

Promoción, Prevención, Municipalización y Aseguramiento en Salud, en Siete Municipios

Liliana Silva R.¹, Vicente Herrera T.² y Carlos A. Agudelo C.³

¹ Odontóloga. Especialista en Epidemiología Oral. M. Sc. Salud Pública. E-mail:
franjaor@hotmail.com.

² Médico. Especialista en Planificación y Administración del Desarrollo. Especialista en Gerencia Social. Contraloría de Bogotá. Subdirección de Fiscalización de Salud. Tel 3363907. E-mail convinciente@hotmail.com

³ Médico. Periodista. M. Sc. en Salud Pública, M. Sc. en Ciencias. Departamento de Salud Pública y Tropical. Instituto de Salud en el Trópico. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. E-mail: cagudelo@bacata.usc.unal.edu.co

RESUMEN

Bajo la premisa de que el ente político administrativo fundamental del Estado en el nivel local es el municipio, se realizó un estudio de casos para identificar relaciones potenciales entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, según el Plan de Atención Básica y el Plan Obligatorio de Salud, y los procesos de municipalización y aseguramiento en salud. La municipalización en salud se interpretó como la capacidad de asumir competencias y responsabilidades desde lo local y la descentralización como el otorgamiento de la certificación al municipio que cumple los requisitos establecidos en el país al respecto. Se estudiaron tres municipios certificados y cuatro no certificados y se analizaron los grados de desarrollo de la municipalización y las coberturas de aseguramiento en salud. Se encontró que mayores desarrollos en promoción y prevención se relacionan con mayores desarrollos en la municipalización, independiente de que el municipio se haya descentralizado. En el proceso de aseguramiento el avance más importante es la responsabilidad del municipio en la afiliación de la población al régimen subsidiado.

Palabras Claves: Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, municipalización, descentralización, aseguramiento en salud.

ABSTRACT**Promotion, prevention, municipalization and health assurance in seven municipalities**

Under the assumption that the State's basic administrative entity at local level is the municipality, a case study was carried out to identify potential relationships between health promotion and prevention, according to the Basic Attention Plan and the Compulsory Health Plan, and the processes of municipalization and health assurance. Municipalization of health was defined as being the ability to undertake competency and responsibility at the local level, and decentralization as being the certification that a municipality complies with all national requirements for such purpose. Three certified and four non-certified municipalities were studied, and their degrees of development of municipalization and their coverage of health assurance were analyzed. Greater developments in health promotion and prevention are related to greater developments in decentralization, independently of municipality decentralization. The most important advance in the health assurance process is the municipality's responsibility to affiliate its population to the subsidized regime.

Key words: Promotion, prevention, municipalities, decentralization.

La descentralización en salud tomó forma en Colombia con el Decreto 77 de 1987, que transfirió a los municipios responsabilidades en la provisión de servicios de salud del primer nivel de atención (1). Se continuó en los años posteriores con un conjunto de normas que distribuyeron competencias, recursos y poder de decisión a las entidades territoriales para la prestación de servicios básicos a cargo del Estado. Dentro de esta normatividad se encuentran la Ley 10 de 1990, y las Leyes 60 y 100 de 1993. Esta última creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, caracterizado por la descentralización y el aseguramiento en salud mediante la afiliación de las personas a dos regímenes, el contributivo y el subsidiado (2,3).

La Ley 715 de 2001 (4), replanteó las competencias municipales y el flujo de los recursos financieros. Establece que en la prestación de servicios, ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud, quedando obligados a articularse a la red departamental. En el área de salud pública, el municipio asumirá las acciones de promoción y prevención que hacían parte del Plan Obligatorio de Salud-POS subsidiado.

En el marco del SGSSS, la promoción de la salud y la prevención de la

enfermedad se entienden, la primera, como un “conjunto de acciones intersectoriales y de movilización social, orientadas a dotar a la gente de los medios y condiciones para ejercer un mejor control sobre el entorno, su salud y la de su comunidad” y la segunda, como un “conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables”(5).

La promoción y prevención hacen parte del Plan de Atención Básica-PAB, y del Plan Obligatorio de Salud-POS. El PAB conforma el componente de colectivo y de salud pública, a cargo del Estado, que incluye además de la promoción y prevención, acciones de vigilancia en salud pública y de vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente. Las acciones del PAB, son de dos clases. Las de obligatorio cumplimiento, como por ejemplo la información a la población sobre sus derechos y deberes en el SGSSS, tamizaje en salud visual, desarrollo del sistema de vigilancia en salud pública, vigilancia en la aparición de zoonosis, y los proyectos intersectoriales en salud pública como la adopción de estrategias de municipio y escuela saludable, promoción de la convivencia pacífica, promoción de la alimentación sana y otras (6).

El POS es de dos tipos: contributivo (para los que cotizan) y subsidiado (para quienes lo reciben como subsidio). Tanto en uno como en el otro se incluyen actividades de atención personal de promoción y prevención. Algunos ejemplos son: prevención de enfermedades inmunoprevenibles, prevención de alteraciones en el crecimiento y desarrollo, prevención en salud bucal, prevención de enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (7).

Un municipio logra descentralizarse cuando recibe del Ministerio de Salud o del departamento un certificado que lo califica como tal, tras haber cumplido los siguientes requisitos: creación de una instancia que organice la salud (Dirección Local de Salud, Secretaría Municipal de Salud, Secretaría de Desarrollo Social), adopción de una metodología para la elaboración del plan sectorial de salud, adopción de procedimientos de programación y control de programas de salud, transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado (entidades con autonomía administrativa y financiera), creación del Fondo Local de Salud, organización del sistema básico de información, celebración de contratos en la prestación de servicios de salud, organización del régimen de carrera administrativa y del manual de cargos, y afiliación a los empleados a la seguridad social (8-10).

En términos prácticos la descentralización le permite al municipio autonomía en algunos aspectos, en especial en el manejo de los recursos. Adicionalmente, tal tipo de municipios hacen parte de un sistema de salud en el cual, según las normas, se debe practicar la subsidiariedad, coordinación y complementación de los servicios, así como los niveles de atención, entre otros.

De otro lado, la municipalización de la salud incluye, además del traslado al municipio de las funciones y recursos en salud (11), la construcción social, técnica, política y administrativa del sistema de salud desde lo local, buscando acercar al ciudadano a la gestión pública para obtener mayores niveles de eficiencia y eficacia en la gestión y los servicios.

