

Modelo de Control de Malaria en el Departamento de Antioquia. Estudio de Casos

VIVIANA CERÓN RODRÍGUEZ

Recibido 12 Marzo 2004/Enviado para Modificación 25 Mayo 2004/Aceptado 17 Agosto 2004

RESUMEN

Objetivos El trabajo se orientó hacia la descripción del modelo de control de la malaria en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, buscando contribuir a un mejor entendimiento de las problemáticas actuales.

Métodos Se realizó un estudio de casos múltiples, descriptivo y evaluativo, en el cual se obtuvo información cuantitativa y cualitativa, de fuentes primarias y secundarias. La recolección de la información se realizó en Septiembre de 2003.

Resultados Se encontró una tendencia creciente de la morbilidad, acentuada en la década de los noventa, pero con una disminución significativa en la mortalidad. Se identificó la estructura bajo la cual opera el programa en el marco de la descentralización y la reforma a partir de la Ley 100 de 1993; y su influencia sobre el modelo en su totalidad. Se conocieron las percepciones de los actores y las debilidades y fortalezas del modelo.

Conclusiones Los hallazgos sugieren que el modelo de control cuenta con algunos logros importantes y también presenta debilidades en las políticas públicas sectoriales e intersectoriales. No ha logrado hacer frente de manera integral y eficaz a la enfermedad en su contexto social y político. De otra parte, la participación social y comunitaria no ha alcanzado sus potencialidades. El modelo de control de la malaria se encuentra fragmentado e inmerso en los procesos, tensiones y situaciones que genera el conflicto armado en algunas de las regiones agrarias, lo que a su vez dificulta la operación del SGSSS.

Palabras Claves: Antioquia, modelo, malaria, descentralización, sistema de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

The malaria control model in the Department of Antioquia. A case study.

Objective This study was oriented towards describing the malaria control model within the context of the General Health Social Security System (SGSSS), with the aim of contributing to a better understanding of its current problems.

Methods A descriptive and evaluative study of multiple cases was carried out, in which both qualitative and quantitative information was obtained from primary and secondary sources. The collection of information was carried out during September 2003.

Results The long-term malaria trends indicate a fall in the mortality caused by malaria and an increase in the morbidity, particularly since 1990. The department has been decentralized, which influences the structure of the malaria control program. Malaria and vector-borne diseases control programs exist both at the department level and in the municipalities where diagnostic and treatment activities are carried out. The control model presents a set of weaknesses and strengths.

Conclusions The findings suggest that the control model has some important achievements and also some weaknesses in the sectorial and intersectorial public policies. The program has not managed the disease in an integral and effective way, in its social and political context. On the other hand, the social and community participation has not reached its potential. The malaria control model is fragmented and immersed within the processes, tensions and situations generated by the armed conflict in some agricultural regions, which in turn hampers the operation of the SGSSS.

Key Words: Antioquia, model, malaria, decentralization, health reform (source: MeSH, NLM).

Las tendencias y situación de la malaria dependen de grupos amplios de factores que condicionan la intensidad de la transmisión, la frecuencia de la enfermedad, sus formas de manifestación y sus características epidemiológicas. En la dinámica de la malaria influyen varios factores a saber: factores naturales, sistemas productivos, organización económica y social; patrones demográficos en especial la colonización y la migración; cultura y procesos políticos, alcance e impacto de los programas de control, variabilidad genética del parásito, y la ecología y genética del huésped (1).

Las interacciones entre estos factores son complejas. Un marco conceptual de los determinantes de malaria contempla dos dimensiones: la primera de ellas corresponde al marco social amplio cuyos factores determinantes de tipo natural, social, económico, político, etc., condicionan la relación entre

malaria y población. Una segunda dimensión corresponde a los microambientes municipales y regionales, en los que la malaria opera como un fenómeno sociocultural y epidemiológico, y el programa de control, articulado al sistema de salud, opera como una variable independiente frente a los factores de riesgo. En la articulación de estas dos dimensiones se requiere, además de las actividades universalmente aceptadas, un programa, organización, administración y operación cuyo conjunto articulado se denomina modelo. En esa vía los programas de control de la malaria deben adaptarse a los cambios en los factores determinantes y a los cambios en el sistema de salud (2-5).

