



MedUNAB  
ISSN: 0123-7047  
ISSN: 2382-4603  
medunab@unab.edu.co  
Universidad Autónoma de Bucaramanga  
Colombia

Useche-Aldana, Bernardo  
La Salud en el Plan Departamental de Desarrollo "Santander Nos Une"  
MedUNAB, vol. 19, núm. 1, 2016, -Julio, pp. 33-39  
Universidad Autónoma de Bucaramanga  
Colombia

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.2618>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71964819006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

# La Salud en el Plan Departamental de Desarrollo “Santander Nos Une”

*The Health Component of the State of Santander's Developmental Plan “Santander Unites Us”*

*A Saúde no Plano de Desenvolvimento Departamental de “Santander nos Une”*

Bernardo Useche-Aldana, PhD. \*

## Resumen

**Introducción:** Con la expedición de la Resolución 429 de 2016, el gobierno colombiano culminó un proceso de reforma de la salud que consolida el sistema de aseguramiento representado en las denominadas Empresas Promotoras de Salud o EPS el cual fuera establecido con la Ley 100 de 1993. Esta resolución establece una nueva “Política de Atención Integral en Salud” que debe ser implementada por las entidades territoriales de salud a través de sus respectivos planes de desarrollo. De ahí la importancia de analizar el componente de salud de los planes de desarrollo departamentales. **Objetivo:** Formular observaciones al componente de salud del Plan Departamental de Desarrollo de Santander PDDS y estimular la comprensión, el análisis y el debate sobre la principal política pública de salud del Departamento. **Discusión:** De los indicadores, estrategias y programas presentados en el PDDS no se deriva un claro perfil epidemiológico y de salud del Departamento de Santander que permita la formulación e implementación de un plan de acción estratégico que conduzca a la intervención efectiva de los problemas y necesidades prioritarias de salud de la población del Departamento. Predominan los programas e intervenciones en salud que pueden ser objeto de la intermediación financiera de las aseguradoras o EPS.

**Conclusión:** Se puede prever que la mayoría de los programas e indicadores de logros propuestos en el plan, así se alcancen, no tendrán impacto significativo en la salud de los santandereanos. [Useche-B. *La Salud en el Plan Departamental de Desarrollo “Santander Nos Une”*. MedUNAB 2016; 19 (1): 33-39]

**Palabras Clave:** Salud Pública; Programas Nacionales de Salud; Programas de Gobierno; Legislación Sanitaria; Colombia.

## Abstract

**Introduction:** With the dispatch of Resolution 0429 of 2016, the Colombian government concluded a reform process that retains the insurance healthcare system introduced with Law 100 of 1993 intact, and strengthens the role of health insurance companies (denominated in Colombia by EPS for its initials in Spanish). This Resolution establishes the new “Policy on Comprehensive Healthcare” (PAIS) which must be included in regional development plans and implemented by local health authorities. Thus it is important to analyze the health component of the State Developmental plans. **Objective:** To examine the health component of the

\* Doctor en Salud Pública (University of Texas, Houston). Director del Centro de Investigaciones en Ciencias de la Salud y Psicosociales (CICSP) de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

**Autor de correspondencia:** Bernardo Useche Aldana, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Ciencias de la Salud: Campus El Bosque, calle 157 N° 19-55 (Cañaveral Parque), Floridablanca, Santander, Colombia. Correo electrónico buseche@unab.edu.co.

Santander State Developmental Plan and promote the discussion, analysis and debate about public health policy.

**Discussion:** The epidemiological indicators are not used to define a clear health profile of the department; furthermore, the health strategies proposed do not target the aims of the health component in the State plan. In fact, the main health programs and interventions are basically designed to be subject to financial intermediation by the health insurance companies and to establish services contracts with private operators. **Conclusions:** It is possible to predict that even if most of the goals and indicators proposed in the plan are reached, they will not have a significant impact on the health of Santander State's population. [Useche-B. *The Health Component of the State of Santander's Developmental Plan "Santander Unites Us"*. MedUNAB 2016; 19 (1): 33-39]

