



Biomédica

ISSN: 0120-4157

biomedica@ins.gov.co

Instituto Nacional de Salud
Colombia

Carvajal, Rocío; Cabrera, Gustavo Alonso; Mateus, Julio César
Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca,
Colombia
Biomédica, vol. 24, núm. 1, junio, 2004, pp. 138-148
Instituto Nacional de Salud
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84314907019>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

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

ARTÍCULO ORIGINAL

Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia

Rocío Carvajal ¹, Gustavo Alonso Cabrera ^{1,2}, Julio César Mateus ^{1,3}

¹ División Salud, Fundación FES Social, Cali, Colombia.

² Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Se describen efectos de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en la década de los noventa, sobre las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. El estudio se llevó a cabo en siete municipios del departamento mediante un abordaje complementario de técnicas de recolección y análisis de información cualitativa y cuantitativa. Se presentó una reducción en el papel de planeación, control y regulación de las acciones de tuberculosis por parte de las entidades estatales. Los nuevos actores y las nuevas fuentes de financiación no produjeron los efectos positivos esperados en las acciones de control de tuberculosis; la cantidad y calidad de las acciones de tuberculosis se redujeron por el efecto de la reforma sectorial. Se concluye que la implementación del SGSSS afectó de manera negativa las acciones de control de tuberculosis.

Palabras claves: reforma del sector salud, tuberculosis, administración de salud, planes de atención en salud.

Effects of the health sector reform upon tuberculosis control interventions in Valle del Cauca, Colombia

Implementation of the General System of Social Security in Health (GSSSH) was initiated for the control of tuberculosis (TBC) in the state of Valle del Cauca, Colombia, between 1991-2000. A study of its effects was centered in 7 municipalities of Valle del Cauca with a complementary set of qualitative and quantitative techniques for data collection and analysis. A reduction in planning, control and regulation of TBC activities by state agencies was observed. New administrative structures and new funding sources did not produce the expected positive effects on tuberculosis control. Instead, the quantity and quality of tuberculosis control activity were reduced as a consequence of the health sector reform. In conclusion, GSSSH implementation affected negatively tuberculosis control activity.

Key words: health sector reform, tuberculosis, managed care, health care package.

En las décadas finales del siglo XX varios países del mundo, particularmente algunos de Latinoamérica, experimentaron reformas de la más diversa naturaleza, desde las de tipo constitucional hasta aquéllas de orden institucional y sectorial; entre estas últimas ha ocurrido la reforma del sector salud colombiano (1-4). Uno de los ejes fundamentales de la reforma de la

salud en Colombia se expresa en los procesos y en los resultados de la implementación de la Ley 100 de 1993, la que se propuso generar cambios en cuatro componentes principales del sector: la modulación de la salud como responsabilidad exclusiva del Estado, la articulación de los nuevos actores, la financiación del sistema y la prestación de servicios (4).

Correspondencia:

Rocío Carvajal, Calle 23 Norte No. 5 AN-47 Cali, Colombia.
Teléfonos: (2) 653 4141 y 653 4303
rocab70@fundacionfes.org

Recibido: 16/06/03; aceptado: 05/02/04

Las reformas en salud afectan la planeación, la organización, la ejecución y la financiación de la atención individual de las personas así como la implementación de los programas colectivos de las acciones de salud pública; la evaluación de

estos efectos permite conocer el impacto de los cambios propuestos y la identificación del grado de cumplimiento de los objetivos planteados (5).

La tuberculosis es considerada en Colombia y el mundo como una enfermedad de interés en salud pública que amerita seguimiento especial para garantizar su control y reducir su impacto en la salud de las poblaciones (6-8). Se han descrito efectos posteriores a la reforma sectorial sobre la tuberculosis en algunos países del mundo en desarrollo, que se consideran negativos: el pobre reconocimiento político del problema, la insuficiencia técnica para su manejo, la elusión de responsabilidades por parte de los nuevos actores, la baja asignación de recursos para el manejo de la enfermedad y las dificultades en el suministro de los medicamentos antituberculosos. Como positivos se señalan: la ampliación al sector privado de la atención de la tuberculosis y la participación de organizaciones y trabajadores comunitarios, lo cual ha aumentado en algunos casos la cobertura y la calidad de las acciones de control (9-15).

En Colombia, durante los noventa, los programas nacionales de salud pública, como el de tuberculosis, pasaron de ser programas verticales de control que contaban con una estructura organizativa propia manejada por el Estado desde el nivel central, a ser una intervención puntual integrada al sistema de salud del municipio, mediante la oferta de actividades de control de la población, según los planes de atención del régimen de afiliación de los individuos (6). A pesar de los intentos normativos y reglamentarios orientados por el Estado hacia las patologías de interés en salud pública, las evidencias señalan una reemergencia de la tuberculosis (7-8).

