



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

Chávez G, Blanca M.; Velásquez L, Luis E.  
Análisis de la gestión territorial: Encuesta Nacional de Salud 2007, Colombia 2011  
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 30, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 57-65  
Universidad de Antioquia  
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023071007>

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

# Análisis de la gestión territorial: Encuesta Nacional de Salud 2007, Colombia 2011\*

## Analysis of the local authorities: National Health Survey 2007, Colombia 2011

Blanca M. Chávez G<sup>1</sup>; Luis E. Velásquez L<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Enfermera, doctora en Salud Pública, profesora titular, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: myro@saludpublica.udea.edu.co

<sup>2</sup> Vicedecano de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: luiseliseo2@gmail.com

Recibido: 4 de noviembre de 2011. Aprobado: 02 de diciembre de 2011.

---

Chávez BM, Velásquez LE. Análisis de la gestión territorial: Encuesta Nacional de Salud 2007, Colombia 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 30(1): 57-65

---

### Resumen

**Objetivo:** en este artículo se presentan los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2007 (ENS), del módulo I sobre las administraciones territoriales de salud, en cuanto a la capacidad de gestionar la salud en los municipios y caracterizar la infraestructura sanitaria y la vigilancia en la salud pública. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en una muestra representativa de 238 municipios del país de todas las categorías, de los cuales respondieron 223. La fuente de información fue la ENS/2007, aplicada a los secretarios de salud de los municipios de la muestra. **Resultados:** la oferta de instituciones públicas y privadas de salud y aseguradoras, tiene mayor presencia en los municipios de categoría 1 y especial. La infraestructura sanitaria es insuficiente pero es mayor en los municipios de categoría especial y principalmente en la zona urbana. La vigilancia en salud pública para la mortalidad

materna, perinatal, Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA) es mayor en los municipios de categorías 1 y especial. **Conclusiones:** a pesar de los esfuerzos realizados por los actores municipales para mejorar la salud, los resultados muestran desigualdades importantes entre la zona urbana y rural, así como entre los municipios de categorías 1 y especial, al igual que en las otras categorías, situación que demanda inversiones mayores en infraestructura sanitaria, en el sistema de vigilancia de la salud pública y en los programas de los municipios de menor desarrollo, para que las desigualdades no sean progresivas y se obtengan mejores beneficios en salud para la población.

-----*Palabras clave:* gestión municipal, oferta pública y privada, infraestructura sanitaria, vigilancia en salud pública.

---

### Abstract

**Objective:** this paper presents the results of the 2007 National Health Survey's (ENS) module I, which deals with territorial management of health regarding the capacity to manage health in the municipalities and to characterize their sanitary infrastructure and public health surveillance. **Methodology:** a descriptive retrospective study was conducted with a representative sample of 238 Colombian municipalities from all the categories, 223 of which answered the call. The source

of information was the ENS/2007, which was applied to the health secretaries of the sample's municipalities. **Results:** more public and private health providers and health insurance companies are available in the municipalities belonging to the special category and to category 1. The sanitary infrastructure is insufficient but larger in the municipalities from the special category, particularly in the urban area. Public health surveillance for maternal and perinatal mortality, and for

---

\* Contrato interadministrativo de cooperación, Número 519-2008, suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia.

ADD and ARI is higher in the municipalities from the special category and from category 1. **Conclusions:** in spite of the efforts of the municipalities to improve health, the results show important inequalities between the rural and urban areas, and between the municipalities from the special category and the municipalities from other categories. This situation calls for larger investments for the sanitary infrastructure, the public

health surveillance systems, and the programs of the less developed municipalities in order to prevent inequalities from becoming progressive and to obtain better profits in terms of the people's health.

-----**Keywords:** municipal administration, public and private offers, sanitary infrastructure, public health surveillance.