**Keys Word:** Public Health; National Health Programs; Government Programs; Health Legislation; Colombia.

## Resumo

**Introdução:** Com a resolução 429 de 2016, o governo colombiano culmina um processo de reforma sanitária que deixa igual o sistema de garantia introduzido com a Lei 100, de 1993, e reforça o papel das Entidades de Promoção da Saúde. A política de saúde abrangente é o resultado de uma política de reordenamento da Lei 100. Por isso, a importância de

analisar a componente sanitária dos Planos Departamentais de Desenvolvimento. O Plano de Desenvolvimento Departamental "Santander nós une" (PDD) está organizado em três seções principais: diagnóstico, estratégias e programas, onde o componente de saúde do plano está estruturado em torno de dois eixos principais. **Objetivo:** apresentar as suas observações sobre os PDDS, estimular a discussão e o debate sobre a principal política de saúde pública. **Discussão:** A maioria dos dados apresentados não são acompanhados no plano de uma análise a fim de obter o perfil da saúde do Estado tão claro, que seja possível fazer um plano de ação do ponto de vista da intervenção efetiva dos problemas e necessidades reais. Todos os programas e intervenções contidas no PDS são projetados para serem objecto de intermediação financeira dos EPS. Muitos programas e indicadores de resultados não terão um impacto significativo sobre a saúde dos santandereanos. **Conclusões:** O PDD não inclui um plano estratégico de saúde com base em perfis epidemiológicos que evidenciam a vontade política de melhorar significativamente a saúde da população, não contém planos sistemáticos para restabelecer e assegurar um financiamento adequado e oportuno. [Useche-B. *A Saúde no Plano de Desenvolvimento Departamental de "Santander nos Une"*. MedUNAB 2016; 19 (1):33-39]

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Programas Nacionais de Saúde; Programas Governamentais; Legislação Sanitária; Colômbia.

## Introducción

Con la Resolución 429 de 2016 de febrero 27: "Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud" (1), el gobierno colombiano culmina un proceso de reforma que mantiene intacto el sistema de aseguramiento introducido con la Ley 100 de 1993 (2), y consolida el papel de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ahora denominadas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Este período de reformas se inició con el Proyecto de Ley Estatutaria de 2010 (3), el cual no fue aprobado en el Congreso de la República y con la Ley 1438 de 2011 (4). Así mismo, la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (5), la cual fue antecedida por la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 (6); los artículos sobre salud consignados en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (7); y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) (8).

El gobierno también ha expedido una serie de resoluciones y decretos que suplen la normativa propuesta en el Proyecto de Ley Ordinaria de la Salud que no fue aprobado en el año 2013 (9). En síntesis, la PAIS es el resultado de una política de reordenamiento de la Ley 100 para "recuperar la confianza pública en el sistema de salud" deteriorada por la profunda crisis en que se encuentra y para redefinir "el rol del asegurador" principalmente a través de: a) fortalecimiento de la gestión del riesgo financiero; b) asignarle a las aseguradoras la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS) y la coordinación de la prestación de servicios en todos los niveles a través de

Redes Integradas; y c) estableciendo que "El asegurador debe actuar en cada territorio en lo referente a la planeación, ejecución y seguimiento de los planes territoriales de salud" (5). De ahí, la importancia de analizar el componente de salud de los Planes Departamentales de Desarrollo.

A la intervención del asegurador a través de las entidades territoriales se le otorga sustento jurídico específico con la Resolución 1441 del 21 de abril de 2016, en la cual explícitamente se les asigna a las EPS la responsabilidad de "Gestionar y operar" las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), mientras que a las secretarías de salud departamentales y municipales se les encarga de analizar las propuestas presentadas por las EPS; de "Socializar con los municipios de su jurisdicción las acciones tendientes a garantizar que las RIPSS diseñadas, organizadas, gestionadas y operadas por las EPS cubran las necesidades de salud de la población"; y de "Coordinar con otras entidades territoriales, la habilitación de las RIPSS gestionadas y operadas por las EPS, en territorios con zonas limítrofes, en los aspectos pertinentes" (10).

En ese contexto, el Plan Departamental de Desarrollo "Santander nos Une" (PDDS) fue aprobado mediante Ordenanza 012 del 20 de marzo de 2016 por la Asamblea Departamental con el único voto negativo del Diputado Roberto Schmalbach (11). El plan está organizado en tres grandes secciones: Diagnóstico, Estrategias y Programas. El componente de salud del plan se estructura en torno a dos grandes líneas: "Salud y seguridad alimentaria y nutricional" y "Agua potable y saneamiento básico" (11).