En este sentido, el municipio es el escenario en donde se deben poner en práctica los postulados constitucionales de acción estatal, democracia participativa, planeación del desarrollo, mejoramiento social y cultural, y participación comunitaria (12,13). Entre las competencias en salud que deben ser asumidas por los municipios se encuentra la realización de las acciones contenidas en el PAB.

Al tiempo, la municipalización, supone una dinámica de empoderamiento en diversos ámbitos: las condiciones para la vida democrática, las prácticas políticas y la acción institucional. Los actores relevantes en salud, y en especial la comunidad, deben crear las capacidades, asumir las responsabilidades y generar las alternativas que permitan el direccionamiento del sistema de salud local en concordancia con su propia problemática, su visión y sus recursos. Es claro que un proceso de tal complejidad, va más allá que los requisitos formales a cumplir para obtener la mencionada certificación. Con estos significados se utiliza el término municipalización en el presente estudio.

De otra parte, el aseguramiento en salud es entendido como la afiliación de las personas a dos tipos de entidades que deben responder frente a las contingencias y riesgos derivados del proceso de salud-enfermedad: Empresas Promotoras de Salud-EPS y Administradoras del Régimen Subsidiado-ARS. Estas entidades administran los recursos pero, los municipios tienen competencia para asegurar a la población más pobre al POS subsidiado (14).

En consecuencia, el aseguramiento en salud complementa el PAB y debería fortalecer la promoción y prevención. Se esperaría que, con la implementación de los procesos de descentralización, municipalización y aseguramiento en salud, se fortalecieran las actividades de salud pública, en especial en los municipios certificados, con un incremento de las acciones intersectoriales, de la participación social, y cambios positivos en los perfiles epidemiológicos, entre otros resultados. Sin embargo, las relaciones de la descentralización y el aseguramiento con la municipalización y la salud pública no son directas ni

necesarias, sino que operan con relativa independencia. Puede darse la descentralización sin crear las condiciones indispensables para el empoderamiento de la comunidad. En otros términos, las relaciones entre estos procesos no se dan por si solas, ni necesariamente están atadas a las demás, sino que deben ser social y políticamente construidas.

Las expresiones del proceso real de los municipios, sugieren la misma idea. En un estudio reciente (15) se encontró que el 54 % de los municipios del país considera que la certificación es conveniente, mientras que el 13 % creía no ganar nada con la certificación, el 12 % no la vio conveniente e, incluso, un 6 % consideró que cumple los requisitos formales pero no desea obtener la certificación. De otra parte, el 58 % de los municipios del país afirmaron estar cumpliendo con la totalidad de los requisitos para la "certificación" y 6 % de manera parcial. En el año 2000, el 56 % de los Alcaldes presidían las Juntas Directivas de los hospitales locales lo cual indicaría que han asumido responsabilidades en salud; así mismo, el 64 % de los municipios contaban con Dirección Local de Salud en operación, el 72 % creó el fondo local de salud y un 9 % ha adelantado tareas para su constitución. De todas maneras, una Dirección de Salud incorporada a la administración central del municipio sugiere una mayor responsabilidad política con las funciones del sector y de su integración con el conjunto de políticas locales sociales y ambientales.

En opinión de los Alcaldes o directores de salud de 33 municipios, los problemas para lograr la descentralización en orden de importancia fueron: falta de recursos financieros, cambios en las normas, falta de capacitación comunitaria, dificultad para exigir esfuerzo fiscal, falta de apoyo técnico nacional y departamental, falta de capacidad técnica y local, contradicciones políticas locales, y exceso de competencias (16).

En el tema de la municipalización, no existen estudios que centren su atención en las relaciones de este proceso y del aseguramiento con la promoción y prevención. Este campo resulta importante en la medida que políticas nacionales e internacionales se orientan a dar cada vez mayor importancia a la promoción y prevención, como estrategia para mejorar las condiciones de salud, la producción económica y el desarrollo social.

En el SGSSS se han logrado avances y se han generado un conjunto de problemas y dificultades en el área de promoción y prevención, con respecto al desarrollo institucional, la planeación, la gestión, las herramientas de vigilancia, las actividades y la capacitación.

El Departamento Nacional de Planeación plantea como avances: adecuación de los Planes de Atención Básica a comunidades indígenas, actualización de

protocolos de vigilancia epidemiológica, capacitación en control vectorial, adquisición y distribución de insumos críticos para el control de enfermedades inmunoprevenibles, elaboración de guías para brindar atención en salud a la población desplazada, diseño del plan nacional de atención a las personas con discapacidad, expedición de las resoluciones 412 y 3384 de 2000 del Ministerio de Salud, en las que se adoptan las normas técnicas y guías de atención para acciones de protección específica y detección temprana (17).

Así mismo, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000 (18), se encontró que la proporción de nacimientos que reciben atención prenatal por parte de personal profesional -médico o enfermera- se ha incrementado, de 67 % en 1986, a 82 % en 1990 y 1995, y 91 % en el año 2000. Entre 1990 y el 2000, el nivel de cuidado prenatal pasó de 88 a 94 % en la zona urbana y de 71 a 84 % en la rural.

Pero, de otra parte, las coberturas de vacunación han venido en descenso desde el año 1997. En 1995 y 1996 se alcanzaron las coberturas más altas con todos los biológicos del Plan Ampliado de Inmunización-PAI, con porcentajes superiores al 90 %. En 1997 este porcentaje varió entre el 75 y 88 % (19). En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000 (18), se encontró que solamente el 52 % de los niños de un año recibieron todas las vacunas para su edad, cuando en 1995 la recibieron el 66 %. En el 2000, la vacuna con mayor cobertura en menores de un año fue la BCG con 90,1 %, y la más baja *haemophilus* con 64,6 % (20).

En este marco, el presente estudio, se propuso examinar el desarrollo o desempeño de la salud pública, según el PAB, y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad del POS, e identificar las relaciones potenciales con la implementación de los procesos de municipalización y aseguramiento en salud en siete municipios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos, en siete municipios colombianos. Se tuvo en cuenta que el PAB se reglamentó en 1996, estableciéndose las competencias del municipio, y que en el mismo año se determinaron como de obligatorio cumplimiento las actividades de promoción y prevención a cargo de las aseguradoras.