---

## Introducción

La reforma del Estado en Colombia que tuvo lugar entre los años 80 y 90, se orientó a la reducción del tamaño de la estructura estatal y a la descentralización política administrativa y fiscal en todos los sectores. En el caso específico de salud, la descentralización consistió en la transferencia de competencias y recursos a los municipios para que asumieran la salud. Sin embargo, en 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social con una orientación diferente al Sistema Nacional de Salud anterior, que frena en parte el proceso de descentralización en la mayoría de los municipios colombianos, a pesar de que las leyes y normas reglamentarias establecieron las competencias, los recursos y los actores. Esto último se originó por el cambio de la lógica del sistema de salud, con predominio de la competencia de mercado en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud y un debilitamiento de la gestión territorial de la salud y de la salud pública como tal.

Para analizar los resultados de la ENS/2007, sobre la capacidad de gestión de las administraciones territoriales se parte del marco normativo de la descentralización, cuya implementación ha sido heterogénea, ha generado contradicciones y disputas entre las instituciones y autoridades del país por la cantidad y complejidad de variables que están en juego permanentemente en este proceso [1]; sin que se haya logrado la construcción social, política, administrativa y técnica del sistema de salud en los municipios, que aun operan sin coordinación e integración, limitando la capacidad local para la gestión del sistema, como se refleja en los resultados de la ENS/2007.

A partir de la información tomada en la ENS/2007, el Ministerio de la Protección Social estableció un convenio con la Facultad Nacional de Salud Pública para realizar un análisis a profundidad de la situación de salud de Colombia 2007 (ASIS). En ese orden de ideas, el presente artículo se presenta los resultados obtenidos sobre la capacidad de gestión en salud de las administraciones municipales en sus territorios y caracteriza la infraestructura sanitaria y vigilancia de mortalidad evitable en los municipios. Los datos fueron tomados del formato de administraciones municipales de la ENS-2007. Las variables analizadas corresponden a la existencia de instituciones públicas y privadas de salud, administradoras del régimen contributivo y subsidiado, infraestructura

sanitaria y vigilancia en salud pública. Los resultados se dan por categorías de municipios según la clasificación del Departamento Nacional de Planeación, estas categorías son siete que van desde Especial, que corresponde a municipios desarrollados, hasta la categoría sexta, es decir, municipios de menor desarrollo.

Los hallazgos del estudio pueden ser útiles para el Ministerio de la Salud y protección social, las autoridades sanitarias territoriales y otros actores del sistema de salud, así como a los organismos de vigilancia y control para la toma de decisiones en las políticas y programas de salud pública, para contribuir al mejoramiento de los sistemas de salud locales.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población de referencia, según la ENS/2007, fue de 1.101 municipios del país. De acuerdo con los procedimientos establecidos por la ENS-2007 para el cálculo de la muestra y el tipo de muestreo, la muestra fue probabilística y correspondió a 238 municipios (entidades territoriales) del país; el muestreo fue por conglomerados y estratificado, tal como lo describen los documentos metodológicos de la ENS-2007. La fuente de información fue el Módulo 1- Administraciones municipales de la ENS-2007.

Variables: corresponden a las categorías municipales; oferta de instituciones públicas y privadas de salud y de educación; administradoras del régimen contributivo y subsidiado; programas especiales de salud pública; infraestructura sanitaria; vigilancia de la salud pública, en lo que atañe a mortalidad evitable; programas y proyectos de salud pública municipales.

Procedimientos y plan de análisis: se depuró la base de datos de cada ente territorial. Aunque la muestra fue de 238 municipios, sólo 223 registraron la mayor parte de la información. Se realizó un análisis univariado y bivariado para todas las variables por categorías de municipios. El análisis estadístico se hizo en el software SPSS versión 15.0, idioma español; para la generación de cuadros de salida y gráficos se utilizó Microsoft Office Excel y los informes respectivos se presentaron en el procesador de texto Microsoft Office Word 2007. Una limitación de la investigación consiste en la carencia de información documental para sustentar lo manifestado por los encuestados.

## Resultados

De los 238 municipios incluidos en la muestra de la ENS/2007, el 68,9% pertenecen a la categoría 6 con menor desarrollo, seguido de la categoría 1 con el 7,1% y la categoría especial 5 municipios con el 2,1% de la muestra. De los 238 municipios respondieron 223 de las diferentes categorías (tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución porcentual de los municipios estudiados según categoría municipal. Colombia, 2007.