En su formulación, el Plan Departamental de Desarrollo de Santander en su componente de Salud (PDDS-S) plantea que adopta el enfoque de “Determinantes Sociales”, política de la Organización Mundial de la Salud promovida en todo el mundo a partir del año 2008 y explícitamente se guía por las políticas y la normativa vigente en el país para el sector salud (11). El plan es extenso (410 páginas) y ambicioso: el Gobernador anunció que con el plan se va a demostrar que el Departamento de Santander “es potencia a nivel nacional y mundial”(11).

El objetivo de este artículo es doble: formular observaciones en torno a tres áreas incluidas en el PDDS, la mortalidad materna-infantil; el agua potable y la nutrición, áreas que son críticas para la promoción de la salud; y estimular el análisis y el debate sobre la principal política pública de salud diseñada en el contexto de la nueva PAIS para resolver los problemas y atender las necesidades en salud de la población de Santander durante el período 2016-2019.

## Discusión

**Sobre el Diagnóstico:** Con base en los estudios del Observatorio de Salud Pública de Santander, el plan de desarrollo proporciona un amplio número de indicadores y de información sobre la situación de salud en el Departamento. La observación principal que se puede hacer respecto al diagnóstico es que la mayoría de los datos presentados no se acompañan en el plan de un análisis que permita elaborar un claro perfil de salud del Departamento del cual sea posible la formulación de un plan de acción, no de manera formal, sino desde la perspectiva de la intervención efectiva de los problemas y necesidades reales de salud de los santandereanos. Por ejemplo, no se define de acuerdo con los datos epidemiológicos particulares del Departamento cuáles son las prioridades en vigilancia, prevención y control de enfermedades. No se identifican los indicadores críticos de salud imprescindibles de mejorar. No se documentan suficientemente las inequidades (desigualdades inaceptables, injustas y prevenibles) en salud; inequidades que terminan afectando la salud del conjunto de la población. A continuación, se ilustra con la discusión sobre las tres áreas mencionadas, el porqué de esta afirmación sobre el diagnóstico de salud.

1. Al no diferenciar la importancia de los distintos indicadores, pasan casi desapercibidos datos que en algunos casos constituyen verdaderas alertas rojas sobre situaciones que merecen inmediata atención. Tal es el caso, por ejemplo, de la Razón de Mortalidad Materna por 100,000 nacidos vivos, la cual según se reporta fue de 35.73 en el año 2011; 38.37 en el 2012 y de 52.27 en el 2013 lo que constituye una preocupante tendencia a aumentar (11). De igual manera sucede con la tasa de mortalidad en menores de 5 años reportada en 13.34 por 1,000 nacidos vivos, estadística que según el mismo plan de desarrollo ha aumentado “Con relación a los 4 años anteriores” (11). Este tipo de registro de datos epidemiológicos que no se traduce en un análisis de prioridades para planear debidamente la atención a los graves problemas de salud que representan, desconoce que la mortalidad materna y la mortalidad infantil son indicadores también del desarrollo económico y social de una región. El hecho de que la mortalidad materna e infantil esté aumentando, significa que la situación socioeconómica del Departamento y la calidad de vida presentan un deterioro continuado en los últimos años por la vía del incremento de inequidades en el cuidado y atención de la salud de sectores importantes de la población.
2. La forma como se presentan algunos datos termina por restar importancia a los determinantes sociales de la salud que se supone son fundamento del plan de desarrollo. Es el caso del agua potable. Según el Gráfico 14 del plan, de acuerdo con el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua (IRCA), el 76% de la población de Santander consume agua sin riesgo para la salud (11). Pero si se estudian directamente los datos del IRCA reportados por el Instituto Nacional de Salud (INS) en 2014 y 2015 para la totalidad de los municipios del Departamento (datos no incluidos en el plan de desarrollo), se encuentra que en 61 de los 87 municipios de Santander se consume agua con algún nivel de riesgo para la salud (12, 13). Es decir, la infraestructura sanitaria del agua potable en el 70% de los municipios requiere urgente atención.

