



Revista Facultad Nacional de Salud Pública
ISSN: 0120-386X
revistasaludpublica@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
Colombia

Chávez G, Blanca M.; Arango A, Alejandra M.; Serna C, Liliana M.; Zuleta G., Ana M.
Desempeño de las funciones esenciales de salud pública en tres municipios, Antioquia-Colombia,
2011
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 29, núm. 3, septiembre-diciembre, 2011, pp. 272-280
Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021452007>

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

Desempeño de las funciones esenciales de salud pública en tres municipios, Antioquia-Colombia, 2011

Performance measurement of essential public health functions in three municipalities, Antioquia-Colombia, 2011

Blanca M. Chávez G¹; Alejandra M. Arango A²; Liliana M. Serna C²; Ana M. Zuleta G².

¹ Profesora Titular, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: myro@saludpublica.udea.edu.co.

² Profesional en Gerencia de Sistemas de Información, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Recibido: 19 de Agosto de 2011. Aprobado: 20 de septiembre de 2011

Chávez BM, Arango AM, Serna LM, Zuleta AM. Desempeño de las funciones esenciales de salud pública en tres municipios, Antioquia-Colombia, 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(3): 272-280

Resumen

Objetivo: medir el desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) en tres municipios que corresponden a la zona Penderisco del suroeste antioqueño (Concordia, Betulia y Salgar) en 2011. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo transversal en los tres municipios. Se adaptó el instrumento de medición de las FESP en el ámbito nacional, elaborado por la OPS para aplicarlo localmente, se ajustó a las competencias y campos de acción de las autoridades municipales, se suprimieron preguntas no pertinentes para el nivel y se recalcularon las fórmulas que generaban el puntaje y los indicadores. El instrumento se aplicó a un grupo de expertos en cada municipio. **Resultados:** en la zona Penderisco, se encontraron tres funciones FESP1, FESP2 y FESP4 con desempeño óptimo. Las FESP3, FESP5, FESP6, FESP7, FESP8, FESP9 y FESP11 con desempeño medio superior y la FESP10

un desempeño mínimo. Dos indicadores de desarrollo de capacidades e infraestructura para la salud pública, fueron clasificados como debilidades, coincidente en los tres municipios: conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio y el desarrollo de la capacidad institucional de investigación. **Conclusiones:** a pesar de los esfuerzos realizados por los países para mejorar el desempeño de las FESP, el desarrollo es incipiente con algunas excepciones, este mismo esquema se refleja en los municipios estudiados. Pocas funciones están clasificadas en desempeño óptimo y como fortalezas. El desarrollo de capacidades e infraestructura para soportar el desarrollo de las FESP es débil.

----- *Palabras clave:* funciones esenciales de la salud pública, medición, desempeño.

Abstract

Objective: to measure the performance of the Essential Public Health Functions (EPHF) in three municipalities from the Penderisco area of Southwestern Antioquia (a zone encompassing three municipalities: Betulia, Concordia, and Salgar) in 2011. **Methodology:** we conducted a cross-sectional descriptive study in three municipalities. To this end, we adapted the instrument for measuring EPHF for use in Colombia. The instrument was developed by the PAHO, and we implemented its adapted version locally. The instrument was adjusted to

the skills and fields of action of the municipal authorities, the questions that were not relevant for the local context were removed, and the formulas for generating scores and indicators were re-calculated. The instrument was applied to a group of experts in each municipality. **Results:** in the Penderisco zone, three functions had optimal performance: EPHF1, EPHF4, EPHF2. Additionally, the functions labeled EPHF3, EPHF5, EPHF6, EPHF7, EPHF8, EPHF9, and EPHF11 had above average performance. EPHF10, in turn, showed minimum perfor-

mance. Two indicators of development of capacity and infrastructure for public health were classified as weaknesses, namely: knowledge, skills, and mechanisms to review, refine and enforce the regulatory framework and development of institutional research capacity. This is consistent in the three municipalities. **Conclusions:** In spite of the efforts made by countries to improve the performance of the essential public

health functions, development is still budding; the same scenario is seen in the studied municipalities. Few functions had optimal performance and were considered strengths and capacity development and the infrastructure for supporting the development of essential public health functions are weak.

----- **Key words:** Essential public health functions, measuring performance.

