si _____
- b. No _____
22. En caso positivo ¿Qué se tuvo en cuenta para realizar el seguimiento financiero al Plan de Atención Básica Municipal?
- a. Legalización del convenio _____ b. Disponibilidad presupuestal _____
- c. Registro presupuestal _____ d. Pagos hechos _____
- e. Todas las anteriores _____ f. Ninguna de las anteriores _____
- g. Otros _____
23. El pago de las cuentas del Plan de Atención Básica estuvo sujeto a:
- a. Presentación previa de los informes de ejecución _____
- b. Previa presentación de los informes de ejecución y respectivos soportes _____
- c. Certificación de cumplimiento de actividades por parte del interventor _____
- d. Cumplimiento de fechas estipuladas en el convenio _____
- e. Todas las anteriores _____
- f. Ninguna de las anteriores _____
24. La evaluación final del Plan de Atención Básica Municipal se realizó de acuerdo a:
- a. Elaboración del Plan Operativo anual según lineamientos de circular 018 _____
- b. Informe final según lineamientos de Secretaría de Salud departamental. _____
- c. Medición de cumplimiento de metas e indicadores para cada uno de los proyectos según circular 018 _____
- d. Informes presentados por los ejecutores del PAB sobre realización de actividades de los diferentes proyectos _____
- e. Todas las anteriores _____
- f. Ninguna de las anteriores _____
25. Los indicadores de evaluación del año 2004 del PAB municipal de los proyectos prioritarios (circular 018) se encontraron en promedio en:

PROYECTO	VALOR ESTANDAR	VALOR OBTENIDO
1.Reducción de las enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil (REIP)		
2. Implementación de la política de salud sexual y reproductiva (IPSSR)		
3.Prevenición y control de enfermedades transmitidas por vectores (PETV)		
4.Promoción de estilos de vida saludables para la prevención y control de enfermedades crónicas (PEVS)		
5. Fortalecimiento del plan nacional de alimentación y nutrición e implementación de la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (FPNA)		
6. Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las políticas de salud mental y de reducción del consumo de sustancias Psicoactivas (RIS)		
TOTAL		

Fecha:

Encuestador:

Anexo D: Modelo de diario de campo empleado

DIARIO DE CAMPO

N° _____

Municipio: _____	Hora inicio: _____
Lugar: _____	Hora final: _____
Fecha: _____	Realizado por: _____
Direc: _____	_____
Actividad: _____	N° asistentes: _____
<u>Situación</u>	<u>Comentario</u>
<u>Observaciones:</u> _____	