La terminación del anterior Sistema Nacional de Salud, dejó serios problemas en la organización y la regulación, a lo cual se agregaron efectos debilitantes del nuevo SGSSS, adoptado en 1993, y de la descentralización sobre los programas de salud pública (6-8). En este marco, el Departamento de Antioquia presenta características que hacen relevante su estudio. Es uno de los Departamentos con mayor incidencia de malaria en el país y cuenta con un avance significativo en el proceso de descentralización (9,10). Por ello se consideró necesario examinar este modelo: organización, administración, financiación, recurso humano, control y operación del programa desde donde se imparten las actividades, en su contexto político, normativo y social (11,12).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio evaluativo de casos, en el marco del SGSSS, que utilizó métodos cuantitativos y cualitativos. Se seleccionaron los municipios de Zaragoza, Tarazá, Apartadó y Turbo (dos de la región del Bajo Cauca y dos del Urabá), para lo cual se aplicaron cuatro criterios básicos: magnitud de la enfermedad, descentralización, costos del programa y ubicación por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia-DSSA.

Se obtuvo información primaria, cualitativa y cuantitativa, por medio de instrumentos probados y ajustados, los cuales fueron aplicados a los actores que se indican:

- Entrevista semi-estructurada en profundidad: Secretario de Salud Departamental y directores locales de salud, Coordinador de Enfermedades Transmitidas por Vectores-ETV departamental y municipal, y alcaldes.

- Encuestas: Coordinador de ETV departamental y municipales, Instituciones Prestadoras de Salud-IPS de orden municipal y a las aseguradoras de mayor influencia en el Municipio.
- Talleres: veredas de municipios seleccionados y funcionarios auxiliares de salud ambiental.
- Diarios de Campo: se registró información que se obtuvo en observaciones de campo y puntos de confrontación o duda.

Así mismo, se registró el grado de desarrollo en memoria institucional municipal y se realizó inspección documental de los archivos municipales, que a la vez se constituyó en fuentes de información secundaria

El Índice Parasitario Anual-IPA, se construyó a partir de información primaria de número de casos y la información sobre población municipal, del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE. La información primaria y secundaria de tipo cualitativo se interpreto con el método de la teoría fundamentada (13-17). Las categorías de análisis fueron preestablecidas de acuerdo con los capítulos de las guías que se utilizaron para obtener la información cualitativa. Finalmente se realizó la matriz DOFA para identificar las principales debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas del modelo.

RESULTADOS

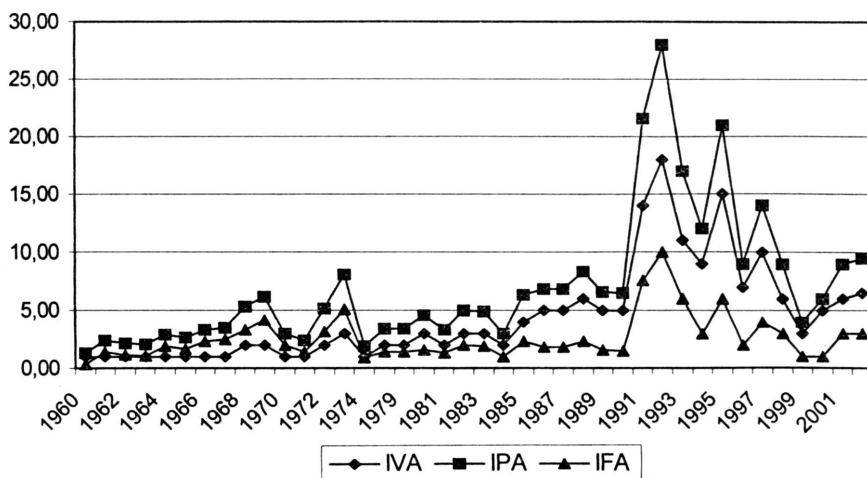
Epidemiología de la Malaria a nivel Departamental y Municipal

Hacia el año 1985 el Servicio Seccional de Salud de Antioquia diseñó e implementó un programa de control con tres estrategias básicas: red de diagnóstico y tratamiento; control integrado de vectores y vigilancia epidemiológica. La red de diagnóstico se inició con 44 puestos de lectura de gota gruesa, en las regiones de Bajo Cauca, Urabá, Magdalena Medio, y algunos municipios del norte y nordeste del departamento. Para 1989 se contaba con 120 puestos de lectura, y ese año se reportaron 23 251 casos.