Introducción

En las Américas, las reformas del sector de la salud se enfrentan al desafío de fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias y una parte importante de este papel consiste en dar cumplimiento a las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) que competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local; para ello es crucial mejorar la práctica de la salud pública y los instrumentos para valorar su estado actual y las áreas en las que debe ser fortalecida. La Organización Panamericana de la Salud (ops) ha puesto en marcha la iniciativa “la salud pública en las Américas”, dirigida a la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de sus autoridades sanitarias en todos los niveles del estado [1].

Las FESP se han definido como aquellos procesos y movimientos de la sociedad y del Estado que constituyen condiciones *sine qua non* para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar, describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que consiste en mejorar la salud de las poblaciones [2]. La reincisión de la salud pública en la agenda de transformación del sector salud es obligatoria para la definición clara de su papel y la operativización de los conceptos que le dan fundamento.

Sin embargo, la salud pública ha sido descuidada como una responsabilidad social e institucional, justamente cuando más atención requiere y cuando más se necesita apoyo de los gobiernos para modernizar la infraestructura necesaria para su ejercicio [3]. A pesar de los esfuerzos en el ámbito internacional por fomentar el desarrollo de las FESP, en Colombia con la ley 100 de 1993 se perdió la visión de la salud pública y con ello la aparición de enfermedades y diversos problemas expresados en indicadores y literatura suficiente para sustentar su deterioro [4].

La definición y medición de las FESP se concibe como una contribución al desarrollo institucional de la práctica de la salud pública y al mejoramiento del diálogo con otras disciplinas involucradas en el quehacer de la salud.

Una mejor medición de las FESP debería permitir también una mejor cuantificación de los recursos necesarios para asegurar la infraestructura de salud pública adecuada, información que resulta esencial para gobiernos y demás responsables de tomar decisiones en salud. De acuerdo con la ops, “la medición del cumpliendo de las FESP es un ejercicio metodológico que conduce al mejoramiento de la práctica de la salud pública, estableciendo normas de buen funcionamiento y puntos de referencia para mejorar la calidad en forma continua, creando un patrón de comparación que permitirá evaluar la evolución de estas en el tiempo y contribuir al desarrollo institucional de la práctica de la salud pública” [5].

La medición del desempeño de las FESP en el ámbito local le permite a los municipios encaminar y mejorar el desarrollo, la ejecución de sus acciones y obtener conocimientos acerca del mecanismo de medición para autoevaluarse y así mismo fortalecer su estrategia en la lucha constante por mejorar la salud de la población.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los municipios de Concordia, Betulia y Salgar. Se aplicó el instrumento de la ops para la medición de las FESP. Como este instrumento mide el desempeño en el ámbito nacional, fue necesario ajustarlo a las competencias y campos de acción de las autoridades municipales en salud, se adaptó la redacción de las preguntas y se eliminaron las que no correspondían a las competencias municipales. Al modificar los ítems se hizo necesario recalcular las fórmulas que generaban el puntaje o calificación de las mismas y los indicadores.

El instrumento de medición contiene un cuestionario realizado en un aplicativo en Microsoft Excel. El instrumento se divide en 13 hojas de cálculo, una para cada FESP, una para evaluar el cumplimiento de resultados y procesos claves y otra para evaluar el desarrollo de capacidades e infraestructura. Cada función está encabezada por una definición, seguida de un indicador, una pregunta madre, su respectiva medición y submediciones, como se indica en la (figura 1) [10].

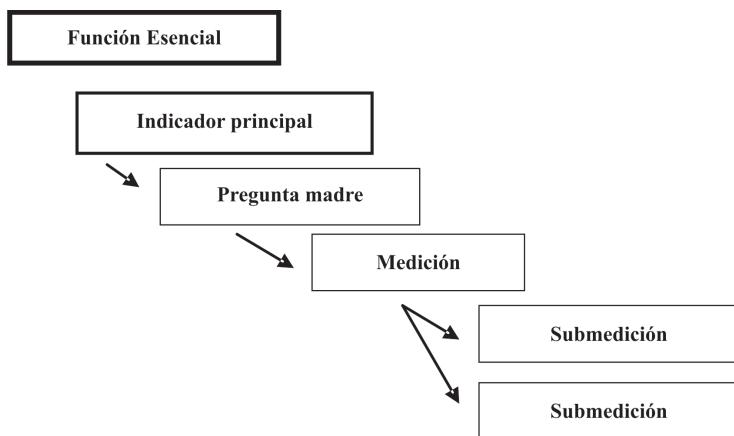


Figura 1. Metodología de construcción del puntaje, 2000 [6]

Tabla 1. Función: reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud

11.2	Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	Indicador principal
11.2.1	<i>La autoridad sanitaria municipal ¿desarrolla estrategias para reducir el impacto de emergencias y desastres en salud?</i>	Pregunta madre
En todo caso, la autoridad sanitaria municipal:		
11.2.1.1	¿Elabora normas sanitarias para el plan municipal de emergencia?	Medición
11.2.1.2	¿Desarrolla normas y lineamientos para apoyar la preparación y afrontar las consecuencias de emergencias y desastres?	Submedición
Si es así, estas normas y lineamientos incluyen:		
11.2.1.2.1	¿Brotes de enfermedades transmisibles?	Submedición

Fuente: Ejemplo de la composición del instrumento adaptado por los investigadores.