Se estudiaron los siguientes municipios:

Tabla 1. Características de los municipios estudiados^a

Departamentos	Municipios	Población 2000	Área municipal Km. ²	Descen- traliza- ción	Km de Bogotá	Km-Capital Más próxima
Atlántico	<i>Pto. Colombia</i>	37 324	73	Si	1 025	18-Barranquilla
Atlántico	<i>Santo Tomás</i>	26 636	67	Si	1 031	24-Barranquilla
Quindío	<i>Calarcá</i>	75 432	208	Si	625	7-Armenia
Cundinamarca	<i>El Colegio</i>	22 527	985	No	59	59-Bogotá
Cundinamarca	<i>Madrid</i>	52 110	120	No	29	29-Bogotá
Cundinamarca	<i>Zipaquirá</i>	91 113	194	No	50	50-Bogotá
Quindío	<i>Circasia</i>	26 285	87	No	632	20-Armenia

^a En esta tabla y en adelante, los municipios descentralizados (certificados) se designarán en estilo *italica*.

Se examinó el comportamiento de los municipios durante el período 1997-2000. Los actores con los que se interactuó durante el proceso de la investigación y de los cuales se obtuvo información, fueron los siguientes: Alcaldías Municipales, Direcciones Locales de Salud, Hospitales Locales, Secretarías de Salud Departamentales y Ministerio de Salud.

Variables

En la Tabla 2, se presentan las categorías y las variables utilizadas en el estudio, así como algunos de sus componentes. A las variables y componentes se les definieron los respectivos indicadores.

Programas trazadores

Para la comparación del PAB y el POS se conformaron dos grupos de programas trazadores, teniendo en cuenta criterios como representatividad de la gestión en salud pública, existencia de información sobre su desarrollo y relevancia en cuanto a su beneficio para la comunidad. En el caso del PAB se escogieron: zoonosis, enfermedades trasmítidas por vectores-ETV, vigilancia y control de alimentos; en el caso del POS: control de crecimiento y desarrollo, y Plan Ampliado de Inmunización-PAI.

Recolección de la información

En el año 2001 se utilizaron tres métodos de recolección de información: dos visitas de observación a cada municipio, entrevistas con personas claves, y revisión documental en las Direcciones Locales de Salud, Secretarías de Salud Departamentales y el Ministerio de Salud. Se obtuvo información cuantitativa y cualitativa

Tabla 2. Categorías y variables del Estudio

Categorías	Variables y componentes
Municipalización en salud	Direccionalidad del sistema de salud: funcionamiento de la Dirección Local de Salud, o entidad similar, emisión y control de normas en salud pública, articulación de la salud al desarrollo municipal, elaboración de políticas locales y de investigación en salud. Planeación, diagnóstico en salud y sistema de información: metodología definida para planear salud, documento Plan Local de Salud, periodicidad de análisis de la situación de salud, detección de estado de salud, riesgos y factores, disponibilidad y uso de información Finanzas locales de salud: manejo y seguimiento de recursos, procedimientos de presupuestación, esfuerzo por captación de recursos propios Administración del recurso humano, físico y técnico: definición del requerimiento de personal, forma de selección del recurso humano, modalidad de vinculación laboral, perfil del Director local de salud, afiliación del personal a seguridad social, necesidades en equipamiento local. Gestión de la prestación de servicios de salud: seguimiento a la gestión de Instituciones Prestadoras de Salud, impacto de la transformación de subsidios de oferta a demanda, fomento de la oferta y competencia de servicios Gestión de la prestación de servicios de salud a población vinculada: diseño de políticas y conocimiento del perfil socioeconómico y de salud de la población no asegurada Gestión de la participación social y ciudadana: dinámica de la participación, incremento de las organizaciones sociales, papel del usuario en el SGSSS. Gestión del aseguramiento en los regímenes subsidiado y contributivo: porcentaje de población con aplicación de la encuesta Sistema de Selección de Beneficiarios-SISBEN, conocimiento del perfil socioeconómico y de salud de la población, vigilancia a las ARS-EPS, balances de la gestión de la promoción y prevención desarrolladas por las aseguradoras.
Descentralización en salud	Municipios certificados como descentralizados
Aseguramiento en salud	Cobertura de población afiliada al régimen contributivo y en el régimen subsidiado
Plan de Atención Básica - PAB	Planeación del PAB: participación social, análisis del diagnóstico local en salud, asistencia técnica, complementariedad con el POS, integración al Plan Local de Salud y Plan Local de Desarrollo, evaluación del PAB de años anteriores, instituciones participantes en la elaboración del PAB y funciones, metodología utilizada en la priorización de problemas en salud, concordancia entre proyectos priorizados y proyectos formulados. Talento humano del PAB: grado de formación académica, años de experiencia, modalidad de vinculación laboral. Formulación y diseño de proyectos: coherencia en el diseño y con la normatividad vigente al momento del estudio. Ajuste a lineamientos: Concordancia entre proyectos formulados y lineamientos PAB Departamentales y del Ministerio de Salud. Cumplimiento de las actividades programadas: porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas en los proyectos. Cambios en el desempeño de los programas trazadores a partir del aseguramiento en salud y del manejo directo del programa por el municipio.
Promoción y prevención del POS	Cobertura de los programas: proporción de población beneficiada. Cambios en el desempeño de los programas trazadores a partir del aseguramiento en salud.

Procesamiento y análisis de la información

Se establecieron las frecuencias y proporciones de las variables cuantitativas. Para el análisis cualitativo se construyeron escalas ordinales que permitieron ubicar las variables respectivas y compararlas entre si. Así, cada uno de los 62 componentes de las variables correspondientes a la municipalización en salud se valoró en una escala con tres opciones de respuesta: A (municipalización baja), B (municipalización moderada), C (municipalización alta), lo que permitió comparar las variables entre si y estimar los grados de desarrollo de la

municipalización.

Los hallazgos de la municipalización en salud y de coberturas de población afiliada a los dos regímenes en salud, en municipios certificados y no certificados, se compararon con el análisis del PAB y promoción y prevención del POS, con el fin de establecer las relaciones potenciales.

RESULTADOS

Municipalización en salud

La municipalización en salud es considerada por la mayoría de actores como la posibilidad para diseñar planes propios, ajustados a las realidades locales, manejar los recursos, contratar personal, así como lograr el mejoramiento de las instituciones de salud; pero aún es un proceso inconcluso, que ha encontrado múltiples obstáculos.

Si bien con la municipalización se definieron funciones para los diferentes niveles territoriales, falta claridad en la delimitación de algunas competencias y por lo tanto estas no han sido asumidas de manera total. Además, se ha originado una fragmentación en el ejercicio de las funciones, de forma que las responsabilidades se diluyen entre los diferentes actores.