En este contexto, se llevó a cabo un proyecto para determinar los efectos que la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia durante la década del noventa generó en las acciones de control de la tuberculosis en el departamento del Valle del Cauca.

Métodos

Se realizó un estudio de casos (16) con selección por conveniencia de siete municipios del Valle del

Cauca. Las localidades de Cali, Buenaventura, Cartago, Tuluá, Trujillo, Zarzal y Yumbo representaban las cuatro áreas sociogeográficas, el 80% de los casos registrados de tuberculosis en 1999 y el 70% de la población estimada del departamento según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Dane. Se usó el modelo de evaluación de políticas de reformas de Cassel y McPake (17,18) para estudiar los siguientes aspectos: el contexto sociopolítico, la implementación del SGSSS con énfasis en sus efectos sobre las acciones de tuberculosis, el alcance de los objetivos en salud pública en términos de eficiencia técnica y financiera establecidos para estas acciones tanto en el anterior Sistema Nacional de Salud (SNS) como en el actual SGSSS.

Para la descripción de los efectos de la implementación, se representó el 'antes' teniendo en cuenta información propia del SNS para los años 1990 a 1994 y, el 'después' según datos referidos al SGSSS, especialmente de 1995 en adelante cuando se hizo efectiva su implementación en los municipios.

Para la recolección de la información, se conformó un equipo integrado por dos supervisores de campo, ocho recolectores de información y un profesional en economía, encargado de la información financiera. En la búsqueda de información sobre el contexto municipal se usó un instrumento estructurado para este fin; al igual que para la obtención de información sobre la modulación o el papel de las entidades estatales en la planeación, la vigilancia y el control del sistema de salud; la articulación o el papel de las aseguradoras de salud, y la eficiencia técnico-financiera; de igual manera, se consignaron en un instrumento los indicadores de estructura y de proceso de las acciones de control de tuberculosis registradas en el nivel municipal. Para esto se consultaron fuentes secundarias mediante la revisión de archivos y la revisión documental de los registros existentes en entidades como la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda, la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, las Secretarías Municipales de Salud, las Administradoras de Salud (Empresas Promotoras de Salud,

EPS, y Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS).

Para obtener información complementaria de las categorías de análisis, se aplicó una encuesta a dieciséis responsables nacionales, municipales e institucionales sobre las acciones de control de tuberculosis, las cuales se han registrado en extenso en el informe final de la investigación; durante la realización de estas entrevistas, se obtuvo el consentimiento informado de las personas entrevistadas. Con respecto a la prestación de servicios, se diligenció una lista de chequeo en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas y privadas.

A continuación se describen los resultados cuantitativos de la investigación, los cuales se obtuvieron a través de la construcción de bases de datos en Epiinfo (19); se realizó análisis univariado y bivariado al contexto municipal, los componentes de la reforma y los objetivos en salud pública. Se analizó la tendencia de los indicadores de gestión y epidemiológicos. Para hacer comparables las cifras de inversión anual, se construyó una base de datos en Excel (20); se eliminó el efecto de la inflación mediante el procedimiento de deflactación (21) según las recomendaciones del Departamento Nacional de Planeación. Tanto para las asignaciones de recursos en salud como para las actividades de control, se analizó su comportamiento en el tiempo, se hicieron distribuciones porcentuales según actividad y se calculó el crecimiento real de la inversión en los últimos diez años.

Resultados

Contexto municipal

En relación con el contexto municipal respecto a las acciones de tuberculosis, se encontró que el Ministerio de Salud estuvo encargado de las labores de dirección, planeación y regulación en el SNS; la Liga Antituberculosa Colombiana hacía parte del proceso de planeación; el Servicio Seccional del Valle del Cauca se encargaba de la parte de planeación y regulación y, por último, la red pública de servicios de salud era la encargada de la parte de ejecución del programa.

Con la implementación del SGSSS, algunos de los antiguos actores cambiaron sus funciones e

hicieron su aparición nuevos actores. El Ministerio de Salud continuó siendo el encargado de las labores de dirección, planeación y regulación; la Liga Antituberculosa Colombiana pasó a desempeñar labores de asesoría y a ser una IPS de salud privada; la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca continuó con labores de planeación y regulación; las alcaldías, a través de las secretarías municipales de salud, se encargaron de la dirección, la planeación y la regulación del programa a nivel local y de la administración de las actividades de la población para tuberculosis a través del Plan de Atención Básica (PAB); las EPS y las ARS asumieron la planeación y la administración del acceso al programa de la población afiliada y, las IPS públicas y privadas se encargarán de la ejecución del programa. Este nuevo esquema que se presentó con la implementación de la reforma, afectó la visión colectiva de las actividades de tuberculosis.