Para la construcción del puntaje, el conjunto de mediciones sirvieron de verificadores del desempeño de cada indicador, los cuales expresan en un porcentaje de cumplimiento que es función de la respuesta a un conjunto de submediciones que admiten respuestas dicotómicas (Sí o No), en las que una respuesta “Sí” lleva un valor de uno (1) y una respuesta “No” lleva un valor de cero (0). Para la utilización del instrumento solo se diligencian las mediciones y submediciones.

Cada función tiene en promedio de 3 a 4 indicadores en el instrumento. El puntaje de los indicadores que forman parte de la medición de cada función, se construyó basándose en el puntaje obtenido para las llamadas “preguntas madre”. Estas preguntas tuvieron la opción de respuesta parcial dado que se construyó sobre la base del valor promedio de respuestas “Sí” de las mediciones y submediciones.

Aplicación del instrumento

Para obtener la información se realizaron varias sesiones de grupos de trabajo, en los que participaron diferentes expertos, de acuerdo con el talento humano ubicado en estos municipios, a quienes se les explicó el procedimiento y firmaron el consentimiento informado.

- Municipio de Betulia: Director local de salud, Comisario de familia, Gerente en sistemas de información en salud, Psicólogo, Enfermera, Control interno ESE y Promotor EPS-S.
- Municipio de Concordia: Médico subgerente, Médico general, Técnico del área de la salud, Director local de salud, Psicólogo de escuela saludable, Psicólogo escuela de salud sexual y reproductiva, Promotor de vida de atención primaria en salud, Promotor de vida de atención en salud colectiva y un Ingeniero civil.
- Municipio de Salgar: Director local de salud, Gerente encargado (control interno) Veedora municipal de

salud, Técnica operativa de desarrollo comunitario, Gerontóloga y Auxiliar de la secretaría de planeación.

Estas sesiones se realizaron en ambientes de respeto y autocrítica, destacándose la cordialidad de los funcionarios que representaban la autoridad sanitaria municipal.

Escalas de clasificación y desarrollo de objetivos

Para el desarrollo del objetivo 1 se utilizó, como guía convencional, la sugerida por la OPS/OMS, en la que se propuso la siguiente escala para los puntajes finales de cada función:

Tabla 2. Escala de clasificación de nivel de desempeño - OPS/OMS

76 - 100%	Cuartil de desempeño óptimo
51 - 75%	Cuartil de desempeño medio superior
26 - 50%	Cuartil de desempeño medio inferior
0 - 25%	Cuartil de desempeño mínimo

Para clasificar las funciones como *debilidades y fortalezas*, la OPS/OMS estableció que para el valor de referencia se debía promediar el resultado de las funciones en el instrumento, en nuestro caso tres instrumentos, uno por cada municipio (objetivo 2). El instrumento de medición en la hoja identificada como “cumplimiento de resultados y procesos clave”, arrojó los valores de referencia:

Municipio de Betulia: 66%

Municipio de Concordia: 68%

Municipio de Salgar: 58%

Los valores iguales o superiores a la base de referencia indicaría *fortaleza* y los valores por debajo de esta

base mostrarían *debilidad*. Para la zona Penderisco, se promediaron los valores de referencia de cada municipio, asignando un valor de 64%. Para el desarrollo del objetivo tres, en la hoja de cálculo de “desarrollo de capacidades e infraestructura” se generaron los resultados de los indicadores evaluados y se procedió al análisis.

Resultados

Para una mejor interpretación de los resultados se relacionan las 11 funciones esenciales de salud pública, con el fin de no repetir en la interpretación de cada figura:

FESP 1: monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud.

FESP 2: vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños a la salud pública.

FESP 3: promoción de la salud.

FESP 4: participación social en la salud.

FESP 5: desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública.

FESP 6: fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública.

FESP 7: evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

FESP 8: desarrollo y capacitación de recursos humanos en salud pública.