Categoría del municipio	No.	%
1	17	7,1
2	15	6,3
3	13	5,5
4	13	5,5
5	11	4,6
6	164	68,9
Especial	5	2,1
Total	238	100

Fuente: ENS, 2007. Administraciones Municipales

**Tabla 2.** Número promedio de instituciones públicas y privadas de salud según categoría del municipio. Colombia, 2007.

Variable	Categoría del municipio						
	1	2	3	4	5	6	Especial
Hospitales y clínicas públicas	2,6	3,6	1,5	1,3	2,2	1,0	35,8
Centros de salud	9,5	8,0	2,0	2,6	2,5	1,7	88,0
Puestos de salud	11,3	4,9	10,5	3,4	3,6	4,6	22,4
Otras entidades públicas de salud	0,7	40,6	0,3	0,5	0,4	0,7	2,4
Clínicas privadas con hospitalización	6,3	4,7	1,8	1,3	0,8	0,3	51,2
Centros de atención ambulatoria de EPS O ARS	13,8	8,2	4,1	8,6	6,0	1,6	62,6
Profesionales de la salud independientes registrados I sistema de habilitación	229,4	253,7	189,0	23,8	22,4	17,2	1721,6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENS-2007.

**Tabla 3.** Promedio de aseguradoras en salud según categoría del municipio. Colombia, 2007.

Variable	Categoría del municipio						
	1	2	3	4	5	6	Especial
Aseguradoras del régimen contributivo	11,0	10,3	6,3	6,1	5,6	3,8	12,2
Aseguradoras del régimen contributivo tienen oficina de atención al usuario	6,6	5,0	4,1	3,8	3,6	1,1	12,2
Aseguradoras del régimen subsidiado	4,4	5,8	4,4	5,6	4,8	3,5	9,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENS-2007.

En relación con la oferta de instituciones públicas y privadas de salud, en promedio, existen 35,8 instituciones públicas hospitalarias en los municipios de categoría especial, 88 centros de salud, 22 puestos de salud, 51 clínicas privadas con hospitalización, 62,6 centros de atención ambulatoria de EPS y 1.721 profesionales independientes registrados en el sistema de habilitación. En los municipios de categoría 1, 2 y 3 la oferta también es amplia. Aspecto que contrasta con los municipios de categorías 4, 5 y 6 donde es mucho menor la oferta y se concentra en las instituciones públicas (tabla 2).

En promedio, existen entre 10 y 12 aseguradoras del régimen contributivo en los municipios categoría especial, 1 y 2. En los municipios categoría 6 es baja. Con respecto a la presencia de oficinas de atención al usuario, se observa un número bajo en todos los municipios a excepción de los municipios categoría especial, donde todas las aseguradoras tienen oficinas. La presencia de las aseguradoras del régimen subsidiado es baja en todas las categorías de municipios a excepción de la categoría especial que en promedio tienen 9 aseguradoras (tabla 3).

### **Oferta de instituciones públicas y privadas de educación**

En todas las categorías de municipios se encuentra, en promedio, una amplia oferta pública de establecimientos educativos. Los establecimientos educativos

privados se predominan en el área urbana y en los municipios categoría especial, 1, 2 y 3. Los establecimientos educativos urbanos y rurales son principalmente municipales, aunque también se encuentra presencia importante de establecimientos del orden departamental en todos los municipios estudiados (tabla 4).

**Tabla 4.** Número promedio de los colegios públicos y privados según categoría del municipio.

<b>Variable</b>	<b>Categoría municipal según DNP</b>						
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>Especial</b>
Colegios o escuelas urbanos de carácter privado	112,4	92,8	43,0	21,8	11,3	2,1	871,4
Colegios o escuelas urbanos de carácter público Departamentales	30,6	13,0	8,5	8,5	11,5	3,4	58,4
Colegios o escuelas urbanos de carácter público Municipales	38,1	31,9	26,5	17,2	5,1	6,9	157,8
Colegios o escuelas rurales de carácter privado	2,1	,7	10,1	,7	1,9	,8	7,0
Colegios o escuelas rurales de carácter público Departamentales	13,5	2,6	8,4	15,5	42,2	16,2	14,8
Colegios o escuelas rurales de carácter público Municipales	25,2	18,4	27,0	20,8	18,6	11,7	27,0