En cuanto a la categorización realizada por el departamento del Valle del Cauca, se encontraron que dos de los municipios eran de categoría descentralizada y contaban con secretarías de salud, fondos locales de salud y manejo autónomo de los recursos de salud por parte de las alcaldías; los cinco restantes pertenecían a la categoría de centralizados; las Empresas Sociales del Estado (ESE) y las alcaldías son las responsables de los dineros de la salud los cuales son asignados y supervisados por la Secretaría Departamental de Salud.

Con respecto a los indicadores sociales, se pudo establecer para el SNS, con apoyo de los censos de 1985 y 1993, un incremento de la población intercensal que osciló entre -3% y +18% en los municipios; la densidad de la población intercensal varió entre 154.343 habitantes por km² y 652.433 habitantes por km²; el cambio en el nivel de pobreza varió -5.3% y -13.8%. No se pudieron obtener datos recientes de estos indicadores debido a la ausencia de información en las fuentes autorizadas.

Referente a la afiliación al sistema de salud, se pudo establecer que estos municipios contaban con una población con seguridad social entre 0,5% y 20,8% en el SNS; la población pobre no

asegurada osciló entre 72,3% y 99,9%; en el SGSSS, se pudo establecer que la afiliación al sistema de salud para el régimen contributivo osciló entre 9,6% y 41,3%, el régimen subsidiado entre 8,1% y 29,6% y la población pobre no asegurada entre 11,5% y 99,9%.

Modulación o papel de las entidades estatales en planeación, vigilancia y control

En términos de la modulación, se evidenció en sus subcomponentes de dirección, planeación y regulación que mientras en el SNS los municipios contaban con un equipo multidisciplinario conformado por médico de programa, enfermera profesional, bacteriólogo, especialista en neumología, trabajadora social, auxiliar de enfermería, promotor de salud y educador de salud y coordinador de las acciones de control, en el SGSSS no se encuentra presencia de equipo multidisciplinario para el manejo de las actividades de tuberculosis; se encontró sólo una persona encargada de la coordinación de actividades de tuberculosis de nivel profesional, en 5 de los 7 municipios estudiados.

En las actividades de regulación desde los entes nacionales y departamentales hacia los municipios, en el SNS se identificaron actividades periódicas de seguimiento y control tal como se evidencia en los reportes mensuales de actividades y asistencias técnicas. En el SGSSS, y para los municipios involucrados en el estudio, no se encontró evidencia de seguimiento y control por parte de los entes territoriales, fueran de carácter nacional, departamental o local a los nuevos actores: EPS, ARS e IPS privadas; mientras que se continuó con el seguimiento a las IPS públicas por medio de la realización de cortes trimestrales que remplazaron a los reportes mensuales. Además, se observó reducción de las asistencias técnicas a sólo una en el año por parte del departamento y ninguna de la nación.

Referente a la planeación, las acciones de control de tuberculosis en el SNS eran de funcionamiento vertical y de carácter obligatorio por normatividad; en la revisión de los PAB municipales se evidenció la presencia de actividades de control de tuberculosis solamente en 2 de los 7 municipios en el SGSSS para el 2000, pese a que la

normatividad según el Acuerdo 117 de 1998 establece la tuberculosis como un evento de interés en salud pública, lo cual nos indica la falta de prioridad del tema en la agenda pública. Los criterios en que se basaron los municipios para contemplar en sus PAB actividades de control de tuberculosis fueron predominantemente de tipo epidemiológico y normativo.

Igualmente, se evidenció un deficiente sistema de información y supervisión de las acciones de tuberculosis por parte del sector público y en el sector privado no se observó diligenciamiento de información sobre las actividades de tuberculosis, lo que nos revela una reducción del papel estatal en la vigilancia y el control de las acciones de control.

Articulación o papel de las aseguradoras de salud

Las ocho EPS y las tres ARS más grandes del departamento tienen influencia en los municipios estudiados. Pese a esta presencia, no se obtuvo información de los registros financieros o de las actividades de control de tuberculosis realizadas por las administradoras del régimen de salud, fueran del régimen contributivo o subsidiado, ni de la revisión de los archivos institucionales en las entidades estatales de vigilancia y control en el nivel nacional, departamental y local ni en cada una de las EPS y ARS presentes en los municipios en estudio.

Igualmente, la percepción de los actores de salud entrevistados es que no existe participación en la realización de los programas de control como el de tuberculosis por parte de los nuevos actores del sistema y que son las entidades de carácter público las que siguen asumiendo esta responsabilidad.