En la década de los noventa se produjo la incidencia más alta (Figura 1) con un total de 588 263 casos. El promedio de la década fue de 53 478 casos por año. Los picos más altos se presentaron entre 1992 y 1995. Del total de los casos notificados la mayor proporción ocurrió en las regiones del Bajo Cauca y Urabá con 60 % y 15 % respectivamente, lo que quiere decir que en 17 municipios se concentraron el 75 % de los casos del Departamento.

Esta década, además, está marcada por grandes cambios relacionados con las competencias de los entes territoriales y del financiamiento de las mismas (Ley 10/1990, Ley 60/1993, Ley 100/1993 y la descentralización del departamento en 1994 y municipios en 1997) a lo cual se suman los intensos conflictos políticos militares, que se presentaron en todo el Departamento pero especialmente en las regiones del Bajo Cauca y del Urabá.

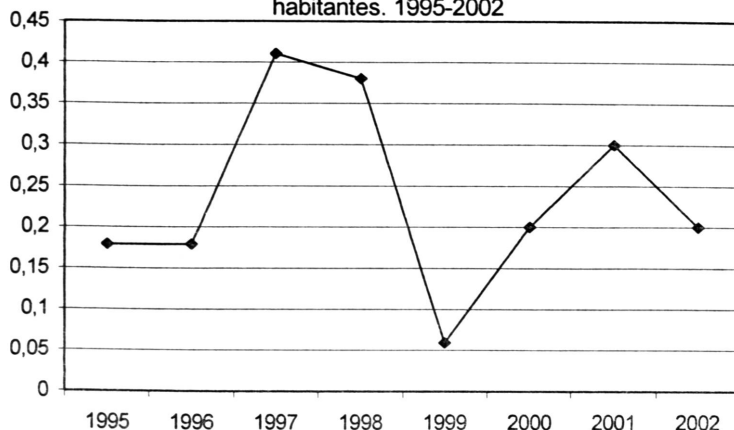
Figura 1. Tendencias de malaria en el Departamento de Antioquia. IPA (Índice Parasitario Anual), IFA (Incidencia anual por *Falciparum*), IVA (Incidencias anual por *Vivax*). Tasas por mil habitantes. 1960 - 2002



Se identificó subregistro en los municipios. En ellos las veredas de mayor incidencia son cambiantes en cada año, debido a que las personas se desplazan por el trabajo o por el conflicto armado, que a su vez influye en el funcionamiento de los puestos de lectura de láminas. Hay veredas donde los habitantes se enferman en promedio 1,3 veces por año.

En los años recientes la mortalidad ha disminuido de manera significativa (Figura 2) si se tiene en cuenta que en 1946 la tasa de mortalidad fue de 33 por 100 mil habitantes, en 1962 de 5 y en 1986 fue de 2,5 por 100 mil habitantes.

Figura 2. Antioquia. Mortalidad por malaria. Tasas por 100 mil habitantes. 1995-2002



Encuesta Coordinadores Departamentales del programa

La estructura organizativa de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia-DSSA, cuenta con cinco subdirecciones. En la subdirección de salud pública funciona el Plan de Atención Básica-PAB, y en este se ubica el Programa de Control de Vectores-PCV. El programa de control de la malaria no es independiente del programa de ETV y está a cargo de un profesional especializado que a su vez es coordinador del proyecto de ambiente. El grupo de ETV esta conformado por 5 personas que están vinculadas desde antes de 1993. Adicionalmente en el programa trabajan tres biólogos contratados por el Instituto de Medicina Tropical-IMT de dedicación exclusiva para ETV, aunque dependen técnicamente de la DAS, y dos personas del Laboratorio de Salud Pública que realizan el control de calidad y las capacitaciones.

Las capacitaciones en los últimos dos años han sido en: Manejo del Medio Ambiente (una vez al año), en control de criaderos y en aspectos relacionados con la Resolución 412. Estiman que alrededor de 300 personas recibieron capacitación en el año 2002, con un costo de 25 millones que corresponde al 0,01 % del presupuesto total de ETV.