Fuente: ens, 2007. Administraciones municipales

En relación con el promedio de hogares de bienestar familiar funcionando en las cabeceras municipales, se encuentra que en los municipios de categoría 6 y 5 es muy baja la presencia de estas instituciones. En la zona rural es alarmante el bajo promedio en todas las categorías de municipios. Las guarderías y jardines infantiles públicos y privados, en promedio, son

mayores en la cabecera municipal, con excepciones de los municipios categoría 5 y 6 donde es muy baja su presencia, al igual que en la zona rural de los municipios de categoría 2, 4, 6 y especial. Los municipios más desarrollados concentran la mayoría de infraestructura de hogares de bienestar, guarderías y jardines infantiles (tabla 5).

**Tabla 5.** Número promedio de guarderías y hogares de bienestar según categoría del municipio.

<b>Variable</b>	<b>Categoría municipal según DNP</b>						
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>Especial</b>
Hogares comunitarios de bienestar familiar funcionando en la cabecera	81,5	61,8	63,6	62,6	41,2	20,6	85,5
Hogares comunitarios de bienestar familiar funcionando en la zona rural	28,6	26,5	40,8	17,0	30,5	21,8	32,0
Guarderías y jardines infantiles, públicos y privados en la cabecera	41,5	31,5	37,4	19,0	5,0	3,0	75,8
Guarderías y jardines infantiles, públicos y privados en la zona rural	18,5	2,7	27,2	3,2	9,8	1,8	6,3

Fuente: ens, 2007. Administraciones municipales

### **Infraestructura sanitaria**

En todas las categorías de municipios se observa un porcentaje superior al 80% sobre los servicios de acueducto en la zona urbana, a excepción de la categoría sexta cuyo porcentaje es de 76%. En el área rural el porcentaje de servicio de acueducto es bajo en todas las categorías de municipio, especialmente en la 3, 4, 5 y 6, en esta última categoría el porcentaje es más bajo. En relación con la vigilancia de la calidad sanitaria del agua para consumo humano, se observa un porcentaje alto en todos los municipios (tabla 6).

El porcentaje de mataderos con licencia de funcionamiento es muy bajo en los municipios de categoría 1, 6 y especial; mientras en el resto de las categorías de municipios es del 60%. Hay un alto cumplimiento en la inspección sanitaria de los mataderos, a excepción de las categorías 5 y 6. Cuando se encontró carne no apta para el consumo humano, se realizaron acciones correctivas en el 100% de los municipios de categoría 1, 2, 3 y 4; donde menos se hicieron estas acciones fue en los municipios de categoría 5 y 6 (tabla 7).

**Tabla 6.** Distribución porcentual de los servicios de acueducto por categoría del municipio.

Variable	Categoría del municipio													
	1		2		3		4		5		6		Especial	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Agua apta en la cabecera	14	87,5	12	92,3	10	83,3	11	84,6	9	81,8	117	76,0	5	100,0
Agua apta en la zona rural	8	50,0	7	53,8	4	33,3	6	46,2	3	27,3	48	31,2	3	60,0
Hacen vigilancia de la calidad del agua para consumo humano	16	100,0	13	100,0	11	91,7	13	100,0	10	90,9	132	86,3	5	100,0

Fuente: ENS, 2007. Administraciones Municipales

**Tabla 7.** Distribución porcentual de los servicios de matadero con licencia de funcionamiento por categoría del municipio.