No se apreciaron diferencias importantes en la municipalización en salud entre municipios certificados y no certificados. Los mejores desarrollos en el grado de municipalización se encontraron en *Calarcá*, seguido de *El Colegio* y los más pobres se presentaron en *Circasia* seguido de *Puerto Colombia*. Por otra parte, *Calarcá* que tenía certificación más reciente, obtenida en el año 2000, mostró mejor municipalización que los municipios con más trayectoria como certificados, como el caso de *Puerto Colombia*, obtenida en 1994. Es decir, la certificación parece ser solo un formalismo y no un proceso de asimilación y desarrollo de capacidades locales e institucionales.

En la Tabla 3, se presentan los resultados de la valoración de la municipalización. Dado que cada variable tiene un conjunto de componentes, en la tabla se presenta únicamente el resultado sintético o tendencia predominante.

Tabla 3. Desarrollo en la municipalización en salud. 2000

Criterios	Puerto Colombia	Santo Tomás	Calarcá	El Colegio	Madrid	Zipaquirá	Circasia
Direccionalidad del sistema de salud	A,B	B	B,C	B	B	B	A
Planeación, diagnóstico en salud y sistema de información	A	A	B,C	A,B	A,B	A,B	A
Finanzas locales de salud	A	A	B,A	A	A	A	A
Administración del recurso humano, físico y técnico	A,B	B	B,A	B,C	A,B	B,A	A
Gestión de la prestación de servicios	A	A,B	B,A	A,B	A	A,B	A
Gestión de la prestación de servicios a población vinculada	A	A	A,B	A	A	A	A
Gestión de la participación social y ciudadana	A	A	B,A	B	A	A	A
Gestión del aseguramiento en régimen subsidiado	A	A,B	A,B	A,B	A	A	A
Gestión del aseguramiento en régimen contributivo	A,B	A	A	A	A	A	A
Total	A	A,B	B,A	A,B	A	A	A

A: Municipalización baja; B: Municipalización moderada; C: Municipalización alta

En la Tabla 4, se presentan los principales avances encontrados, así como los problemas y obstáculos. Se advirtió, en general que los municipios con mayores avances en la municipalización en salud presentan un mayor compromiso de las autoridades locales y de la comunidad en la gestión de la salud, y una mejor articulación al desarrollo municipal.

Aseguramiento en salud

Las coberturas aproximadas, de población afiliada al régimen contributivo, a Junio del 2001, fueron de mayor a menor: Zipaquirá 47 %, Madrid 44 %, Calarcá de 21 %, Circasia 15 %, El Colegio 10 %, Santo Tomás 7 % y Puerto Colombia 5 %. Estos resultados, revelan que el comportamiento del aseguramiento al régimen contributivo no sigue la certificación.

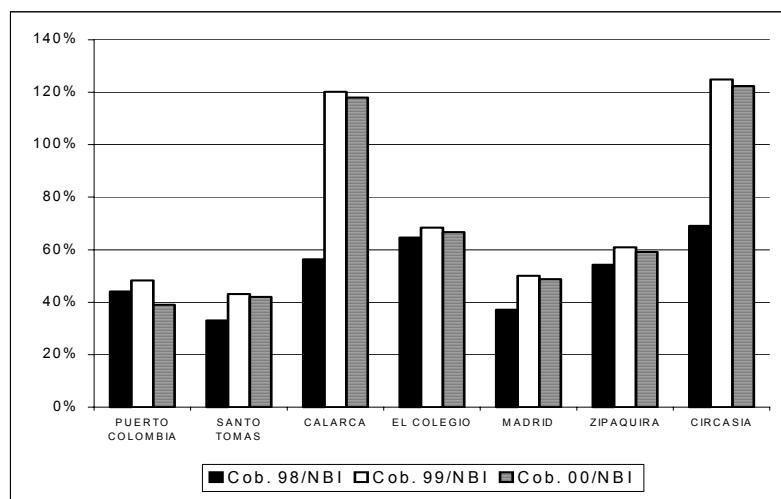
Las coberturas de afiliación al régimen subsidiado de la población con NBI, en el año 2000, fueron de mayor a menor: Circasia 122,4 %, Calarcá 117,9 %, El Colegio 66,7 %, Zipaquirá 59,2 %, Madrid 48,8 %, Santo Tomás 42 % y Puerto Colombia 39 %. No se percibieron diferencias entre municipios certificados y no certificados en las coberturas de afiliación al régimen subsidiado (Figura 1).

Tabla 4. Aspectos en la municipalización en salud. 2000

Aspectos	Avances y logros	Problemas o dificultades	Obstáculos
Direccionalidad del sistema de salud	Sentido de pertenencia de la comunidad al hospital público Organización de salud Compromiso autoridades	Falta operatividad a las instituciones La gestión de políticas locales en salud se concentra en adaptar lineamientos nacionales	Escasa coordinación entre los diferentes actores del sistema
Planeación, diagnóstico en salud y sistema de información	Se han conformado Comités de Vigilancia Epidemiológica Algunos cuentan con equipos y personas responsables de la información	No se aplica una metodología definida para planear salud	A excepción del hospital local, los demás actores poco participan en el manejo de información
Finanzas locales de salud	Diversas fuentes financieras	Falta seguimiento a los recursos en salud	No se evidencia esfuerzo en la captación de recursos propios
Administración del recurso humano, físico y técnico	Personal afiliado a la seguridad social en salud. Estabilidad de director local en salud	La selección del personal se da más por criterio político que técnico	Inestabilidad laboral
Gestión de la prestación de servicios	Trasformación de hospitales en Empresas Sociales del Estado. Acreditación de servicios a las instituciones de salud y registro de prestadores	No existe seguimiento a la gestión de las instituciones en salud	La conversión de los hospitales públicos a Empresas Sociales del Estado, es formal y no estructural
Gestión de la prestación de servicios a población vinculada	Perfil socioeconómico de esta población	No se conoce el perfil de salud de esta población	No se ha diseñado políticas para atención de vinculados
Gestión de la participación social y ciudadana	Incremento de las organizaciones sociales	El papel del usuario en el SGSSS se limita a la demanda de servicios	Dinámica de participación débil
Gestión del aseguramiento en régimen subsidiado	Aplicación del SISBEN superior al 80% de la población con NBI y la focalización se ha realizado con base en criterios técnicos	No se conoce el perfil de salud de la población afiliada. No hay balances de la gestión de la promoción y prevención desarrollada por las ARS	A las ARS no se les realiza seguimiento de contratos Interventoría débil
Gestión del aseguramiento en régimen contributivo	No se encontraron avances	No se conoce el perfil socioeconómico y en salud de la población afiliada No hay balances de la gestión de la promoción y prevención desarrollada por las EPS	No se aplica vigilancia a las EPS en los aspectos financieros, aseguramiento, prestación de servicios, calidad, acceso

En el proceso de aseguramiento el avance más importante encontrado en la gestión local de salud fue la responsabilidad municipal en la afiliación de la población al régimen subsidiado. Con la legislación presente, el municipio puede focalizar la aplicación de los instrumentos de selección, elegir los beneficiarios, afiliarlos al sistema, establecer contratos con las aseguradoras y hacer los seguimientos respectivos.