En los datos del INS aparece también que municipios estratégicos por su ubicación en el área del páramo de Santurbán, como lo es “Vetas” han aumentado sensiblemente sus niveles de riesgo para la salud relativos al agua para consumo humano (12, 13). Por su parte, en el plan se informa que con base en datos del Laboratorio Departamental de la Secretaría de Salud “sólo sesenta y cinco de los ochenta y siete municipios cumplen con las normas técnicas de la calidad del agua potable” (11). Igualmente se reporta que “el cuarenta y cinco (45%) por ciento de las corrientes abastecedoras de los acueductos de los municipios brinda caudal suficiente para proveer de agua a sus habitantes”, pero que “este porcentaje disminuyó pues para 2011 era del 80%”(11). En otras palabras, el Departamento presenta una situación de vulnerabilidad significativa con respecto al acceso y calidad del agua.

3. En aspectos fundamentales del plan como el relacionado con la desnutrición se presentan datos promedio: desnutrición crónica 2.41%, global 1.06%, aguda 0.20%; que si bien son inferiores a los promedios nacionales (crónica 13.20%, global, 3.40%, aguda 0.90% según cálculos de 2016 realizados por Sara del Castillo con base en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) (14), no permiten documentar las profundas desigualdades que seguramente existen a

nivel departamental si se compara la prevalencia de los distintos tipos de desnutrición por género, ingresos o grado de escolaridad de la madre. A nivel nacional, por ejemplo, y según los mismos datos de Sara del Castillo, la desnutrición crónica de los niños es de 31.30% si la madre no tiene educación y de 11.70% si la madre tiene educación secundaria. En estos mismos grupos, la desnutrición global es de 12.29% y 2.90%, respectivamente (14). Documentar estas inequidades es clave a la hora de intervenir con éxito estos graves problemas de salud si existe la voluntad política de hacerlo. Mención aparte merece la prevalencia de sobrepeso en los niños de Santander que según el plan es de 26.36%(11). El hecho de que uno de cada cuatro niños del Departamento presente sobrepeso refleja un cuadro de malnutrición severo el que se confirma con solo revisar los datos de la frecuencia de consumo de frutas y verduras tres o más veces al día, situación que según datos del 2010 para Santander está presente en apenas el 20% de la población (15).

**Sobre las Políticas y las Estrategias:** El componente de salud del plan “Santander nos une” se inscribe explícitamente dentro de las políticas y estrategias de salud del gobierno nacional (11). Específicamente se adoptan los lineamientos, prioridades y estrategias del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP), la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)(5, 8). Con respecto al PDSP se establece textualmente: “Este Plan de Desarrollo “Santander Nos Une” 2016-2019 establece su fundamento para el sector salud en las directrices nacionales planteadas por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Por ello se encontrará la estructura de este sector elaborada con base en las diez dimensiones que plantea dicho plan”(11).

Estas tres políticas tienen en común que logran materializar los puntos básicos de la reingeniería a la ley 100 de 1993, promovidos durante los dos gobiernos del Presidente Santos a través de propuestas de reforma, resoluciones y decretos. El eje principal del PDSP, la PAIS y el MIAS es la consolidación del modelo de aseguramiento a través de la introducción de la Atención Primaria en Salud (APS) como puerta de entrada a los otros niveles de atención ya bajo el control de las compañías aseguradoras o EPS. A partir de las APS, los niveles de atención ahora van a ser integrados en rutas y Redes Integrales de Atención en Salud (RIAS), siempre bajo la “responsabilidad” de las EPS.

El objetivo con la nueva normativa es también articular y armonizar “el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en Salud Pública”. En este sentido, tanto la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud como los propios hospitales y clínicas quedan subordinadas de manera aún más directa a las EPS y a su gestión integrada del riesgo (financiero y de salud) como se denomina ahora a la actividad con ánimo de lucro de las aseguradoras (8).

Dado este contexto, todos los programas e intervenciones contenidos en el Plan de Desarrollo Departamental están concebidas para que sean objeto de la intermediación financiera de las EPS. Una manera sencilla de verificar la extensión de funciones y el grado de predominio que las nuevas políticas del gobierno otorgan a las EPS es leer la Sección 9.5 del Plan Decenal de Salud Pública en la que se definen veinticinco responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud (8).