	Categoría municipal según DNP													
	1		2		3		4		5		6		Especial	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Matadero de ganado bovino con licencia	8	50,0	11	84,6	8	66,7	10	76,9	8	72,7	87	56,5	3	60,0
Inspección sanitaria de los mataderos	8	100,0	11	100,0	8	100,0	10	100,0	7	87,5	80	92,0	3	100,0
Carne no apta y acciones correctivas o preventivas	5	100,0	2	100,0	4	100,0	0	,0	3	75,0	34	91,9	2	100,0

Fuente: ENS, 2007. Administraciones municipales

En los municipios de categoría 5, en promedio, el 51,9 encontró carne no apta para el consumo humano, seguido de los municipios de categoría 3, pero en todos ellos se encontró carne no apta para el consumo humano en menor proporción promedio. Solo los municipios de categoría 2 muestran un promedio bajo (tabla 8).

A excepción de los municipios de categoría 6, el servicio formal de recolección de basuras está presente en el 100% de las categorías de municipios. En cuanto a la cobertura del servicio de recolección de basura, los municipios de categoría 1 y especial cubren el 100% de la población (tabla 9).

**Tabla 8.** Proporción promedio de mataderos en los que se encontró carne no apta para el consumo humano.

Categoría municipal según DNP	Proporción
1	29,56
2	2,01
3	47,53
4	12,91
5	51,90
6	20,54
Especial	35,16

Fuente: ENS, 2007. Administraciones Municipales

**Tabla 9.** Distribución porcentual de los servicios de disposición de basuras por categoría del municipio.

Variable	Categoría municipal según DNP													
	1		2		3		4		5		6		Especial	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Municipio con presencia de servicio formal de recolección de basuras en la cabecera	16	100,0	13	100,0	12	100,0	13	100,0	11	100,0	143	92,9	5	100,0
Municipios con población cubierta con el servicio de recolección de basuras	16	100,0	9	69,2	10	83,3	10	76,9	9	81,8	94	65,7	5	100,0

Fuente: ENS, 2007. Administraciones municipales

El servicio de alcantarillado en la cabecera municipal de los municipios de categorías 1, 2, 4, 5 y especial está presente en el 100% de ellos; en las demás categorías de

municipios es baja. La cobertura de la población con el servicio de alcantarillado es baja en todas las categorías de municipios, a excepción de la categoría especial (tabla 10).

**Tabla 10.** Distribución porcentual de los servicios de alcantarillado por categoría del municipio.

Variable	Categoría municipal según DNP													
	1		2		3		4		5		6		Especial	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Municipios con presencia del servicio de alcantarillado en la cabecera municipal	16	100,0	13	100,0	11	91,7	13	100,0	11	100,0	136	88,3	5	100,0
Municipios con población de la cabecera cubierta con servicio de alcantarillado	11	68,8	10	76,9	10	90,9	7	53,8	9	81,8	88	64,7	5	100,0

Fuente: ENS, 2007. Administraciones municipales.

### Vigilancia de mortalidad evitable en los municipios

De los 223 municipios, no todos realizaron acciones de vigilancia de la salud pública para los eventos de mortalidad materna, perinatal, EDA e IRA y vigilancia del estado nutricional. La mortalidad materna es el evento más

vigilado por los municipios con el 94,6% y el evento con menor vigilancia fue la desnutrición con el 83,4%. Los municipios en categoría especial reportaron acciones de vigilancia en el 100% de los cuatro eventos de mortalidad evitable, seguido de la categoría 2 cuyos municipios hacen vigilancia del 100% de tres de los eventos (tabla 11).

**Tabla 11.** Municipios que realizan actividades de vigilancia en salud pública de la morbilidad evitable, según categoría municipal. Colombia, 2006.

Categoría municipal	Total municipios en la categoría	Muerte perinatal		Muerte materna		Muerte por IRA		Muerte por EDA		Desnutrición	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Especial	5	5	100	5	100	5	100	5	100	4	80,0
1	16	15	93,8	15	93,8	16	100	15	93,8	12	75,0
2	13	12	92,3	13	100	13	100	13	100	11	84,6
3	12	11	91,7	10	83,3	11	91,7	10	83,3	9	75,0
4	13	12	92,3	11	84,6	12	92,3	12	92,3	13	100
5	11	10	90,9	11	100	10	90,9	8	72,7	9	81,8
6	153	146	95,4	134	87,6	127	83,0	128	83,7	128	83,7
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>211</b>	<b>94,6</b>	<b>199</b>	<b>89,2</b>	<b>194</b>	<b>87</b>	<b>191</b>	<b>85,7</b>	<b>186</b>	<b>83,4</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENS-2007.