Figura 1. Cobertura (%) de afiliación al régimen subsidiado de la población con NBI en los siete municipios. 1998 - 2000



Plan de Atención Básica

Los PAB existentes en la mayoría de municipios eran de los años 1998, con ajustes de 1999 y 2000. Los sectores que participaron en el diseño y ejecución del PAB fueron en especial, las Direcciones Locales de Salud y el Hospital Local. Dadas las características del PAB, este ha sido pensado para que se vincule efectivamente a la población en su formulación y gestión, y se realicen ajustes organizacionales, técnicos y financieros, en las direcciones de salud y demás instituciones que tienen que ver con este plan. En este sentido, se esperaría que como responsabilidad municipal y en cabeza del Alcalde, se propiciara la participación de diferentes sectores, pero lo que se encontró es que el principal protagonista de acercamiento y compromiso con la comunidad es el Hospital Local, restándole así trascendencia al empoderamiento de los municipios como razón de ser de la descentralización.

El personal a cargo del PAB, en la mayoría de municipios tenían vinculación laboral por contrato, con alta rotación. Esta modalidad de contratación no permite la continuidad necesaria en los procesos que se están ejecutando y genera escaso compromiso con la labor a desempeñar.

En general, se encontró que para asignar el personal en el PAB no se exigen requisitos específicos de trabajo en promoción y prevención, lo que puede entorpecer su normal desarrollo, considerando que el trabajo en comunidad requiere de no solo formación académica, sino también elementos como el compromiso, motivación y satisfacción con lo que se hace, habilidades para trabajar en equipo y capacidad de convocatoria a la participación, destrezas en comunicación y concertación, entre otras.

En la Tabla 5 se resumen aspectos analizados en la planeación del PAB por municipio.

Tabla 5. Planeación del PAB por municipio. 1998-2000

Aspectos de la planeación	Pto. Colombia	Santo Tomás	Calarcá	El Colegio	Madrid	Zipaquirá	Circasia
Participación social	No	Amplia	Amplia	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial
Análisis del diagnóstico local en salud	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Diagnósticos actualizados	No	No	Sí	No	No	No	No
Asistencia técnica recibida	Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Insuficiente
PAB complementario al POS	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí
Metodología de priorización de problemas	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Concordancia en problemas priorizados y proyectos formulados	Sí	Parcial	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí
Integrado al Plan Local de Salud	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Integrado al Plan Local de Desarrollo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Evaluación de PAB anterior	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

En cuanto al diseño de los proyectos, a excepción de *Calarcá*, estos se caracterizaron por una escasa definición y descripción del problema que pretenden resolver, lo que dificulta el seguimiento de la gestión. De otro lado, las metas no eran viables en algunos casos, en los tiempos establecidos, y los indicadores utilizados se limitaron al cumplimiento de las actividades programadas. Solo *Calarcá* construyó indicadores de estructura, proceso y resultado.

La formulación de los proyectos se ajustó a los lineamientos nacionales y departamentales (5,21). Sin embargo, algunos municipios formularon proyectos que contemplaban actividades individuales de prevención primaria y detección precoz, correspondiente a la promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud-POS, como la fluorización, vacunación y detección de hipertensión arterial. Esto desvía los recursos financieros y humanos previstos para la realización del PAB hacia la prestación de servicios que ya se encuentran financiados por otras fuentes dentro del sistema.

En los proyectos de promoción y prevención de obligatorio cumplimiento, se destaco el interés de la mayoría de municipios por orientar a la población a los servicios del POS, y en informar a la población sobre sus derechos y deberes en el SGSSS. Los proyectos que presentaron mayores avances en cuanto a población beneficiada fueron los de vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente. Este aspecto llama la atención de manera particular, ya que aunque la responsabilidad por los proyectos es de los municipios, son desarrollados por los hospitales, ya sea por interés propio o por que han sido contratados por aquellos. Es probable que en esta situación incidan la presencia de personal experto y la experiencia de más de 10 años de los hospitales en este campo.

Las mayores limitaciones en la formulación y realización de proyectos se encuentran en el área de vigilancia en salud pública, con fallas en el sistema de notificación, no sólo por la escasa participación de las instituciones y por la falta de coordinación, sino porque la información generada no se utiliza para la toma de decisiones. Estas deficiencias, tanto en la formulación de los proyectos como en las acciones a realizar, podrían ser subsanadas, al menos en parte, mediante la asistencia técnica en la gestión de la salud pública. Sin embargo, esta no fue prestada en la medida necesaria, ya que los actores municipales indican la falta de apoyo técnico desde los Departamentos en la elaboración y seguimiento del PAB.

En la Tabla 6, se presentan los principales avances y limitaciones en el diseño y ejecución del PAB por municipio. En general, puede afirmarse que como responsabilidad municipal, falta apropiarse aún más de las potencialidades del PAB para generar impactos en la salud pública.