FESP 9: garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

FESP 10: investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.

FESP 11: reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.

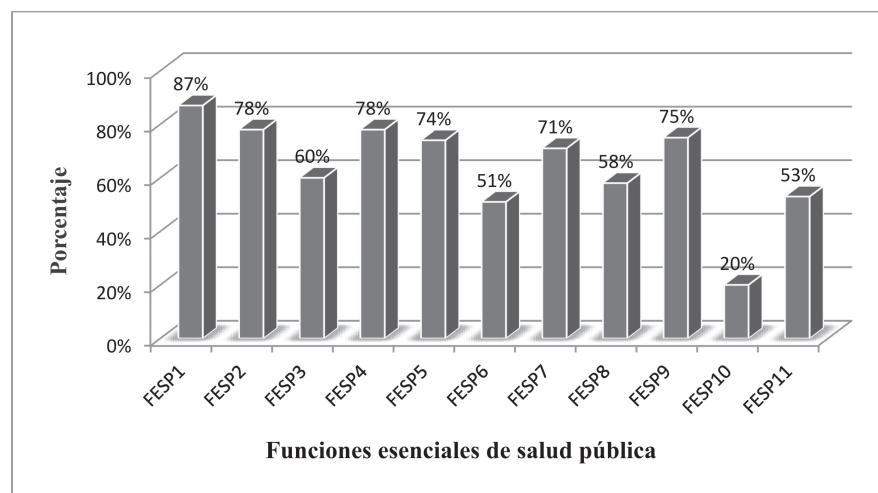


Figura 2. Medición de las funciones esenciales en salud pública, zona Penderisco, 2011

La figura 2 muestra que en la zona del Penderisco se encontraron tres funciones: FESP1, FESP2 y FESP4 con un desempeño óptimo. Las FESP3, FESP5, FESP6, FESP7, FESP8,

FESP9 y FESP11 tienen un desempeño medio superior y la FESP10 un desempeño mínimo, según la escala de clasificación de OPS/OMS.

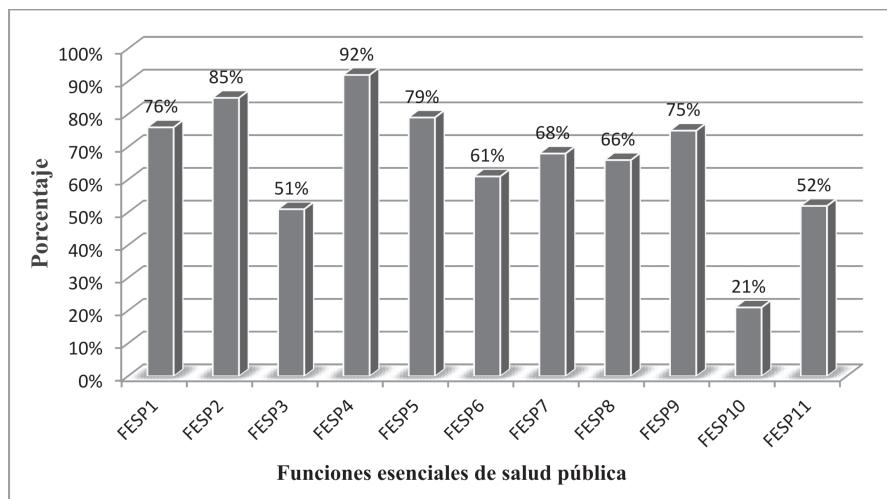


Figura 3. Medición de las funciones esenciales en salud pública, municipio de Betulia, 2011

Para el municipio de Betulia se encontraron cuatro funciones FESP1, FESP2, FESP4 y FESP5 con un desempeño óptimo. Las FESP3, FESP6, FESP7, FESP8, FESP9 y FESP11

con un desempeño medio superior y la FESP10 con un desempeño mínimo, según la escala de clasificación de OPS/OMS (figura 3).