De los 223 municipios, 214 reportaron muertes perinatales y 213 muertes maternas, con el 96% respectivamente, indicando un mayor reporte en estos eventos en relación con la mortalidad por EDA e IRA donde los reportes son menores (tabla 12).

Con respecto a las muertes maternas, se observa que los municipios de categoría 1, 2, 3, 4 y 5 investigan el 100% de las muertes maternas. Pero, en los municipios de categoría 6 y especial no investigan todas las muertes maternas (tabla 13).

**Tabla 12.** Total de municipios que reportaron casos de mortalidad perinatal, materna, según IRA y EDA. Colombia, 2006.

Categoría municipal	Total municipios en la categoría	Mortalidad perinatal		Mortalidad materna		Mortalidad por IRA		Mortalidad por EDA	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Especial	5	5	100	5	100	5	100	5	100
1	16	16	100	16	100	14	87,5	14	87,5
2	13	13	100	13	100	11	84,6	12	92,3
3	12	12	100	11	91,7	11	91,7	11	91,7
4	13	13	100	13	100	12	92,3	13	100
5	11	11	100	11	100	11	100	11	100
6	153	144	94,1	144	94,1	140	91,5	141	92,2
Total	223	214	96	213	96	204	91,5	207	92,8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENS-2007.

**Tabla 13.** Proporción promedio de muertes maternas investigadas según categorías de municipios.

Categoría municipal según DNP	Proporción
1	100,0
2	100,0
3	100,0
4	100,0
5	100,0
6	89,57
Especial	96,33

Fuente: ENS, 2007. Administraciones municipales.

### Programas especiales de salud pública

Considerando que la vigilancia en salud pública tiene como objetivo guiar las acciones de intervención para buscar un mejoramiento de la salud de la población, se planteó el análisis de los programas, proyectos y acciones para disminuir las muertes evitables y otras enfermedades de interés en salud pública.

Al respecto, se encontró que los municipios realizan programas, proyectos y acciones para *evitar* accidentes, lesiones personales, violencia intrafamiliar, transmisión del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual como se describe a continuación:

- En la ocurrencia de accidentes de tránsito, los programas, proyectos y acciones son bajas en la mayoría de municipios, con excepción de la categoría especial donde se realizan acciones en el 100% de ellos.
- Igual sucede con la ocurrencia de lesiones personales, los programas, proyectos y acciones son bajos

en la mayoría de la categorías de municipios, solo en los municipios de categoría especial realizan acciones en el 80% de ellos.

- En cuanto a los programas, proyectos y acciones sobre la violencia intrafamiliar, se observa un cumplimiento del 90% en todas las categorías de municipios. A excepción de los de categoría 5 donde solo se realizan acciones en el 72%.
- Los programas, proyectos y acciones para evitar la transmisión del VIH/SIDA, se realizan en los municipios de categoría especial en un 100% y, en las otras categorías de municipios, el 90%.

- Los programas, proyectos y acciones para evitar la transmisión de ITS se realizan en todos los municipios entre el 90 y el 100%.

Los programas, proyectos y acciones dirigidos a *reducir* la mortalidad materna se realizan en un porcentaje mayor del 90% en la mayoría de categorías de municipios y en la categoría especial el 100% realizan estas acciones.

- En relación con la mortalidad infantil, los programas, proyectos y acciones para reducir la mortalidad están presentes entre el 80% y el 90% en todas las categorías de municipios.

Para *incentivar* la utilización de la citología cérvico-uterina, el control prenatal, crecimiento y desarrollo, vacunación, incrementar la actividad física y reducir el consumo de alcohol y cigarrillo, los municipios realizaron programas, proyectos y acciones como se describe a continuación:

- Para la citología cérvico-uterino, los municipios de categoría especial y 4 realizan estas acciones en un 100%, y en las otras categorías de municipios está entre el 80 y 87%.