En los años 2000 y 2003 los municipios en riesgo fueron 56 (el 95% tiene conformada la red de microscopia y de entomología) de los cuales 35 se catalogaron de alto y mediano riesgo. En los reportes, el denominador es la población total, sin embargo se estaba adelantando un proyecto para elaborar los indicadores con población a riesgo, que se estima es de dos millo-

nes y para la cual señalan tener una cobertura de 100 %. La planeación se hace para el trienio en conjunto Departamento-municipios, la programación se hace anual. Realizan una evaluación quincenal pero también existen evaluaciones programadas, sobre todo evaluaciones de corte económico.

Las actividades de participación social se hacen constantemente para la identificación de factores de riesgo. Se dio un impulso para que se formaran los comités de salud y posteriormente en algunos de los municipios se formaron los comités gestores de malaria. Las actividades intersectoriales se dan a escala local con educación, servicios públicos y minas, se trabaja con los medios de comunicación e instituciones académicas, el trabajo conjunto con ONG lo consideran bajo aún.

La Inspección Vigilancia y Control se ha hecho en los últimos dos años en los municipios con respecto a los recursos y actividades. Del nivel nacional lo a hecho la Contraloría en la parte financiera, y el Ministerio de Salud se limitó a pedir informes cada tres meses.

Identifican como principal fuente de financiación al Sistema General de Participaciones (SGP) y los recursos propios de la gobernación. Para el año 2003 el presupuesto de salud fue de \$ 68 166 028 499; para malaria, por programas nacionales, fue de \$2 161 312 467. La asignación de recursos del Departamento a los municipios se hace con base e los riesgos y el plan de control que inicialmente elaboran los municipios.

El Departamento se descentralizó en 1994 y cuenta con información desde 1959. A partir de 1995 los recursos humanos han disminuido, la parte financiera y los logros se han mantenido estables, y las actividades se han realizado con dificultades y obstáculos apreciables. Señalan que a los programas les hace falta capacidad técnica y liderazgo por parte de sus funcionarios a escala municipal. Coinciden en señalar como obstáculos para la cobertura completa, los lentos procesos administrativos para la compra de insumos y la falta de una integración nacional para controlar la enfermedad.

Encuesta a los coordinadores municipales

Todos los municipios contaban con un Proyecto de Control de Vectores-PCV que es enviado a la DSSA para su aprobación, coordinación y cofinanciación. El programa de control de malaria hace parte del PCV y está diferenciado en términos de personal operativo pero no en términos financieros y administrativos. En todos los municipios alrededor del 80 % de los recursos del PCV se gasta en malaria.

Tres de los coordinadores del programa tenían grado profesional en enfermería y uno de ellos era técnico en saneamiento ambiental. En promedio todos llevaban un año y medio en el cargo, excepto quienes había sido empleados del SEM y llevaban vinculados 29 años. Luego de la descentralización pasaron a hacer parte de la planta de personal de la Empresa Social del Estado-ESE.

Las Direcciones Locales de Salud tenían diferente cantidad de funcionarios; dos estaban alrededor de los 53, una con 25 funcionarios y otra con 10, lo cual incluía personal de planta del municipio y por contrato. Solo en uno de los municipios el personal operativo permanece en la cabecera municipal, en el resto de los municipios el personal permanece la mayor parte del tiempo en el área rural.

Las capacitaciones para los lectores de gota gruesa han tenido lugar en tres de los municipios y han sido dirigidos y patrocinados por la DSSA y el IMT. El personal clínico ha tenido poca capacitación en cuanto a las guías de atención de la malaria así como de casos complicados, que se ha basado en la emisión de afiches y protocolos de atención que fueron creados antes de la resolución 412 por la DSSA. Solo uno de los municipios, por medio de contrato con una institución privada, realizó talleres dirigidos a los funcionarios de la DLS y al personal del hospital para capacitarlos en temas como participación social, comunicación social, y estrategias de evaluación y monitoreo. Las capacitaciones en todos los municipios se financian en algunas ocasiones con dinero del PCV en otras ocasiones se financian 50 % la DSSA y 50 % el municipio.

Se estima que la población cubierta por el municipio es alrededor del 70 %, pero hay veredas a las cuales no se puede ir por diferentes motivos, en especial por la influencia que tienen grupos armados. En los municipios, por debilidades en la información, no se puede establecer con certeza la población cubierta por las acciones.