Tabla 6. Avances y limitaciones del Plan de Atención Básica por municipio 1998-2000

Municipio	Avances	Limitaciones
Puerto Colombia	Interés por canalizar la población a los servicios de promoción y prevención del POS	Escaso diseño de proyectos Escasa formulación de proyectos de información a la población en derechos y deberes en el SGSSS Tiempos de ejecución cortos para lograr las metas planteadas
Santo Tomás	Interés por canalizar la población a los servicios de promoción y prevención del POS	Escasa formulación de proyectos de vigilancia en salud pública
Calarcá	El mejor en diseño De los mejores en integrar los proyectos de obligatorio cumplimiento e intersectoriales de salud pública Interés por fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública	Parcial cumplimiento de las actividades programadas en proyectos de vigilancia y control de factores del riesgo del ambiente
El Colegio	De los mejores en integrar los proyectos de obligatorio cumplimiento e intersectoriales de salud pública Interés por fortalecer estrategias de carácter participativo e intersectorial	Tiempos de ejecución cortos para lograr las metas planteadas en algunos proyectos
Madrid	Cumplimiento de las actividades programadas en proyectos de vigilancia y control de factores del riesgo del ambiente	Escasa formulación de proyectos intersectoriales de salud pública
Zipaquirá	Cumplimiento de las actividades programadas en mayoría de proyectos	Escasa formulación de proyectos de vigilancia en salud pública
Circasia	Cumplimiento de las actividades programadas en proyectos de vigilancia y control de factores del riesgo del ambiente	Escaso diseño de proyectos

Promoción y prevención en el Plan Obligatorio de Salud

Se recopiló información de las coberturas del programa del Plan Ampliado de Inmunización, en los municipios de Calarcá, Madrid, Zipaquirá y Circasia, en el año de 1999.

En Calarcá las coberturas en este programa, en menores de 1 año, fueron de 66,1 % en *Haemophilus*, 88,9% en BCG, 91 % en antipolio, 94,5 % en DPT y 99,6 % en Hepatitis B. En Madrid la cobertura en toxoide tetánico, en gestantes fue de 12 %, en triple viral, en niños de 1 a 3 años fue de 20 %,

en BCG fue de 156 %. En Zipaquirá la cobertura en triple viral fue menor al 60 %. En Circasia las coberturas en menores de 1 año, en el primer semestre de 1999, fueron de 38,7 % en BCG, 52 % en DPT, 53,2 % en antipolio, 57,4 % en hepatitis B y 59,4 % en *Haemophilus*.

Los hallazgos de coberturas de vacunación no útiles (por debajo del 85 %) en algunos municipios se pueden explicar en parte por barreras en el acceso a los servicios, problemas de oportunidad en los mismos y alta rotación del personal de salud. Además, las competencias que deben ser asumidas por parte de los actores dificultan la coordinación de las acciones y el manejo de la información.

En *Puerto Colombia* y *Santo Tomás*, la cobertura de los programas de promoción y prevención son muy bajas, a pesar de que son de obligatorio cumplimiento para las aseguradoras en salud, son costo-efectivas en el control y erradicación de las enfermedades y se encuentran financiadas con cargo a la UPC en la población afiliada. Así, en *Puerto Colombia* en los años 1999 y 2000 se encontraron coberturas en el programa de crecimiento y desarrollo de 10 % y en el programa de citologías cervicouterinas de 11 %. En *Santo Tomás* en el primer semestre del año 2000, la cobertura en el programa de citologías cervicouterinas fue de 5,8 %, en acciones de prevención en salud oral fue de 9 %, en crecimiento y desarrollo fue de 18 % y en control prenatal fue de 77 %.

En gran parte de los municipios estudiados, se encontró que la red de prestadores de servicios no es adecuada para ofrecer las actividades de promoción y prevención, de forma que estas actividades siguen siendo prestadas por la red pública, tanto a la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, como a los no afiliados. Las aseguradoras en salud actúan con un interés más particular que social. Además, la población desconoce el sistema de referencia para acceder a los servicios de manera integral. Lo anterior confirma el débil o ausente papel de las aseguradoras en las labores de promoción y prevención.

En los municipios no se ha realizado vigilancia de las actividades de promoción y prevención del POS por instancias como la Superintendencia en Salud, el Ministerio de salud, las Secretarías Departamentales o Direcciones Locales en Salud sobre las aseguradoras en salud. El control, se limita a la intervención en casos puntuales originados en las quejas y reclamos. Además no hay claridad en la institución responsable de esta función. La evaluación de los programas por parte de las Secretarías Departamentales, solo se encontró en el Plan Ampliado de Inmunización

(PAI).

Relaciones Potenciales

Los municipios que presentaron mejor municipalización en salud como *Calarcá* y *El Colegio*, presentaron igualmente mejores resultados en el desempeño del PAB. También se encontró lo opuesto: municipios con una pobre municipalización como *Circasia* y *Puerto Colombia* se acompañaron de menores logros en el desempeño del PAB.

Las actividades de promoción y prevención en el POS resultaron indicadores inapropiados por la escasa información sobre las mismas.

No se observaron diferencias apreciables en las acciones del PAB y actividades de promoción y prevención del POS, entre los municipios certificados y los que no lo estaban.

Algunas características de los municipios que presentaron mejores resultados en el desarrollo o desempeño del PAB son: proyectos intersectoriales más frecuentes, adoptaron la estrategia de municipio saludable y tienen interés por canalizar la población del PAB a los servicios del POS. Además, municipios como *Calarcá* y *El Colegio* desean fortalecer la participación social.

Los indicadores de aseguramiento, en especial la cobertura o afiliación a la seguridad social, no mostraron relaciones potenciales con la descentralización, la municipalización, ni el desarrollo de la promoción y prevención.

Los diversos actores de la mayoría de municipios, consideraron que el aseguramiento no ha cambiado el desempeño de los programas de zoonosis y Enfermedades Trasmitidas por Vectores-ETV, mientras que el de vigilancia y control de alimentos se ha desmejorado. En este último programa, por ejemplo, con alguna frecuencia los manipuladores de alimentos han encontrado obstáculos para la toma de pruebas necesarias para obtener la constancia como manipuladores.

De otra parte, los actores entrevistados manifestaron que el manejo directo de los programas por los municipios, ha desmejorado el desempeño de los programas de Zoonosis, y vigilancia y control de alimentos, pues se considera que los municipios tienen escasa capacidad técnica y operativa. En

el programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores-ETV, existe la percepción de que ha mejorado, al parecer debido a que dentro de los lineamientos del PAB expedidos por el Ministerio de Salud se fortalece y apoya el control de vectores y es, además, un plan nacional.

En los programas trazadores de promoción y prevención en el POS, la mayoría de actores entrevistados manifestaron que el aseguramiento no ha incidido en el programa de crecimiento y desarrollo, mientras que el programa de vacunación se ha desmejorado.

DISCUSIÓN

Si bien en el país se han incrementado el número de municipios certificados en los últimos tres años, y esto indica el logro de unas condiciones mínimas para el ejercicio de la autonomía y el manejo de recursos, la certificación se ha convertido en una estrategia polémica como instrumento para resolver, por si sola, los problemas centrales de la conducción de la salud en las localidades. Debemos recordar que la Ley 10 de 1990 estableció un plazo de 6 años para que todos los municipios lograran la descentralización. Sin embargo, en Octubre del 2001 sólo lo habían logrado el 65,6 % de los Departamentos, los cuatro distritos y el 50,3 % de los municipios (22).