Financiación

En cuanto a las fuentes de financiación para las actividades de tuberculosis, se encontró que los recursos provenían de la asignación presupuestal al programa vertical y de ingresos corrientes de la nación en el SNS; en el SGSSS, los recursos para las acciones de tuberculosis provienen de recursos de funcionamiento del Ministerio de Salud y, en algunas ocasiones, de inversiones puntuales

en proyectos del PAB departamental. Pese a la presencia de otras fuentes de financiación, como la unidad de pago por capitación, manejada por las administradoras de salud y del PAB municipal, no se encontraron informes que describieran inversión por estas fuentes en las acciones de control.

Prestación de servicios de salud

Pese a la ampliación prevista de espacios, actores y de la oferta para tuberculosis por efecto de la implementación de la reforma sectorial, las acciones siguieron siendo una responsabilidad del sector público (cuadro 1).

En el SNS, la prestación de servicios de salud del nivel I la hacían los hospitales regionales, locales y puestos de salud en los 7 municipios e, igualmente, eran los responsables del programa de tuberculosis.

Para el 2000, se encontró la presencia de 3.796 IPS en los municipios de estudio en la base de datos de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. De éstas, 519 (13,6%)

pertenecían al nivel I de atención, de las cuales, 215 (41,4%) eran públicas y 304 (58,6%) privadas; 91 (42,3%) de las IPS públicas ofrecían regularmente acciones de control de tuberculosis y sólo 9 (3,0%) IPS privadas del conjunto total tenían acciones regulares de control de tuberculosis.

Eficiencia técnica

Se estudiaron indicadores de proceso en las acciones de control de tuberculosis que definieron el desempeño de las IPS de nivel I en los municipios seleccionados, según su clasificación de públicas y privadas, se resume en el cuadro 2.

El cuadro muestra que la proporción de IPS públicas en los municipios de estudio tuvieron una diferencia estadísticamente significativa en las características de captación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, promoción y prevención y sistema de información al compararlas con la proporción de IPS privadas; esto nos indica que las IPS públicas tuvieron mejor desempeño que las privadas.

Cuadro 1. Oferta de servicios de salud para tuberculosis antes y después de la implementación del SGSSS en una muestra de municipios del Valle del Cauca, 2002.

| | Antes | | Después | |
|----------------------------------|---|---|--|---|
| | Sistema Nacional de Salud | n | Sistema General de Seguridad Social en Salud | n |
| Prestación de servicios de salud | Servicios de nivel I Públicos: 90 hospitales regionales, locales y puestos de salud Servicios ambulatorios de atención de tuberculosis Públicos: 90 hospitales regionales, locales y puestos de salud. | | Servicios de Nivel I Públicos: 215 de 519 (41,4%) Privados: 304 de 519 (58,6%) Servicios ambulatorios de atención de tuberculosis Públicos: 91 de 215 (42,3%) Privados: 9 de 304 (3,0%) | |

Cuadro 2. Desempeño de IPS de los municipios en estudio según las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia, 2002.

| Características | SGSSS | | p | | |
|---|-------------------|-------------------|--------|----------|--------|
| | Públicas n=215 | Privadas n=304 | | | |
| Captación de sintomáticos respiratorios | 63 n | 12,1 % | 6 n | 1,1 % | 0,0000 |
| Diagnóstico | 31 n | 6,0 % | 4 n | 0,8 % | 0,0000 |
| Tratamiento | 86 n | 16,5 % | 8 n | 1,5 % | 0,0001 |
| Seguimiento | 70 n | 13,5 % | 8 n | 1,5 % | 0,0000 |
| Promoción y prevención | 42 n | 8,1 % | 1 n | 0,2 % | 0,0000 |
| Sistema de información | 90 n | 15,4 % | 8 n | 1,5 % | 0,0000 |

Los cuadros 4 y 5 hacen referencia al comportamiento de los indicadores de curación y captación los cuales corresponden a los indicadores de resultado de mayor relevancia para el cumplimiento de las metas propuestas en las acciones de control de tuberculosis.

Sin embargo, se aprecia una gran limitante para el análisis de estos dos indicadores debido a los deficientes registros encontrados en la base de datos suministrada por la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca.

Se puede apreciar cómo el porcentaje de captación de los municipios en estudio (cuadro 4) presenta una fluctuación en el tiempo. Aunque no se puede apreciar el fenómeno antes de la reforma por falta de datos, se puede observar como para 1994, periodo de transición, y 1995 en adelante, tiempo de la implementación de la reforma, este indicador sólo alcanza como máximo porcentaje el 24%, cifra que no logra el estándar mínimo aceptado para este indicador por el Ministerio el cual es del 80%.