La gran mayoría del personal opina que la falta de cobertura se debe a la cantidad de personal y su capacidad técnica, los recursos limitados para la contratación (en un municipio se planearon acciones en 80 localidades, de las cuales a la fecha de realización de la encuesta se habían intervenido 30) y su capacitación, así como la insuficiencia de la red de microscopia, los retrasos en los salarios de los funcionarios por causa de la crisis hospitalaria, la falta de autonomía para modificar el uso de los recursos de los proyectos, las situaciones del orden público, la nula articulación entre los actores del sistema, las dificultades administrativas en las Empresas Sociales del Es-

tado-ESE y las Direcciones Locales de Salud-DLS, y la falta de inspección, vigilancia y control-IVC en las Administradoras del Régimen Subsidiado-ARS y las Instituciones Prestadoras de Servicios-IPS.

El diagnóstico de la malaria se realiza en los puestos de lectura y en menor grado en las ESE y laboratorios privados, en tres de los municipios; en el otro municipio se realiza en la ESE o por laboratorios privados. En tres de los municipios el pedido de tratamientos lo hace la DLS, y esta los distribuye entre los puestos de lectura y la ESE. En el otro municipio el tratamiento es suministrado directamente por la DLS a los pacientes que fueron diagnosticados por la ESE.

Todas tienen actividades de participación social, por medio de los Comités de Salud; en dos están activos los comités gestores de malaria y todos realizan actividades de comunicación-información por medio de programas radiales y emisión de afiches alusivos al control físico de las ETV. En educación todos realizan actividades a través de las charlas y talleres que realizan los promotores de salud en las comunidades, pero no se ha logrado introducir el control de vectores dentro del currículo educativo.

La gota gruesa puede ser gratuita o facturada al Plan Obligatorio de Salud- POS. Cuando el paciente no tiene afiliación a ninguno de los dos regímenes, o sea es vinculado, la gota gruesa se financia con los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) destinados a la población pobre no cubierta con los recursos de subsidio a la demanda, cuenta que se factura al municipio. Cuando estos recursos se agotan se financia por la vía del PAB.

Tres municipios tienen conformada la red de microscopía y ninguno tiene red de entomología pero algunas veces hacen captura de insectos.

Tres municipios reportaron haber tenido mecanismos de IVC en los últimos dos años, en utilización de recursos, actividades y metas. Se llevan a cabo generalmente por medio de los reportes del SIVIGILA y por los informes del proyecto y algunas inspecciones que realizan *in situ* los biólogos.

El flujo de información para los reportes del SIVIGILA (todos señalaron que el grado de confiabilidad era bueno) va desde las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o puestos de lectura a la DLS donde una persona ingresa la información al sistema y ésta llega vía Internet al Departamento.

En dos de los municipios no existen las veedurías y en los otros dos dejaron de funcionar por miedo a los grupos armados. En ninguno funcionan los

COPACOS. En dos de los municipios hay presencia de ONG pero estas no trabajan en malaria y el grado de articulación con ellas es bajo.

Tres de los municipios se descentralizaron en 1997, todos tienen un sistema básico de información, tres tienen un Plan Local de Salud pero en uno de los municipios descentralizados no hay Plan Local de Salud.

En ninguno se dispone de información del programa desde antes de 1994. Tres de los municipios manifiestan que el programa ha incrementado sus recursos, actividades y logros y uno dice que se ha mantenido igual. En cuanto a las coberturas del programa de control desde 1995 al 2003 todos señalan opciones diferentes

Las principales dificultades según las percepciones del actor se han dado en:

| Dificultades | Zaragoza | Tarazá | Apartadó | Turbo |
|---------------------------------|----------|--------|----------|-------|
| Organización | Alto | Bajo | Nulo | Medio |
| Descentralización | Alto | Medio | Nulo | Alto |
| Financiación | Medio | Medio | Medio | Medio |
| Personal | Medio | Bajo | Alto | Medio |
| Logística | Alto | Medio | Medio | Alto |
| Capacidad Técnica | Alto | Bajo | Medio | Baja |
| Funciones Asignadas en el SGSSS | Alto | Medio | Alto | Alto |
| Coordinación | Alto | Bajo | Alto | Alto |

Encuestas a Instituciones Prestadoras de Salud

Tres de ellas eran de I nivel, y una de II nivel; Todas han sido transformadas en ESE y tienen conformada la asociación de usuarios. Consideran que los puestos de lectura y la entrega de tratamientos son suficientes.