Algunos estudios recientes se han ocupado de examinar la descentralización y municipalización, asimilando esta última a la primera, para lo cual utilizan un conjunto de indicadores centrados en las funciones administrativas y de control asignadas a la dirección local de salud y al municipio (23,15). En este estudio la categoría municipalización la definimos de manera más amplia que en los estudios anteriores, aplicable a los municipios descentralizados y a aquellos que no lo han logrado. El conjunto de categorías que utilizamos, centradas en programas específicos de salud, pública, promoción y prevención conforman un enfoque que, no sólo permite separar los procesos de descentralización y de municipalización, sino que también permite identificar las heterogeneidades que se presentan en el grupo de municipios descentralizados. De otra parte, este enfoque está más cerca de la noción de “empoderamiento” que el alcance de la certificación y la descentralización técnica-administrativa.

El hallazgo de una relación potencial entre municipalización y mayor desarrollo del PAB sugiere la necesidad de someter esta categoría, enriqueciéndola con otras variables de empoderamiento, a una evaluación más amplia y controlada, con el fin de establecer modelos de análisis de la

descentralización que incluyan no sólo los contenidos y procesos técnico administrativos, sino también los logros en el desarrollo democrático: ciudadano, participativo y político.

Desde este punto de vista, para llevar a cabo de manera efectiva actividades de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud en medio de procesos de descentralización, se requiere que no sólo las instituciones a cargo de estas actividades cuenten con condiciones y capacidades técnicas, administrativas y políticas, sino que también los municipios las asuman con enfoques transformadores y estratégicos. Los resultados indican que la certificación y su correlato de descentralización no expresan de manera apropiada los procesos de municipalización (1), el avance tecnológico y administrativo, ni el desarrollo de la prevención y la promoción. Los municipios no parecen contar con suficientes estímulos para asumir de manera integral la descentralización y la Ley 60 les permitió manejar los recursos y competencias en salud, aún sin la certificación. Sin embargo, en el caso de los Departamentos, por las funciones que tienen asignadas, la certificación expresa más fielmente la capacidad de operar en descentralización. Los hallazgos sobre los componentes y procesos de la municipalización ratifican la aseveración anterior.

Entre otros aspectos se encontró que en materia fiscal las rigideces de las normas sobre transferencias automáticas han conllevado a la ineficiencia e ineeficacia en la ejecución del gasto público en los niveles territoriales. En lo institucional no se han considerado los principios de gradualidad y diversidad para los desarrollos normativos y para impulsar estrategias de mejoramiento de la gestión. Por tanto, se presentan notorias debilidades en el seguimiento de la gestión, adecuación progresiva de la organización y asistencia técnica. La planeación es poco utilizada para infundir una orientación estratégica a la acción local y esta pobremente articulada al desarrollo local. Otro tanto puede afirmarse de la promoción y la prevención, cuya observación y análisis se centró en la estructuración y desarrollo de las mismas, incluyendo criterios como la política y los contratos, la planeación y ejecución de actividades, participación, coordinación, acción intersectorial, evaluación, educación, población beneficiada, vigilancia y control.

Algunos estudios han visualizado diversas dimensiones de esta problemática. En general, hay vacíos y debilidades en los procesos antes y después de la certificación. Las estructuras municipales sobre las cuales se sustenta la certificación y la capacidad de gestión son aún incipientes en el país o no están articuladas a un desarrollo institucional sostenible (24). Así mismo, en un estudio de casos y controles realizado en 1997-1998 en 22 municipios, no se encontraron diferencias significativas entre los municipios

“certificados” y los “no certificados”. Los autores argumentan que si bien la certificación sugiere la ruta a seguir para lograr la gestión local de la salud, no genera suficientes incentivos para que todos los municipios lo hagan, y no es un indicador apropiado de descentralización (25).

Un aspecto ligado a la debilidad de la certificación como incentivo, es su relación con el flujo de recursos, la disponibilidad de los mismos y la autonomía en su utilización. Los municipios certificados pueden recibir y administrar de manera directa el situado fiscal en salud¹, que viene normativamente atado a determinadas inversiones. El municipio “no certificado” no administra su situado fiscal, pero no deja de recibirla vía el Departamento y/o el hospital. Los dineros provenientes de las participaciones municipales y del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA le son girados de todas maneras en forma directa, con o sin certificación (25). De otra parte, un municipio certificado, no recibe necesariamente el situado fiscal para su manejo autónomo. De hecho, el 27 % de los municipios certificados no recibieron en 1999 el situado fiscal y, además, se encuentran en proceso de negociación para asumir el manejo del recurso financiero, debido a que tienen cargas previas de personal, como la retroactividad de cesantías y de convenciones colectivas onerosas (26).

Todo esto sugiere que la descentralización sigue siendo una tarea inconclusa, cuya validez para el país es constantemente cuestionada por las dificultades que afronta, las que deben ser superadas para que opere con mayor fuerza como herramienta de progreso y de paz. (27).

Algunos de los indicadores utilizados permitieron valorar el compromiso de las autoridades municipales en el proceso de municipalización. Parte de aquel es la credibilidad y el deseo de progreso, en especial del alcalde y su trabajo en equipo con los diferentes actores involucrados. Considerado así, el compromiso es clave para consolidar el proceso de municipalización en salud y lograr desarrollos en la salud, pública, promoción y prevención. Esto por cuanto el PAB puede representar un espacio para el trabajo intersectorial e interdisciplinario en torno a la salud, dando lugar a la creación en algunos municipios de grupos extramurales que se aproximan más sólidamente a las comunidades. En otros términos, un compromiso más decidido de las autoridades locales con la salud permite que se den relaciones positivas entre el PAB, la participación social y la prevención y promoción.

¹ Nota del Editor: Se entiende por situado fiscal la transferencia de una parte de los ingresos corrientes de la nación, aproximadamente una cuarta parte del total, destinados por la Constitución para educación y salud.

Aunque en la ejecución de los proyectos siguen primando las estrategias de educación mediante la realización de actividades como talleres y charlas, cuyo alcance es limitado, se encuentra motivación para desarrollar otras estrategias de mayor carácter participativo e intersectorial, como el uso de los medios masivos de comunicación, la articulación con el sector educativo en los proyectos de escuelas saludables, con los sectores de asesoría técnica agropecuaria y productiva, como en el caso de El Colegio, y la búsqueda de opciones de política pública local que apunten a mejores niveles de vida.