El promedio manejado por los municipios para el indicador de curación fue de 56%; esta situación se pudiera explicar por los cambios ocurridos a partir de 1995 fecha en que se inició la implementación de la reforma, en la cual el sistema de salud sufrió grandes cambios, especialmente en su infraestructura y recurso humano capacitado que sufrió una notoria reducción, al igual que la asignación de la responsabilidad en salud a los entes municipales

con poca capacidad técnica, lo cual provoca resultados negativos para la salud pública y para programas como el de tuberculosis.

En el cuadro 5 observamos que estos porcentajes manejados por los municipios no se acercan a la meta establecida por la norma nacional del 85%, lo que dificulta la consecución del objetivo primordial el cual es cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.

Cabe anotar que algunos porcentajes encontrados mayores del 100% pueden indicar un problema de subregistro de información, quizás debido a los deficientes registros encontrados lo cual representa una gran limitante para su análisis.

Eficiencia financiera

La construcción de una tendencia de las inversiones realizadas a través de los PAB municipal y departamental y su correspondencia como gastos en tuberculosis que permitiera determinar crecimientos porcentuales, no se pudo llevar a cabo debido a la deficiente información a nivel nacional, departamental y local. El cuadro 1 permite ilustrar una estimación de la correspondencia de gastos en tuberculosis en las intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio en Salud (POS) y su relación con las inversiones en actividades de promoción y prevención para el 2000. Los gastos en tuberculosis tuvieron un bajo porcentaje de recursos invertidos con respecto a la inversión global en promoción y prevención y, en promedio, sólo constituyen 4,4% del total.

Cuadro 3. Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios en una muestra de siete municipios del Valle del Cauca Colombia, 1994-1999.

| Municipio | Año | | | | | |
|--------------|------|------|------|------|------|------|
| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
| Cartago | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 8 |
| Zarzal | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Tuluá | 1 | 12 | 18 | 7 | 1 | 3 |
| Trujillo | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 |
| Yumbo | 1 | 4 | 6 | 6 | 4 | 9 |
| Cali | - | - | 18 | 2 | 11 | 3 |
| Buenaventura | 5 | 10 | 2 | 1 | 24 | 20 |

Fuente: Archivo, Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca.

Cuadro 4. Porcentaje de curación de tuberculosis en una muestra de siete municipios del Valle del Cauca Colombia, 1994-1999.

| Municipio | Año | | | | | | |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
| Cartago | 89 | 98 | 79 | 96 | 73 | 24 | 98 |
| Zarzal | 117 | 45 | 136 | 59 | 67 | 75 | 83 |
| Tuluá | 114 | 65 | 120 | 77 | 21 | 43 | 109 |
| Trujillo | - | 100 | 400 | - | - | 220 | 33 |
| Yumbo | 56 | 85 | 127 | 52 | 79 | 86 | 105 |
| Cali | - | - | 19 | 62 | 73 | 65 | 68 |
| Buenaventura | 118 | 106 | 99 | 53 | 67 | 51 | 50 |

Cuadro 5. Inversión per cápita en tuberculosis con respecto a la inversión per cápita en promoción y prevención en municipios del Valle del Cauca (millones de pesos del 2000).

| Municipio | TBC | Promoción y prevención | % |
|--------------|----------|------------------------|---------|
| Buenaventura | 136,7 | 2.308,2 | 5,9 |
| Cali | Sin dato | Sin dato | Si dato |
| Cartago | 76,4 | 1.479,8 | 5,2 |
| Trujillo | 51,5 | 1.886,9 | 2,8 |
| Tuluá | 64,7 | 1.896,5 | 3,4 |
| Yumbo | 52,1 | 892,7 | 5,8 |
| Zarzal | 134,8 | 4.232,3 | 3,2 |

Fuente: cálculos de los autores

Discusión

El estudio se propuso describir los efectos de la implementación del nuevo modelo colombiano de seguridad social en salud sobre las acciones de control de la tuberculosis en los municipios del Valle del Cauca durante la década del 90. Aunque los resultados de este estudio no se pueden generalizar para el departamento del Valle del Cauca, sí permiten identificar características claves del panorama actual de las acciones de control de la tuberculosis en el departamento a la luz de la reforma sectorial impulsada la década pasada.

Este tipo de estudios tiene gran relevancia si se mira la incidencia, tanto negativa como positiva, que las transformaciones de los sistemas de salud tradicionales de diversos países han causado en el control de la tuberculosis, entidad que mantiene importante significado en la salud pública mundial (15).

Los últimos estudios relacionados con el tema de esta investigación (9-14,22) han sido evaluaciones basadas en información secundaria, con evidencia sobre las implicaciones de la reforma del sector salud en los programas nacionales de tuberculosis.