El cuestionamiento de fondo en este aspecto del Plan de Desarrollo Departamental en su componente de salud es doble:

1. De una parte, al inscribirse en el marco de las políticas oficiales a nivel nacional, la tarea principal de la administración departamental queda reducida a posicionar a las EPS en cada uno de los niveles de atención de acuerdo con las nuevas reglas y serán ellas quienes terminen decidiendo las metas y prioridades de los distintos programas de salud. Luego de 23 años de estar en vigencia la Ley 100 y de conocer el impacto negativo de las EPS en el sector salud y de su responsabilidad en la actual crisis estructural del sistema que afecta gravemente a pacientes, IPS, y al Estado mismo, pocos, salvo los directamente beneficiados pueden creer que prescribir más de lo mismo que ha causado la profunda crisis de la salud en Colombia sea la solución.
2. De otra parte, al renunciar a evaluar críticamente las políticas, estrategias y programas formulados a nivel nacional y al no adoptar una perspectiva regional con base en las necesidades de salud de la población, el gobierno departamental se priva de la oportunidad de trazar estrategias y programas efectivos de salud en aspectos que son fundamentales para la salud de los habitantes de Santander.

Tomemos por caso la crisis financiera de la red pública hospitalaria del Departamento. En el plan de desarrollo se precisa que para atender los ochenta y siete municipios existen ochenta y tres (83) hospitales públicos o Empresas Sociales del Estado (ESE), de los cuales cuarenta y cinco, es decir, el 54% de los hospitales públicos del Departamento han sido clasificados por el ministerio de salud durante los años 2013, 2014 y 2015 como de riesgo financiero MEDIO o ALTO. Igualmente, el plan reconoce que la red pública en su conjunto presenta una diversidad de serios problemas: “En el análisis de funcionamiento de la red en el Departamento, persiste el riesgo por la escasa capacidad resolutoria en las acciones de los prestadores de salud de la red pública, lo cual se evidencia principalmente en la limitada articulación de los hospitales de baja complejidad con los de mediana y alta complejidad de atención, la alta rotación del talento humano, el incipiente sistema de información en red, la debilidad en la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad, la concentración de talento humano especializado



para la atención en la mediana y alta complejidad en el área metropolitana, así como el deterioro y cumplimiento de la vida útil de equipos biomédicos e infraestructura” (11). En este análisis, sin embargo, no se identifica la principal causa del problema financiero de los hospitales: las deudas de las EPS.

Ante esa situación el PDDS establece que se “tendrán como objetivos programáticos prioritarios la consolidación del saneamiento financiero de la red pública de hospitales de Santander con el ejercicio de un modelo administrativo hacia una gestión que promueva eficiencia, eficacia, efectividad y oportunidad en la prestación de servicios y la creación de la red integrada de atención en salud público - privada acreditada en su infraestructura y desarrollo tecnológico que satisfaga oportunamente las necesidades de toda la población” (11). Plantea como solución una serie de medidas derivadas de la política nacional de salud tales como: promover el autocuidado de las personas, aplicar el nuevo modelo de salud (MIAS); implementación de programas de atención primaria, y ampliar el uso de la informática (11). El plan de desarrollo propone además medidas abiertamente neoliberales en beneficio de grupos privados como la construcción de una nueva sede para la Secretaría de Salud mediante una Alianza Público Privada (APP) y “la participación activa en proyectos de la región como el proyecto Diamante Caribe – Santanderes, el cual potenciará a la región como actor principal en una economía global configurando de esta forma un clúster económico en el sector salud... visibilizando la marca Santander Salud” (11).

No hay una sola propuesta concreta dirigida a garantizar el financiamiento continuo y la consolidación y ampliación de servicios del principal hospital del Departamento, el Hospital Universitario de Santander (HUS) actualmente en altísimo riesgo de desaparición debido a las enormes deudas sin pagar que las EPS han contraído con la institución. Según el informe del HUS a Diciembre 2015 (16), las 20 empresas que más le adeudan, incluyendo 18 EPS y el Fosyga y la Secretaría de Salud no han pagado \$103,222'552,000(16). El mismo informe reporta ventas de servicios en el año 2014 por \$127,385'000,000 y en 2015 por \$133,628'500,000 con lo que se demuestra que aún dentro del actual sistema de aseguramiento la facturación que hace el HUS es elevada y que el principal problema financiero es que las EPS no pagan las deudas. Igual se puede decir del Hospital San Juan de Dios de Floridablanca cuyo informe demuestra que factura más de lo que necesita para operar y, sin embargo, en el 2015 cerró servicios y los médicos y demás personal de la institución sufrieron atraso de sus salarios por varios meses.