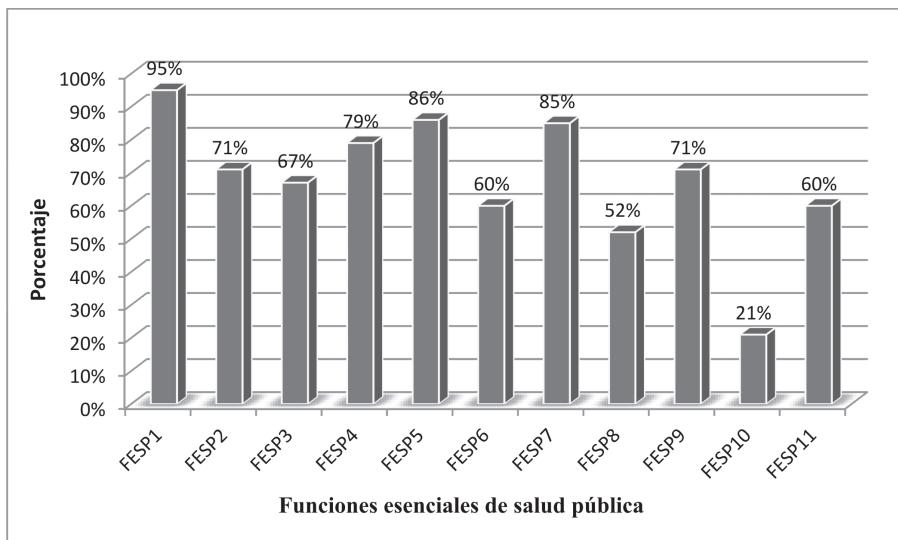
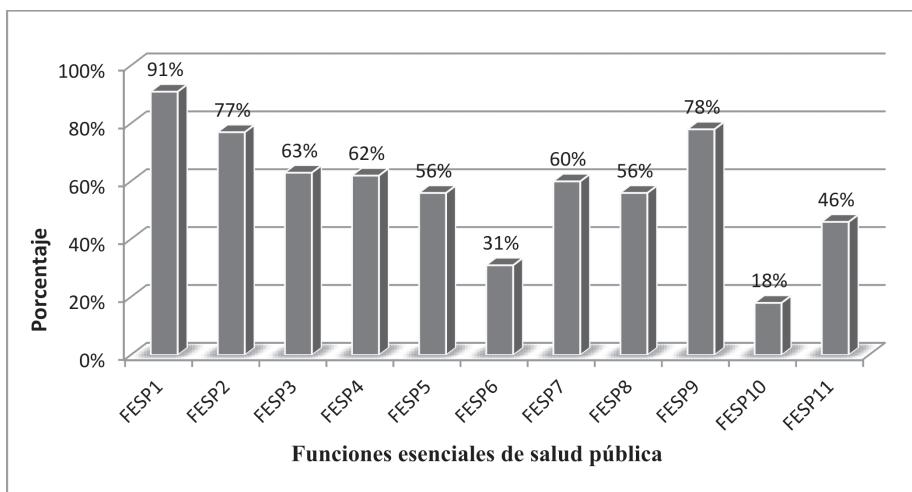


Figura 4. Medición de las funciones esenciales en salud pública, municipio de Concordia, 2011

En el municipio de Concordia se encontraron cuatro funciones FESP1, FESP4, FESP5, FESP7 con un desempeño óptimo. Las FESP2, FESP3, FESP6, FESP8, FESP9 y FESP11 con

un desempeño medio superior y la FESP10 con un desempeño mínimo, según la escala de clasificación de OPS/OMS (figura 4).

**Figura 5.** Medición de las funciones esenciales en Salud Pública municipio de Salgar, 2011

Los resultados muestran que para el municipio de Salgar se encontraron tres funciones FESP1, FESP2, FESP9, con un desempeño óptimo. Las FESP3, FESP4, FESP5, FESP7, FESP8 con un desempeño medio superior y las FESP6 y FESP11 con un desempeño medio inferior y la FESP10 con un desempeño mínimo, según la escala de clasificación de OPS/OMS (figura 5).

Se observa que la FESP1 tiene un desempeño óptimo en esta zona de Penderisco y, por municipio, es Concordia el que presenta el mayor porcentaje con un 95%. En cambio, la FESP10 relacionada con la investigación en salud pública, en la zona Penderisco y en cada municipio, tiene un desempeño mínimo con un 20%, y es el municipio de Salgar el que obtuvo la calificación más baja, con un 18%.