La participación de la comunidad no se da en todas las fases del PAB; es palpable en el diagnóstico y priorización en algunos de los municipios, pero es escasa en el diseño de las acciones concretas, y es muy restringida en los procesos de toma de decisiones; es poco evidente en los procesos de evaluación. Esto reduce el alcance de la estrategia de empoderamiento.

Una apreciación similar podría formularse respecto a la coordinación con sectores diferentes al de los servicios de salud. Aunque el trabajo intersectorial en el PAB se ha acrecentado, en especial en la fase de elaboración y formulación de proyectos, no hay suficiente liderazgo ni coordinación por parte de la autoridad municipal

El acceso a los servicios de salud no es universal, sino que depende del tipo de afiliación a la seguridad social que se tenga. El acceso de los vinculados a los servicios de promoción y prevención dependió de la existencia y disponibilidad de programas específicos para ellos. Tal hecho se observó donde el hospital no ha perdido el referente colectivo y el sentido social, como en Circasia, El Colegio y Madrid.

La libre escogencia de aseguradoras y prestadores de salud no opera de manera apropiada ya que aunque se encuentren varias aseguradoras en los municipios, estas ofrecen la misma red de servicios: generalmente todas las administradoras tienen contrato para los servicios de primer nivel del hospital local.

En algunos casos las actividades de promoción y prevención en el POS se transfieren a las IPS. Por ejemplo, el programa de vacunación que es asumido por el hospital local aun sin contrato con las administradoras o aseguradoras. De otro lado, los servicios del PAB y de promoción y prevención del POS apuntan más a la población urbana, y su evaluación no es integral, ya que se limita al cumplimiento de las actividades programadas,

los alcances en coberturas y la ejecución de dinero. El sistema de vigilancia, control y seguimiento a los múltiples actores que participan de la elaboración y ejecución en estos planes de beneficios es débil, sin claridad en los entes responsables de esta labor. Adicionalmente muchos de los ejecutores de las actividades presentan una alta rotación laboral, ya que están vinculados mediante contratos que no permiten su estabilidad, por lo que existe la posibilidad de que tanto los programas como sus ejecutores entren a ser parte de maniobras clientelistas.

Estas evidencias, si bien limitadas por el alcance de un estudio de casos, sugiere la necesidad de abordar un replanteamiento a fondo de las políticas y programas de salud pública que armonicen la descentralización con la certificación y fortalezcan la municipalización. El análisis de los efectos del Acto Legislativo 012 y la Ley 715 de Diciembre del 2001, que reformulan competencias, recursos y transferencias, puede ser una buena oportunidad para ello ♦

Agradecimientos: A la Representación de la Organización Panamericana de la Salud-OPS en Colombia por su apoyo financiero. Al Dr. Ramón Granados de la OPS en Colombia por sus comentarios, aportes y orientaciones.

REFERENCIAS

1. Jaramillo I. La descentralización del sector salud en Colombia. Balance del proceso de descentralización. Ministerio del Interior; 1997.
2. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Descentralización. Tema III. Comisión de racionalización de las finanzas públicas. El saneamiento fiscal un compromiso de la sociedad. Bogotá;1997.
3. Departamento Nacional de Planeación. Planeación y desarrollo. Como va la descentralización; 1998. Vol. XXIX, No. 4
4. República de Colombia. Diario Oficial. Ley 715 de diciembre 21 de 2001.
5. Ministerio de Salud. Dirección general de promoción y prevención. Lineamientos para el desarrollo del Plan de Atención Básica en el año 2000. Bogotá; enero de 2000.
6. Ministerio de Salud. Resolución 4288 de noviembre 20 de 1996.
7. Ministerio de Salud. Resolución 3997 del 30 de octubre de 1996.
8. Ministerio de Salud. ABC de la descentralización; 1993.
9. Ministerio de Salud. Como organizar el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud; 1995.
10. Departamento Nacional de Planeación. Documento para el desarrollo territorial No.3. Elementos para la gestión local; 1998.
11. Ministerio de Salud. Descentralización y municipio saludable. Bogotá; 1992.
12. Ministerio de Salud. Guía para candidatos a Alcaldes. El componente salud en el programa de gobierno municipal. Programa sistemas municipales de salud;

1997

13. Gómez JE. La certificación en salud y el avance de la descentralización en las entidades territoriales. Revista Escuela Superior de Administración Pública. Elementos para la gestión local de la seguridad social. Bogotá; 2000: 15-26.
14. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la Ley 100. FESCOL, Fundación Corona. 1997.
15. Jaramillo I. Evaluación de la descentralización en salud en Colombia. Departamento Nacional de Planeación; Septiembre, 2001.
16. Di Gropello E, Rosello C. Descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de las experiencias latinoamericanas. Naciones Unidas. Chile;1998.
17. Departamento Nacional de Planeación. División de salud y seguridad social. Evaluación al Sistema de Seguridad Social en Salud. La salud en la agenda para la paz. Mandato ciudadano por la paz. Bogotá: Corporación salud y desarrollo. 2000: 149-191.
18. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y salud. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Octubre, 2000.
19. Muñoz S, Roa A. Estudio de financiamiento del PAI en Colombia: Impacto de la reforma y la descentralización. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. 1999.
20. Ministerio de Salud. Situación de Salud en Colombia. Boletín indicadores Básicos 2001.
21. Ministerio de Salud. Cartilla el Componente salud en el programa de Gobierno municipal. La función de garantizar la salud. Plan de Atención Básica. Bogotá; Octubre 2000.
22. Ministerio de Salud. Dirección de Análisis y Política Sectorial.
23. Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década. Portafolio. 27 de Noviembre de 2001. Bogotá.
24. Echeverry ME. Balance de los procesos de descentralización y participación social en Colombia en la década de los 90. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2000. 18 (2): 20-38.
25. Yepes F, Sánchez LH. La descentralización de la salud en Colombia. Estudio de casos y controles. Asociación Colombiana de Salud; 2000.
26. Herrera V, Cortez A. Análisis de la descentralización de la política social y municipalización del Sistema General de Seguridad Social en Salud en municipios de cuarta, quinta y sexta categoría. Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública; 2000.
27. Presidencia de la República. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002. Cambio para construir la paz.