Esto difiere del estudio aquí presentado, en el cual se tuvo como referente la información primaria y secundaria del ámbito local, observando comparativamente el comportamiento de los municipios y sus características particulares: el contexto social y político, la dinámica de la implantación del SGSSS y la eficiencia técnica y financiera; además, se usaron fuentes primarias y secundarias de información.

El uso de fuentes secundarias de información se constituyó en una limitación metodológica de este estudio, debido a las deficiencias en los registros y a las limitaciones en el acceso a las fuentes privadas de los mismos. Por ello, no se consiguió reconstruir el comportamiento histórico de las variables de interés como las actividades de control de la tuberculosis y las fuentes de financiación de las mismas. La interpretación de los efectos de la reforma en las acciones del control de la tuberculosis se debilitó por esta razón en el primer trienio de los noventa.

Entre los efectos negativos de la reforma del sector salud sobre los programas de tuberculosis reportados en la literatura (9-14), se destacan el pobre reconocimiento político del problema, la insuficiencia técnica para el manejo de la tuberculosis, la elusión de responsabilidades por parte de los nuevos actores en salud, la baja asignación de recursos para el manejo de la enfermedad y dificultades en el suministro de los medicamentos antituberculosos. Como positivos, se exponen la ampliación de la atención en tuberculosis por la vinculación del sector privado, la participación de organizaciones y trabajadores comunitarios, lo cual ha aumentado en algunos casos la cobertura y la calidad en las acciones de control de la tuberculosis.

El estudio concluye que la implementación del SGSSS afectó de manera negativa las acciones de control de la tuberculosis como consecuencia de factores como la reducción del papel de dirección, planeación, control y regulación de las acciones de tuberculosis por parte de las entidades del Estado, la presencia de nuevos actores y nuevas fuentes de financiación que no produjeron los impactos esperados así como la reducción y el deterioro en la cantidad y calidad de las acciones de control de la tuberculosis.

Se pudo establecer que el papel de modulación ejercido por el Estado no está cumpliendo con sus preceptos iniciales de regulación, establecimiento, implantación y supervisión, lo cual afecta la dirección y el desarrollo estratégico del control de la tuberculosis. Estos resultados confirman las afirmaciones de la OMS y la OPS, las cuales resaltan la falta de voluntad política y la debilidad administrativa en los programas como

factores limitantes para el alcance de las metas de control (23,24).

Situación similar ha sido descrita por Kritski y Rufino-Netto en un reporte sobre el impacto de la reforma sectorial de Brasil en el control de la enfermedad (11). Estos investigadores hallaron que, después de implantada la reforma, no fue considerada una enfermedad de alta prioridad ni en las políticas municipales ni en las institucionales, lo que ocasionó un retroceso en el control de la enfermedad.

Referente a la función de articulación, pese que no fue considerada explícitamente en las reformas sectoriales de otros países, los cambios producidos sobre los programas de tuberculosis por la implementación de las reformas estuvieron orientados hacia la transición del programa control desde una estructura vertical y centralizada en el Estado a instancias municipales descentralizadas en las que el programa cuenta con participación del sector privado, ONG y trabajadores comunitarios, diferente a lo ocurrido en Colombia.

Aquí se pasó de un programa de tuberculosis manejado por el Ministerio de Salud, centralizado y estructurado verticalmente, hacia acciones segmentadas, dependientes del régimen de afiliación al SGSSS que cada individuo posea, manejadas por los entes territoriales y los nuevos actores encargados de la articulación.

Este estudio encontró que los nuevos actores, EPS y ARS, de acuerdo con los registros consultados, no evidenciaron ninguna clase de participación en las acciones de promoción y prevención de la tuberculosis contempladas en el POS, pese a la responsabilidad asumida en este nuevo proceso.

El estudio realizado por Fernández y Pastor en municipios centinelas en Colombia evidenció que uno los principales factores en la baja de coberturas por parte de los programas de promoción y prevención es la ausencia de coordinación entre las EPS, las ARS y las direcciones locales de salud así como la evasión de responsabilidades y recursos (25).

En cuanto a la financiación, si bien el nuevo sistema de salud diversificó las fuentes para los

programas de promoción y prevención, nuestro estudio encontró que los recursos de financiación de las acciones de tuberculosis en los municipios seguían proveniendo mayoritariamente del Ministerio de Salud y encontró, en ocasiones, inversiones puntuales del PAB departamental. No se identificó inversión en acciones de control de la tuberculosis por parte del municipio o de las administradoras, lo que difiere mucho de los planteamientos de organismos como el Banco Mundial (26) que dan una importancia relevante a la inversión en el control de la tuberculosis.