Tabla 3. Clasificación de las FESP como Fortalezas y Debilidades en cada municipio. Antioquia 2011

Valor de referencia	FESP	Betulia VR 66%		Concordia VR 68%		Salgar VR 58%	
		F	D	F	D	F	D
1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud.		76%		95%		91%	
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños a la salud pública.		85%		71%		77%	
3. Promoción de la salud.			51%	67%		63%	
4. Participación social en la salud.		92%		79%		62%	
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública.		79%		86%		56%	
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública.			61%	60%		31%	
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.		68%		85%		60%	
8. Desarrollo y capacitación de recursos humanos en salud pública.		66%			52%		56%
9. Garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.		75%		71%		78%	
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.			21%	21%		18%	
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.		52%		60%		46%	

Fuente: elaboración de los investigadores, 2011

F: Fortalezas

D: Debilidades

Según los estándares definidos para cada municipio, de las once (11) funciones esenciales de la salud pública, el 63,6% fueron clasificadas como *fortalezas* en el municipio de Betulia (FESP1, FESP2, FESP4, FESP5, FESP7, FESP8, FESP9) y el 36,4% en *debilidades* (FESP3, FESP6, FESP10, FESP11).

Para el municipio de Concordia dieron los mismos resultados: el 63,6% de las 11 FESP, fueron clasificadas como *fortalezas* (FESP1, FESP2, FESP3, FESP4, FESP5, FESP7, FESP9) y el 36,4% como *debilidades* (FESP6, FESP8, FESP10, FESP11).

En el municipio de Salgar varió un poco el porcentaje: el 55% de las FESP fueron clasificadas como *fortalezas* (FESP1, FESP2, FESP3, FESP4, FESP7 y FESP9) y el 45% restante fueron clasificadas como *debilidades* (FESP5, FESP6, FESP8, FESP10, FESP11) y en la zona Penderisco, cuyo valor de referencia es de 64%, se encontraron las FESP1, FESP2, FESP5, FESP7, FESP9 como *fortalezas* y las FESP6, FESP8, FESP10, FESP11 como *debilidades* (tabla 3).

Tabla 4. Desarrollo de Capacidades e Infraestructura en los tres municipios, Antioquia 2011

FESP	Indicadores	Betulia	Concordia	Salgar
1	1.3 Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud.	F	F	F
1	1.4 Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud.	F	F	F
2	2.2 Capacidades y experticia en epidemiología.	F	F	D
2	2.3 Capacidad de los laboratorios de salud pública.	F	F	F
5	5.3 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública.	F	F	F
6	6.3 Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio.	D	D	D
7	7.2 Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población.	F	F	F
8	8.2 Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo.	F	F	F
9	9.3 Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública.	F	D	F
10	10.2 Desarrollo de la capacidad institucional de investigación.	D	D	D

Fuente: elaborado por los investigadores, 2011

F: Fortalezas

D: Debilidades

El resultado de la medición de los indicadores del desarrollo de capacidades e infraestructura para la salud pública, pone en evidencia dos indicadores débiles coincidentes en los tres municipios:

6.3 “Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio y 10.2 Desarrollo de la capacidad institucional de investigación”.

Adicionalmente, en el municipio de Salgar se identificó una debilidad, el indicador 2.2 “Capacidades y experticia en epidemiología” y en Concordia el indicador 9.3 “Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública”.

Discusión

Si bien las FESP se consideran aquellos procesos y movimientos de la sociedad y del Estado que constituyen

condiciones *sine qua non* para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar, y, asimismo, frente al desafío de fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias y en especial las FESP que competen al Estado, no obstante, los logros son escasos debido a la brecha que hay entre la teoría y la práctica de la salud pública en los diferentes niveles del Estado y de organización de los servicios de salud.

En el proceso de autoevaluación realizado con la participación de los expertos de cada municipio, sobre el desempeño de las FESP se encuentran fortalezas y debilidades que indican el escaso interés y poco esfuerzo para el desarrollo y fortalecimiento de la salud pública en dichos municipios, resultados obtenidos según el método cuantitativo utilizado por la OPS, el cual requiere complementar con métodos cualitativos para comprender lo que está ocurriendo a ese nivel con los recursos e infraestructura para la salud pública, a fin de obtener una visión más integral de la situación.

Con relación al instrumento y a la metodología elaborada por la OPS, para la medición de las FESP, es preciso resaltar su carácter participativo, la secuencia lógica de preguntas y la comprensión integral de los factores de medición que hacen de este un instrumento útil, no solo para la evaluación del estado actual sino también como referente de procesos a ejecutar para el mejoramiento continuo de las FESP. Sin embargo, una de las principales dificultades encontradas en el proceso de medición, al igual que en la experiencia de Uruguay [7], fue la cantidad de preguntas, que torna compleja la medición y el tiempo que debe invertirse para ello.