Las ESE en tres de los municipios facturan la gota gruesa solo los fines de semana; entre semana opera por puesto de lectura. Una de ellas factura a la única ARS que opera en el municipio por un contrato de Promoción y Prevención. En otro municipio se factura pero depende del aseguramiento que tenga el paciente y la modalidad de contratación con la aseguradora. En algunas ocasiones se factura a cargo del POS o POS Subsidiado y en otras al PAB en el caso de ser vinculados. Si la persona no se encuentra registrada en la base de datos del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) que tiene la ESE en conjunto con las DLS, deben pagar el examen de su bolsillo.

Dos de las ESE no participan en la elaboración del PAB sino sólo en su ejecución. Las otras dos participan en la identificación de problemas. Dos de las ESE realizan control parasitológico post tratamiento.

Encuesta a los aseguradores (Administradoras del Régimen Subsidiado-ARS, Empresas Promotoras de Salud- EPS).

La presencia de aseguradores en los dos municipios del Bajo Cauca es mínima. En uno de los municipios solo opera una ARS aunque están autorizadas dos, y una EPS. La información de este actor para estos dos municipios se obtuvo en la capital del departamento y de manera parcial e imprecisa.

Las aseguradoras encuestadas fueron renuentes ha suministrar información financiera excepto la Empresa Promotora de Salud (EPS).

Solo uno de los aseguradores hace actividades de demanda inducida. Las ARS del Bajo Cauca en el 2002 les facturaron en promedio 160 gotas gruesas y a las de Urabá alrededor de 1 000. La EPS en el 2002 realizó 1 892 gotas gruesas y en lo que iba corrido del 2003 había realizado 1 199, de las cuales en el 2002, fueron positivas 140. Cada gota gruesa en promedio se factura entre \$ 6 000 y 7 000 pesos.

Análisis DOFA

En el siguiente cuadro se presenta de manera resumida los resultados del análisis DOFA

| Dimensión | Debilidades | Oportunidades | Fortalezas | Amenazas |
|--------------|---|---|---|--|
| Organización | Recurso humano Contenidos del programa. Continuidad del programa Flexibilidad del proyecto Conocimiento de fuentes y usos de recursos IVC en campo Recursos financieros | PAB | Apoyo e Innovaciones de DSSA Protocolos de atención Clasificación del riesgo dentro de la localidad. Control de calidad a lectores. Construcción del proyecto SIVIGILA | Fragmentación Dilución de la responsabilidad Procesos administrativos y desarticulación sectorial Vinculación laboral ASA .Ubicación del programa en la ESE Priorización de veredas en el municipio Ingreso de información a SIVIGILA |
| Comunidad | Apropiación del programa y participación | Comités de Salud y comités gestores de malaria Reactivación experiencia DSSA | Sensibilización y organización comunitaria. Espacio ganado en la comunidad | Condiciones de vida (pobreza y violencia), desgaste por incumplimiento y poca influencia en decisiones |

| Dimensión | Debilidades | Oportunidades | Fortalezas | Amenazas |
|---|---|---|------------------------------------|---|
| Articulación sectorial e Intersectorialidad | | Ayuda internacional Corporaciones ambientales ONG's Estrategia Municipios Saludables y Escuelas Saludables Presencia Universidades | | Desarticulación del sistema de salud No presencia de ARS Baja participación en la elaboración del PAB Fragmentación. |
| Operativa | Prevención no química | Intervenciones innovadoras pero no validadas aún | Equipos, Experiencia ASA ex SEM | Priorización localidades, rigurosidad de ciclos, disponibilidad de insumos nacional |
| Política | Ausencia de políticas transectoriales integrales política sectorial para hacer frente a la enfermedad | Desplazamiento de legitimadores y profesionales a la comunidad | Voluntad municipal y DLS | Politización de DLS, y alta rotación, cogobiernos, |
| Investigación Capacitación | Investigación operativa Capacitación de funcionarios Educación a comunidad | Mejorar el entendimiento de los determinantes de la malaria | Estudios de resistencia | |