Por el contrario, de la propuesta estratégica mencionada anteriormente se puede inferir que en Santander con el argumento de aplicar “un modelo administrativo hacia una gestión que promueva eficiencia, eficacia, efectividad” se procederá, al igual que ya lo hizo la administración del alcalde Peñalosa en Bogotá, al cierre de hospitales públicos

y a diseñar una red con pocos hospitales más privatizados (11). Al mismo tiempo, la estrategia sobre Atención Primaria se verá reducida a las intervenciones colectivas que autoricen e intermedien las EPS.

**Sobre los programas:** En el Plan de Desarrollo Departamental los programas a desarrollar están circunscritos a las diez dimensiones de la salud contenidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (8). Dentro de ese marco, el plan de desarrollo propone nueve programas de salud y cuatro programas de desarrollo del agua potable y saneamiento básico para los cuales define veintisiete indicadores de logro principales (8). En principio, no se puede objetar esta organización de las metas en salud propuestas puesto que el plan decenal en su introducción señala que “está planteado con enfoque regional, y reconoce las diferencias como referencia obligada para formular políticas públicas y programas acordes con las características, capacidades específicas y particularidades de los diversos grupos poblacionales”(11).

1. Sin embargo, al hacer un análisis cuidadoso se puede prever que así se cumplan, muchos programas e indicadores de logro no tendrán impacto significativo en la salud de los santandereanos. Por ejemplo, ya se señaló la importancia de disminuir drásticamente la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Contrario a lo esperado, el gobierno departamental propone apenas disminuir de 55.50 por 100.000 nacidos vivos a 50.00 la razón de mortalidad materna en Santander y de 11.70 a 11.10 la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años(11). Estas metas parecen estar establecidas sin tener un sustento o un análisis de riesgo que las justifique.
2. En cuanto a nutrición el PDDS propone metas generales tales como: “avanzar en la implementación del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional “SANTANDER SANO, ALIMENTADO Y NUTRIDO” que luego denomina Programa “Santander Unido y Mejor Alimentado con Participación Social y Comunitaria” (11). Sin embargo, ninguna de las seis metas que se propone alcanzar el plan puede decirse que vayan a garantizar la seguridad alimentaria, ni a remediar la situación de desnutrición y malnutrición que caracteriza actualmente a sectores mayoritarios de la población en Santander: Esas metas son: “Mantener el apoyo anual a las ESE públicas de los 87 municipios del departamento de Santander para el desarrollo de capacidades en valoración y seguimiento nutricional de la madre gestante”; “Capacitar a los equipos de salud de los 87 municipios en Promoción Protección y apoyo a la lactancia materna”; “Realizar asistencia técnica a los 87 Comités de Seguridad Alimentaria y nutricional de los municipios”; “Gestionar la creación de un banco de leche en el departamento”; “Desarrollar la segunda versión del estudio de situación nutricional en menores de 18 años”; y “Adaptar en el departamento la estrategia de desparasitación antihelmíntica masiva”(11).

3. Respecto al agua potable, el PDDS traza un programa denominado: "Gobernando El Agua, Ampliación de Cobertura y Mejoramiento de Sistemas del Subsector de Agua Potable" cuyo objetivo es "Construir, mejorar, y/u optimizar la infraestructura del sector agua potable, ampliando cobertura y garantizando calidad y continuidad del servicio". Pero cuya "Meta producto" es "Construir, mejorar y/o optimizar 20 acueductos" (11). De tal manera que si actualmente en 61 municipios de Santander se consume agua con riesgo para la salud, en el mejor de los casos si se optimizan los 20 acueductos de la meta del plan de desarrollo, todavía los habitantes de 41 municipios (aproximadamente el 50%) continuarán consumiendo agua no apta para consumo humano.

## Conclusión

Con los indicadores que se incluyen en el diagnóstico de la salud que presenta el Plan de Desarrollo Departamental de Santander bien se habrían podido identificar y jerarquizar los aspectos críticos de salud que deberían ser objeto de intervenciones prioritarias de salud pública con amplia cobertura y efectividad. No sobra insistir que la salud pública se refiere a la salud de la población y no de los individuos. No basta hablar de determinantes sociales, de atención primaria o de gestión intersectorial, poblaciones vulnerables y equidad social si los programas van orientados a grupos reducidos, solo cubren parcialmente el territorio, dependen de la intermediación de las EPS y van a ser implementados por redes precarias de hospitales y clínicas en riesgo financiero. Por ejemplo, no es coherente hablar de la implementación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), cuando la mortalidad infantil va en aumento y el plan solo formula fortalecer la AIEPI en 20 municipios para que en el 2019 haya en Santander un total de 25 municipios que trabajen esta estrategia (11). Cuando el PDDS habla de priorizar municipios, como lo hace para plantear programas de control de enfermedades transmisibles como el Dengue, el Chicunguya y el Zika, no considera que, en estos casos, los planes efectivos requieren campañas masivas. Por ejemplo, requeriría por lo menos fumigar la totalidad de las viviendas del Área Metropolitana de Bucaramanga e implementar una campaña generalizada de educación para la erradicación y control de los criaderos del mosquito.