Comparando los resultados de esta investigación con las experiencias de medición de las FESP en Colombia, en los departamentos del Valle del Cauca [8], Caldas [9] y Antioquia [10] y ciudades como Bogotá [11] y en países como Uruguay [7], Argentina [12], se encuentra que la FESP10 “Investigación en salud pública” tiene un desempeño medio inferior y mínimo según los estándares de la OPS, que coinciden con los resultados de la medición en la zona de Penderisco. En la medición de las FESP en Panamá [13] y Perú [14] la FESP10 tuvo un desempeño medio superior.

Las FESP clasificadas como fortalezas en los tres municipios son: FESP1 “Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud”, FESP2 “Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños a la salud pública”, FESP4 “Participación social en la salud”, FESP9 “Garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos”, de estas hay coincidencia con la medición realizada en Antioquia para la FESP2. Igualmente sucede con las FESP5 y FESP6 que tienen similares resultados en la medición del departamento de Antioquia (2003) y la zona Penderisco. Llama la atención esta clasificación que contrasta con la realidad en los municipios, debido a la forma de obtener la respuesta por consenso y de manera inmediata por el programa establecido por la OPS.

En la clasificación del desarrollo de las capacidades e infraestructura para el desarrollo de las FESP, la zona Penderisco mostró debilidad en los conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio; indicador que coincide con los resultados obtenidos en el departamento de Valle del Cauca [8] y de Caldas [9]. El indicador relacionado con el sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías para apoyar la toma de decisiones en salud pública, se clasificó como una debilidad en el municipio de Concordia, lo cual es coincidente con el resultado observado en el departamento de Antioquia [10].

Al revisar el desarrollo de las capacidades y la infraestructura de las FESP en la región de las Américas, se encuentra que en general existe escaso desarrollo de estrategias sistemáticas y periódicas, de carácter nacional,

dirigidas a evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud, aunque algunos países participantes aportan experiencias aisladas en los niveles intermedios y locales. El grado de variación en los resultados obtenidos para cada país en la región de las Américas muestra una menor dispersión en las debilidades relacionadas con hacer cumplir las normas, así como en el desempeño asociado al marco normativo [15].

Conclusiones

Si bien la medición de las FESP se concibe como una contribución al desarrollo institucional de la práctica de la salud pública y al mejoramiento del diálogo con otras disciplinas involucradas en el quehacer de la salud, una medición de las FESP puede ayudar a la cuantificación de los recursos necesarios y mejorar la infraestructura de salud pública, procedimiento que debe ser tenido en cuenta por gobiernos locales y demás responsables de tomar decisiones en salud.

El cumplimiento de las FESP requiere de un modelo descentralizado, con la participación de los subsectores público, privado y de la sociedad civil, bajo la conducción y responsabilidad del Ministerio de Protección Social como ente rector; el modelo debe estar organizado según los ámbitos nacional, departamental y local, debidamente interrelacionados de forma vertical y horizontal para el desarrollo de las FESP, situación que no se logra con el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, a pesar de los esfuerzos.

Por la observación anterior, en la investigación solo se identificaron tres funciones con un puntaje mayor que se clasificaron con un desempeño óptimo en la zona del Penderisco que agrupa los tres municipios: la FESP1 “Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud”, FESP2 “Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños a la salud pública” y FESP4 “Participación social en la salud”.

La mayoría de las FESP en los tres municipios se encuentran ubicadas en un rango de desempeño entre el 51 y 75%, equivalente a una clasificación de desempeño medio superior que hace pensar que faltan muchos esfuerzos para lograr un mejor desempeño. Entre ellas están: FESP3 “Promoción de la salud”, FESP5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública”, FESP6 “Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública”, FESP7 “Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios”, FESP8 “Desarrollo y capacitación de recursos humanos en salud pública”, FESP9 “Garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos” y FESP11

“Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud”. Y es lamentable que la FESP10 “Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública” aún tenga un desempeño mínimo.

La medición de los indicadores del desarrollo de capacidades e infraestructura para la salud pública, también pone en evidencia dos indicadores débiles coincidentes en los tres municipios, a saber: conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio y desarrollo de la capacidad institucional de investigación. Se encuentran fallencias en las capacidades de regulación y fiscalización en el ámbito nacional y municipal, a pesar de que existe una razonable disposición de procedimientos para poder ejercer esta función, además se reconoce la ausencia de esfuerzos dirigidos a prevenir la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Consideraciones éticas

Los aspectos éticos de esta investigación fueron amparados en la Resolución 8430 de 1983, según la cual la investigación se clasificó en la categoría “sin riesgo”, toda vez que usó como método la entrevista y no modificó variables. Se brindó información a los expertos sobre los propósitos y metodología del estudio. Se les solicitó el consentimiento informado y se protegió la identidad de los participantes.