DISCUSIÓN

El estudio brinda información útil para proponer intervenciones que apunten a mejorar el programa en el actual contexto; aunque no es adecuado atribuir las complejas problemáticas únicamente a la descentralización y la reforma sectorial, sin embargo las evidencias obtenidas en éste estudio sugieren que el sistema de salud y su programa de control no han podido hacer frente a la situación. Muestra las características y problemáticas del actual modelo de control de la malaria en el Departamento, desde la institución que está a cargo del programa, en la actual configuración del sistema de salud, basado en la competencia regulada y acompañada por el proceso de descentralización, que son dos marcos generales y de política que inciden sobre todos los programas de salud, incluido el de ETV (18,19).

El programa de control en el Departamento tomó su propio camino de descentralización al igual que otros Departamentos (16,17). En Antioquia las funciones de dirección y financiamiento quedaron en el dominio Departamental, la operativización de las actividades en los Municipios, y el control en ambos entes territoriales.

El modelo de Antioquia muestra avances significativos. Además de haber logrado disminuir de manera sustancial la mortalidad, sugiere algunas op-

ciones prácticas que se han implementado y otras que están planteadas pero no se han explotado en su totalidad. Cabe destacar:

- Unión de la experiencia técnica con las habilidades gerenciales en una guía operativa a través de la metodología de proyectos
- La planeación con base en los riesgos
- Supervisión de actividades y el logro de las metas por medio de un sistema de información y control de calidad directo.
- Asegurar una mejor y mayor estructura del sistema de comunicación.
- Acompañamiento al Municipio en todo el proceso
- IVC sobre los recursos y actividades
- Espacio en el PAB

En su estructura se perciben problemas de tipo administrativo en el Departamento. En el Municipio los principales inconvenientes se presentan por la ubicación de los funcionarios, los aspectos administrativos, las dificultades en la asignación y cumplimiento de las funciones de IVC entre ESE y DLS, bajo liderazgo municipal, vinculación reciente del personal, participación social baja y desarticulada con los otros sectores sociales, institucionales y civiles, y distanciamiento de las aseguradoras con respecto a las DLS y a los ETV.

Otros de los aspectos que llaman la atención son:

- La ausencia de diferenciación de lo que se entiende como prevención de la enfermedad y promoción de la salud en el contexto de las ETV.
- La influencia de la crisis hospitalaria sobre el programa y la deficiencia en el papel de agencia en las aseguradoras.
- Las diferencias en la información, acciones y percepciones del nivel Departamento con respecto al municipio y la comunidad.
- El modelo de control se muestra fragmentado, en la medida que se encuentra inmerso en un sistema de salud que así lo propone desde sus mismas fuentes de financiación para las actividades y la especialización de actores.
- La ausencia de la variable género en el programa, que tampoco se considera en la Estrategia Global de la Malaria, en la Iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo, ni en el Plan Nacional de Control de la Malaria (20).

Se observa un debilitamiento en la estructura del programa y de los resultados en términos de incidencia de la enfermedad a partir de la descentralización y la reforma. En ese sentido, estudios recientes sugieren un debilitamiento de la salud pública con limitado acceso al diagnóstico, el trata-

miento y la desvinculación de personal capacitado y rectoría débil (6,11). A esto se le suman los problemas del sistema de salud (21,22). De esta manera el programa de control está inmerso en tensiones específicas y contextuales que requiere además, de investigaciones operativas (15) y transformaciones institucionales.

La descentralización de ciertas funciones del Departamento al municipio, es un avance importante; al respecto, un estudio reciente en Brasil evaluó una estrategia basada en la integración de un sistema único de salud con descentralización de la planeación, asistencia médica y acciones de control de la enfermedad; luego de la implementación los indicadores maláricos experimentaron un descenso del 52 % en el 2001 (23).

Se hicieron evidentes problemas de tipo estructural que no pueden ser solucionados por el sistema de salud, ni su reforma, como la ausencia de recursos en el nivel local para cofinanciar y apoyar las actividades de control; la falta de flexibilidad para adoptar estrategias de control basadas en el costo efectividad de las intervenciones (24); y el favoritismo político en la contratación de los funcionarios en el nivel local.