- Para incentivar el control prenatal, en los municipios categoría 4 se realizan el 100% y las demás categorías de municipios entre un 75% y 88%.
- Para promover la utilización del control de crecimiento, los municipios de categoría 1 y 2 lo hacen entre un 62,5% y 69,2%. En los municipios categoría 5 y 6 cercano al 82%. En el resto de los municipios, estas actividades se desarrollaron en el 100% de ellos.
- La incentivación a la vacunación, en menores de 5 años, se fomentó en el 80% de los municipios de categoría especial, siendo mayor al 90% en las otras categorías de municipios.
- La realización de acciones, programas y proyectos para detectar o reducir la violencia sexual se llevaron a cabo en el 72% de los municipios de categoría 5, y más del 80% en las otras categorías de municipios.
- Para incrementar la actividad física, los municipios de categoría 5 y 1 realizaron actividades entre el 54,5% y el 62,5%. En las demás categorías de municipios se desarrollan intervenciones en más de un 90%.
- Las intervenciones para reducir el consumo de alcohol y cigarrillo, es baja en los municipios de categoría 5 el 54,5% y, en la categoría 1, el 68,8%. En el resto de categorías de municipios es mayor al 90%.
- Con respecto a mejorar las condiciones nutricionales de la población, el 100% de los municipios de categoría 3 realizan intervenciones y las otras categorías de municipios están entre el 80% y el 92%.

## Discusión

La descentralización política, administrativa y fiscal de los municipios de Colombia a partir del año 1986, se ha visto afectada por la alta dependencia de estos procesos del nivel de desarrollo y la capacidad institucional de los municipios, así como por la lógica de mercado que ha predominado en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la puesta en vigencia de la Ley 100 de 1993.

Es evidente que se presenta una desigualdad entre los municipios, debido a que aquellos con mayor capacidad de gestión y recursos, tienen mayores probabilidades de desarrollo [1, 2]. Los municipios más desarrollados siguen concentrando las instituciones públicas y privadas en salud y educación y los municipios menos desarrollados cuentan solo con la escasa oferta pública, igualmente sucede con la presencia de las aseguradoras y la infraestructura educativa, además, presenta inequidades al interior de los municipios entre la zona urbana y rural. De este modo, en la investigación se encuentra una oferta de instituciones públicas y privadas de salud

mayor en los municipios de categoría especial 1, 2 y 3 y menor en las categorías 4, 5 y 6, por lo que se confirma la premisa anterior. En estos últimos, predomina la oferta de instituciones públicas, al existir una escasa presencia de prestadores privados, en especial que cuenten con servicio de hospitalización. A pesar de la existencia aparente de suficientes instituciones públicas y privadas de salud, no se resuelve el problema central del acceso a los servicios de salud, debido a la desarticulación de los prestadores de salud.

En cuanto a la infraestructura sanitaria del país, quedan muchos retos por superar, no obstante los esfuerzos del gobierno nacional, departamental y municipal, se presentan situaciones lamentables en el cumplimiento de la legislación sanitaria relacionada con los mataderos, puesto que la mayoría de ellos no tienen licencia de funcionamiento y hay presencia de carne no apta para el consumo humano. Igualmente sucede con la recolección formal de la basura y los servicios de agua potable y alcantarillado que, estando presentes en la mayoría de los municipios, la cobertura poblacional es baja, principalmente en los municipios de categorías 4, 5 y 6, a pesar de ser componentes fundamentales de la salud pública y que las reformas recientes en el país apuntan a mejorar el acceso al agua potable y saneamiento básico con una mayor participación de los departamentos en la política sectorial y en el marco institucional vigente [3].

Con respecto a la vigilancia en salud pública normada por la ley 100 de 1993 [4], la ley 1122 de 2007 [5] y el decreto 3518 de 2006 [6], que establece responsabilidades a los municipios y a las instituciones públicas y privadas de salud para garantizar la salud de las colectividades y las condiciones sanitarias necesarias, se observan esfuerzos importantes, especialmente en la vigilancia de las muertes perinatales, maternas y las producidas por IRA y EDA. Sin embargo, el sistema de vigilancia en salud pública es incipiente en la mayoría de los municipios, no obstante la normatividad. En cuanto a los programas especiales de salud pública se llevan cabo en todos los municipios, sin embargo, no se conoce el impacto que genera en la salud de la población objeto, al indicarse que estos enfoques reducidos son muy costosos y sus beneficios son mínimos para luchar contra las enfermedades y muertes evitables.