En síntesis, el PDDS:

1. No incluye un plan estratégico de salud basado en perfiles epidemiológicos que haga evidente la voluntad política de mejorar significativamente la salud de la población. Por el contrario, presenta un amplísimo espectro de programas sectorizados y no jerarquizados que parecen diseñados para contratar múltiples operadores que desarrollen intervenciones muy puntuales.
2. No contiene planes sistemáticos para reestablecer y garantizar el financiamiento apropiado y oportuno ni de la red pública hospitalaria ni de los hospitales y clínicas privadas afectadas en materia grave por las deudas de las EPS que contratan sus servicios.
3. Presenta una clara vocación para centrar la actividad en salud de esta administración en la adopción y materialización de las políticas nacionales que plantean que: "Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública" y que "El asegurador debe interactuar en cada territorio en lo referente a la planeación, ejecución y seguimiento de los planes territoriales de salud y coordinar las acciones necesarias para la efectiva gestión del riesgo en salud" (1).

## Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. Resolución 429 de 2016 (febrero 17 de 2016), por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf).
2. Congreso de la República de Colombia. LEY 100 DE 1993, "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: [http://www.secretaria.senado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretaria.senado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
3. Ministerio de la Protección Social. Proyecto de Ley Estatutaria de 2010. [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/PROYECTO%20DE%20LEY%20ESTATUTARIA.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/PROYECTO%20DE%20LEY%20ESTATUTARIA.pdf).
4. Colombia, Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>.
5. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud (PAIS) 2016 "Un sistema de salud al servicio de la gente". [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
6. Colombia, Congreso de la República y Ministerio de la Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan Otras Disposiciones. [Acceso 20 de marzo de 2016] consultado en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf).
7. Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Todos por un nuevo país. [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: <https://www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Que-es-el-Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx>.

8. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021. [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.
9. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Proyecto de Ley Ordinaria de Salud "por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" (no aprobado). [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Proyecto%20de%20Ley%20Ordinaria.pdf>.
10. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2016 "Por la cual se establecen estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones". [Acceso 25 de abril de 2016] Consultado en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202016.pdf).
11. Colombia, Gobernación de Santander. Plan de Desarrollo Departamental "Santander nos Une". [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: <http://www.santander.gov.co/index.php/documentos-hacienda/finish/69-despacho/13129-ordenanza-012-de-2016-pdd-santander-nos-une-2016-2019>.
12. Instituto Nacional de Salud. Estado de Vigilancia de la Calidad de Agua para Consumo Humano en Colombia 2014. [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: <http://www.ins.gov.co/sivicap/Normatividad/2015%20Estado%20de%20la%20vigilancia%20de%20la%20calidad%20del%20agua%202014.pdf>.
13. Instituto Nacional de Salud. Estado de Vigilancia de la Calidad de Agua para Consumo Humano en Colombia 2015. [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: <http://www.ins.gov.co/sivicap/Normatividad/2016%20Estado%20de%20la%20vigilancia%20de%20la%20calidad%20del%20agua%202015.pdf>.
14. Del-Castillo S. Desnutrición infantil en Colombia ¿Cuáles son las regiones más afectadas?. [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: <http://www.razonpublica.com/index.php/economia-y-sociedad/9310-desnutricion-infantil-en-colombia-cuales-son-las-regiones-mas-golpeadas.html>.
15. Instituto Nacional de Salud. Informe Técnico Sexta Edición, Desigualdades Sociales en Colombia, Informe Nacional. [Acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/6to%20informe%20ONS.pdf>.
16. Hospital Universitario de Santander, Empresa Social del Estado. Informe Audiencia Pública, a Diciembre de 2015. [acceso 20 de marzo de 2016] Consultado en: <http://hus.gov.co/Filef.asp?IDe=846>.