Fernández y Pastor identificaron que, a pesar de la evidencia de que los recursos financieros disponibles en el sistema para la promoción y la prevención son mayores a partir de la reforma, existe ineficiencia de su manejo debido a la falta de control por parte de las entidades estatales y de control (25).

Zambia, Brasil y Kenia presentan igualmente una financiación por parte de los gobiernos nacionales, aunque los presupuestos para salud y para los programas de tuberculosis fueron, según los autores, reducidos (9-11). Situación diferente presentó Bangladesh, donde los dineros provenían de un proyecto puntual del gobierno de Bangladesh, el Banco Mundial y un consorcio de donadores internacionales destinado al programa de población y salud en el cual una de sus prioridades es el desarrollo del programa de tuberculosis (13).

Igualmente, la reducción y el deterioro de la cantidad y la calidad de las acciones de control de la tuberculosis se vio reflejada en situaciones como la cobertura en la atención en salud para la enfermedad ya que, pese a que las metas planteadas por el nuevo sistema de salud en Colombia fue aumentar la cobertura, con la ampliación de la oferta de servicios con la participación del sector privado, se encontró que el sector público sigue manteniendo una oferta considerablemente mayor de acciones de tuberculosis, a pesar de que la presencia del sector privado es mayor en el nivel I de atención.

En Brasil se experimentó con la implementación de la reforma la desmantelación de las clínicas ambulatorias que trataban a los pacientes y el

cuidado de esos pacientes pasó a ser responsabilidad de las clínicas privadas y los hospitales generales del Sistema Único de Salud, SUS (11). Kenya, Bangladesh y Suráfrica, por su parte, reconocen la importancia en este nuevo panorama sectorial de realizar integración de la red de proveedores públicos con el sector privado, las clínicas rurales y los trabajadores comunitarios, lo cual mejora la provisión y los resultados del programa de una manera más costo-efectiva (10,13,14).

El pobre y deficiente desarrollo técnico-administrativo encontrado en las instituciones de salud que ofrecen las acciones de control de la enfermedad en el departamento se torna crítico si se tiene en cuenta que la política establecida y, actualmente fortalecida de reducción del Estado, afectará aún más y de manera significativa la prestación de las acciones de control y debido al debilitamiento de la función reguladora y de supervisión ejercida por el Estado (24).

En el estudio aquí presentado, el desmantelamiento de las acciones de control de la tuberculosis se reflejó directamente en los dos principales indicadores de gestión: detección de sintomáticos respiratorios y curación de casos, los cuales no alcanzaron en los municipios de estudio las metas establecidas para las acciones de control del nivel nacional.

Este panorama de retroceso en el control de la tuberculosis en el departamento también se manifiesta en la aparición de fenómenos como la resistencia primaria y la multirresistencia a los fármacos utilizados en el tratamiento antituberculoso encontrado en uno de los municipios estudiados (27). Este fenómeno se constituye en un riesgo para la salud pública del departamento y del país, si se tienen en cuenta las implicaciones que la elevada movilidad demográfica podría causar en la difusión de estas nuevas cepas patógenas al convertir los brotes locales en problemas nacionales y mundiales (28).

Conclusiones

Este estudio evidenció una pobre función de regulación, vigilancia y control por parte de los entes territoriales locales, departamentales y

nacionales al igual que de la Superintendencia Nacional de Salud con respecto a las acciones de control de la tuberculosis ejercidas por los diferentes actores del sistema. Lo anterior ha influido de manera negativa tanto en las acciones de control de la enfermedad como en el manejo de los recursos de promoción y prevención potencialmente destinables al problema.

Los indicadores desfavorables de seguimiento, resultado e impacto, así como la deficiencia estructural y de procesos de las IPS encargadas de la atención del individuo con tuberculosis, señalan una ineficiencia técnica para las acciones de control, según las metas establecidas por el programa.

Aunque la diversificación de las fuentes de financiación para las actividades de promoción y prevención aumentó en la década del 90, se encontró que los recursos de financiación de las acciones de tuberculosis en los municipios siguen proviniendo mayoritariamente del Ministerio de Salud y que los recursos ejecutados son mínimos frente a la magnitud del problema.

De continuar este enfoque de intervención para el control de la enfermedad y de seguirse presentando en el departamento un contexto social de marginalidad, empobrecimiento y desplazamientos, así como la persistencia en la debilidad de las acciones de control de la tuberculosis, la población del departamento se verá enfrentada a un riesgo de gran magnitud debido al impacto negativo que el aumento de esta enfermedad producirá en la salud colectiva así como en el empobrecimiento del individuo, la familia y la sociedad.