Para finalizar, se observa que en la base de datos de la ENS/2007, módulo 1, de las administraciones locales de salud, no existe información relacionada con la función de rectoría en su dimensión de conducción o dirección del sistema de salud a nivel municipal [7], la cual es importante conocer por las reformas sucesivas al sistema general de seguridad social, que ha pasado de ser un sistema de salud a un sistema regulado por la lógica del mercado, y que algunos autores señalan que esta función indelegable del Estado ha disminuido, al permitir que otros actores con intereses económicos diferentes a

proteger la salud y el bienestar de la población, asuman dicha función.

## Conclusiones

Se observa un avance en la oferta de instituciones públicas y privadas de salud en los municipios de categoría especial, 1, 2 y 3 y escasa presencia de ellas en las categorías 4, 5 y 6 donde predomina la oferta mínima de instituciones públicas. Igualmente sucede con las aseguradoras en salud que hacen presencia en los municipios más desarrollados donde tienen oficinas de atención al usuario.

En la infraestructura sanitaria, si bien se observa un avance en la cobertura con el servicio de acueducto en el área urbana en todas las categorías de municipios estudiados, el área rural carece de agua potable y de cobertura poblacional, siendo más afectados los municipios de menor desarrollo. La situación sanitaria de los mataderos en los municipios estudiados es preocupante por el bajo cumplimiento de aspectos críticos de la legislación sanitaria como disponer de licencia de funcionamiento. El servicio de recolección formal de basuras está presente en todos los municipios, siendo más desarrollado en los municipios de categoría especial y 1, en los demás tienen una baja cobertura poblacional. Todos los municipios tienen el servicio de alcantarillado en la cabecera municipal con diferentes coberturas.

Con relación a la vigilancia en salud pública la mayoría de los municipios disponen de protocolos para el registro y análisis de las muertes perinatales, maternas y por EDA e IRA y entre el 80 y el 90% de los municipios, vigilan los eventos. Sin embargo, la investigación de los casos de muerte es mucho menor. En cuanto a los programas especiales para reducir riesgos y eventos importantes en salud pública, se evidencia un mayor avance en todas las categorías de municipios con programas para reducción de mortalidad materna, violencia intrafamiliar, mortalidad infantil, transmisión de VIH/SIDA y

transmisión de IRS; igualmente, para incentivar la citología cérvico-uterina, la utilización del control prenatal, la vacunación en población menor de 5 años y el mejoramiento de las condiciones nutricionales de la población, quedando pendiente los programas relacionados con acciones para reducir la ocurrencia de accidentes de tránsito, la ocurrencia de lesiones por agresión, el consumo de alcohol y cigarrillo y la violencia sexual.

A pesar de algunos avances, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, refleja una gran debilidad en la rectoría del sistema de salud y las políticas públicas carecen de acuerdos intersectoriales y de participación social para consolidar un sistema de salud con impactos más significativos en la salud pública de la población colombiana.

## Referencias

- 1 Moreno C, Herrera W, De Mattos C. Laberintos de la descentralización. Bogotá D.C: ESAP y Sinapsis; 1994. p. 11.
- 2 Jaramillo, I. La nueva descentralización y su impacto en las relaciones intergubernamentales. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y la administración pública. Madrid: 2004 Nov: 2-5. p. 1-2.
- 3 Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias. Bogotá D.C; El Congreso: 2001.
- 4 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. Bogotá D.C; El Congreso: 1993.
- 5 Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C; El Congreso: 2007.
- 6 Ministerio de Protección social. Decreto 3518 de 2006, Por medio del cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C; El Ministerio; 2006.
- 7 Organización Panamericana de la Salud. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Washington D.C: OPS; 2007.