Limitantes de la investigación

El instrumento de la OPS tiene incorporado un programa de Excel de calificación inmediata que no permite corroborar la veracidad de la información de los participantes; la cantidad de preguntas del instrumento requiere de mucho tiempo y es difícil reunir por largas horas a los expertos, así como lograr su permanencia durante las sesiones.

Referencias

- 1 Muñoz F, López D, Halverson P, Guerra C, Hanna W, Larrieu M, Ubilla S, Zeballos JL. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud [revista en internet] 2000 [acceso 23 de Diciembre de 2010]. Disponible en: www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf.
- 2 Bernal IL. Funciones Esenciales de la Salud Pública en programas de maestrías de la Escuela Nacional de Salud Pública, 2001. [revista en Internet] 2002 [acceso 18 de Octubre de 2009]; 28(1): 46-53. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_1_02/spu05102.htm.
- 3 Comunidad Virtual de la Sociedad Cubana de Bioingeniería. América está lejos de alcanzar Objetivos de Desarrollo del Milenio [internet]. Buenos Aires: SOCIBIO; 2005 [acceso 18 de octubre de 2009]. Disponible en: http://portalinfomed.sld.cu/socbio/info-news_render_full/12668.
- 4 Gómez A, Sarmiento JI, Yepes CE, Sarasti DA, Gómez JA, Henao FA. Momento médico: La crisis de la Salud Pública en el marco de la Ley 100 [internet]. ASMEDAS; 2004 [acceso 18 de Marzo de 2011]. Disponible en: http://www.asmedasantioquia.org/momento_medico/crisis_salud_publica.htm.
- 5 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 42. Consejo Directivo: 52.^a Sesión del Comité Regional. Funciones Esenciales de Salud Pública [Internet]. Washington, D.C: oms/OPS; 2000 [acceso 18 de octubre de 2009]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_15-s.pdf.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. Guía para la aplicación del instrumento de medición del desempeño de las Funciones esenciales de Salud Pública en los países de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2002. p. 20.
- 7 Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. El desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en Uruguay, 2002 [Internet]. Uruguay: MSP/OPS; 2002 [acceso 4 de Febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.bvsops.org/uy/pdf/saludpub.pdf>.
- 8 Organización Panamericana de la Salud. Informe de Medición del desempeño de las Funciones esenciales de salud Pública, ejecutada por la Autoridad Sanitaria Territorial Departamental del Valle del Cauca [Internet]. Valle del Cauca: OPS/CEDETES; 2003 [acceso 12 de Abril de 2010]. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=792&Itemid=99999999.
- 9 Organización Panamericana de la Salud. Informe final de Medición del desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en el Departamento de Caldas. Caldas: OPS; 2003.
- 10 Organización Panamericana de la Salud, Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Departamento de Antioquia [internet]. Medellín: OPS/DSSA; 2003 [acceso 1 de Abril de 2011]. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=793&Itemid=259.
- 11 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, OPS. Medición de las Funciones Esenciales Salud Pública en el Distrito Capital, Colombia 2007. Resultados del taller de aplicación del instrumento [Internet]. [acceso 2 de abril de 2011]. Disponible en: http://unjobs.org/duty_stations/colombia/distrito-capital
- 12 Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. primeras jornadas de evaluación de las Funciones Esenciales en Salud Pública [internet]. Buenos Aires: OPS; 2006 [acceso 2 de Abril de 2011]. Disponible en: <http://www.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/EvaluacionFuncionesSalud%20Publica.pdf>.
- 13 Ministerio de Salud de Panamá, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Evaluación de las Funciones de Salud Pública. Resultados del Taller de aplicación del instrumento de medición de las funciones esenciales de Salud Pública [internet]. Panamá: MINSA/OPS/OMS; 2002 [acceso 2 de abril de 2011]. Disponible en: http://new.paho.org/pan/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=26&Itemid=224.
- 14 Ministerio de Salud del Perú. Rectoría en Salud. Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública a nivel de la Autoridad Sanitaria Nacional, Perú 2006 [internet]. Peru: MINSA/OPS; 2006 [acceso 2 de Abril de 2011]. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/documents/events/perufesp07/Evaluacion_Desempeno ASN-Peru.pdf.
- 15 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los sistemas de salud. FESP9: la seguridad de la calidad de los servicios de salud [internet]. OPS/OMS [acceso 2 de Abril de 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP_09.htm.