Por último, la problemática de la malaria ha dado un gran paso en el nivel local, al extenderse de la dimensión biológica-clínica a una dimensión social, objeto de política pública, reafirmandose en los Planes de Desarrollo Locales.

El estudio tuvo un conjunto de limitaciones. En términos de programas de control representa el esquema de cuatro municipios, lo que no permite hacer generalizaciones para todos los municipios del Departamento ▶

REFERENCIAS

1. Agudelo C, Corredor A, Echeverri M, Salcedo H, Murrain B. Malaria: Fundamentos y alcances del control, características en Colombia. *Infectio* 1995; 1 (1):35-55.
2. Yepes F, Sánchez L. La descentralización de la salud en Colombia. Asociación Colombiana de la Salud, ASSALUD, Bogotá; 2002.
3. Enthoven A. Manager competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics. Policy and Law*. 1998; 13 (2) p. 305-321.
4. Vega R. El derecho a la salud y las reformas del sector. Memorias II Congreso Internacional de Salud Pública. Accesibilidad al desarrollo y a los sistemas de salud condición para el bienestar social. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín; 2001.

5. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. 1997; 41:1-36.
6. Ministerio de Salud, OPS. Reunión de Impulso Hacer Retroceder la Malaria en Colombia; 2000.
7. Hernández M. El derecho a la salud y la nueva constitución política colombiana. *Sociedad y salud*. Bogotá Zeus editores; 1992. p. 127.
8. Ministerio de salud. Instituto Nacional de Salud. Control de insectos vectores de importancia en salud pública. Directrices nacionales. Documento de trabajo 1999 – 2000.
9. Departamento Nacional de Planeación. Descentralización en salud y en educación. Documento de Información; 1999.
10. Jaramillo I. Evaluación de la descentralización en salud en Colombia. Informe final, Dirección de Desarrollo Territorial, Departamento Nacional de Planeación. Bogotá; 2001.
11. Kroeger A, Ordoñez J, Aviña A. Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. *Tropical Medicine & International Health*. 2002; 7 (5): 450-458.
12. Organización Panamericana de la Salud. Los Sistemas Locales de Salud Publicación Científica 519. Washington, D.C; 1990.
13. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Contus Editorial de la Universidad de Antioquia. Medellín; 2003.
14. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos, estrategias complementarias de investigación. Contus Editorial Universidad de Antioquia. Medellín; 2003.
15. Durrehim D, Speare R, Harries [Internet]. A Research that influences policy and practice a characteristics of operational research to improve malaria control in Mpumalanga Province, South Africa. .Disponible en: <http://www.malariajournal.com/content/1/1/9>. Consultado Agosto de 2003.
16. Agudelo C, Valero M, Hacia un programa innovador del control de la malaria en el contexto del sistema general de seguridad social en salud en Colombia, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2004; 6 (Sup. 1): 1-37.
17. Pineda F. Evaluación del programa de control de la malaria en el contexto del SGSSS en el Departamento del Amazonas. [Tesis Maestría en Infecciones y Salud en el Trópico] Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2003.
18. Sánchez L, Yepes J. La descentralización de la salud: el caso de tres municipios colombianos, Asociación Colombiana de la Salud. ASSALUD. Bogotá; 1998.
19. Yepes F, Sánchez L. La descentralización de la salud en Colombia, Asociación Colombiana de la Salud, ASSALUD, Bogotá; 2002
20. Hartigon P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Publicación Ocasional N. 7. Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for Population and Development Studies. Washington, D.C.; 2001.

21. Martinez F, Robayo G, Valencia O. ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud. Fundación para la investigación y desarrollo de la salud y la seguridad social FEDESALUD, Bogotá; 2002.
22. Barón G. Cuentas Nacionales de Salud, Revista Salud Colombia. Bogotá; 2000.
23. Tauil P. Evaluation of new strategy in the malaria control in the Brazilian Amazon. Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo. 2003; 45 (6): 306-310.
24. Guerin P, Oliaro O, Nosten F, Drhuilhe P, Laxminarayan R, Binka F., *et al.* Malaria: current status of control, treatment, and a proposed agenda for research and development. Lancet Infection Disease. 2002; Vol. 2 (9) p. 564.