El reto debe ser asumido en la actualidad por el departamento con respecto al programa de tuberculosis e, igualmente, para el resto de programas de promoción y prevención es la construcción de un plan departamental en el cual se plantee el liderar un espacio de concertación entre las administradoras de salud, las direcciones locales de salud y las IPS así como el establecimiento de una estrategia de integración de los recursos de los PAB departamental y locales como del POS tendientes a un manejo integral de las acciones de control de la

tuberculosis que permitan la coordinación y la regulación de las actividades planteadas para esta patología; igualmente, la realización de investigaciones operativas de campo tendientes al fortalecimiento de las acciones del programa.

Agradecimientos

A Jorge Ernesto Victoria, representante de la OPS en Bucaramanga, y a Ernesto Jaramillo Betancourt, *Medical Officer Stop TBC Departament* de la OMS en Ginebra, por la asesoría técnica en la formulación y consolidación del estudio. A Carlos Alfonso Osorio Torres, director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle por el acompañamiento administrativo y financiero en la ejecución del proyecto en el marco del convenio, y a los funcionarios de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca e Instituciones de salud del departamento. Proyecto financiado por el Convenio interadministrativo Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca-Facultad de Salud, Universidad del Valle, año fiscal 2001.

Referencias

1. **Asamblea Nacional Constituyente.** Constitución Política de la República de Colombia. Santa Fé de Bogotá, 1991.
2. **República de Colombia.** Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Ley 10 de 1990. Santa Fé de Bogotá, 1990.
3. **República de Colombia.** Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Ley 60 de 1993. Santa Fé de Bogotá, 1993.
4. **República de Colombia.** Reforma al Sistema General de Seguridad Social. Ley 100 de 1993. Santa Fé de Bogotá, 1993.
5. **Ugalde A, Home des N.** Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria* 2002;16:18-29.
6. **Victoria J.** El control de la tuberculosis en el sistema de general de seguridad social en salud de Colombia. *Médicas UIS* 1998;12:265-9.
7. **República de Colombia.** Acuerdo 117 del CNSS, de diciembre 29 de 1998, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
8. **República de Colombia.** Guía integral de tuberculosis. Resolución 412 de febrero del 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
9. **Bosman M.** Health sector reform and tuberculosis control: the case of Zambia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4:606-14.
10. **Hanson C, Kibuga D.** Effective tuberculosis control and health sector reforms in Kenya: challenges of an increasing TB burden and opportunities through reform. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4:627-32.
11. **Kritski A, Ruffino-Netto I.** Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4:622-6.
12. **Trinka L, Madaras A, Krejбich F, Zatloukal P.** Tuberculosis control and surveillance in changing health reform in the Czech Republic. *Med Arch* 1999;53(Suppl.1):11-2.
13. **Kumaresan J, de Colombani P, Karim E.** Tuberculosis and health sector reform in Bangladesh. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4:615-21.
14. **Wilkinson D.** Tuberculosis and health sector reform: experience of integrating tuberculosis services into the district health system in rural South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3:938-43.
15. **Weil D.** Advancing tuberculosis control within reforming health systems. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4:597-605.
16. **Keen J, Packwood T.** Qualitative research: case study evaluation. *BMJ* 1995;311:444-6.
17. **Cassel A.** Health sector reform: key issues in less developed countries. Geneva: World Health Organization; 1995.
18. **McPake B, Kutzin J.** Methods for evaluating effects of health reforms. WHO/ARA/CC/97.3. Geneva: World Health Organization; 1997.
19. **Centers for Disease Control and Prevention, World Health Organization.** Epiinfo: a word processing, database and static's program for public health. Versión 6.04. Geneva: World Health Organization; 1997.
20. **Microsoft Corporation.** Microsoft Excel. 1983-1997.
21. **Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW.** Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1991.
22. **World Health Organization.** Report on the global tuberculosis epidemic: a crossroad. Geneva: World Health Organization; 1998.

23. **Organización Panamericana de la Salud.** El control de la tuberculosis en las Américas. Boletín epidemiológico 1998;19(2):1-16.
24. **Ayala C, Kroeger A.** La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. Cad Saúde Pública 2002;18:1771-81.
25. **Fernández SY, Pastor MP.** Proyecto municipios centinela: evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia, 1995-1998. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia 2001;19(1):9-23.
26. **Banco Mundial.** Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1993.
27. **Laserson KF, Osorio L, Sheppard JD, et al.** Clinical and programmatic mismanagement rather than community outbreak as the cause of chronic, drug-resistant tuberculosis in Buenaventura, Colombia, 1998. Int J Tuberc Lung Dis 2000;4:673-83.
28. **Banco Mundial.** Informe sobre el desarrollo mundial 1999-2000: en el umbral del siglo XXI. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2000.

