

**VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN ESENCIAL DE LA SALUD PÚBLICA
“PROMOCIÓN DE LA SALUD” EN EL MUNICIPIO DE NEIVA, HUILA**

**JAIRO LIMA MORA
JONATTAN MONJE CALDERÓN
JUAN PABLO ORTIZ LONDOÑO**



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA - HUILA
2007**

**VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN ESENCIAL DE LA SALUD PÚBLICA
“PROMOCIÓN DE LA SALUD” EN EL MUNICIPIO DE NEIVA, HUILA**

**JAIRO LIMA MORA
JONATTAN MONJE CALDERÓN
JUAN PABLO ORTIZ LONDOÑO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Médico y
Cirujano**

**Asesor
DOLLY CASTRO BETANCOURTH
Magíster en salud pública, Magíster en epidemiología**

**PEDRO REYES GASPAR
Especialista en gerencia de servicios de salud, Especialista en epidemiología**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA-HUILA
2007**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Noviembre de 2007

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a nuestras familias quienes nos han apoyado desde el primer momento en que decidimos aventurar por los territorios de la salud pública, a nuestros profesores del departamento de medicina social y preventiva del programa de medicina de la universidad surcolombiana quienes en sus clases magistrales y charlas informales contribuyeron a desarrollar en nosotros el interés y gusto por las políticas públicas en salud.

Jairo
Jonattan
Juan Pablo

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Al profesor Pedro Reyes Gaspar asesor en la parte técnica de este proyecto. A la profesora Dolly Castro asesora en la parte metodológica. A las instituciones del sector salud de la ciudad de Neiva quienes permitieron la aplicación de este instrumento.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. ANTECEDENTES	20
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
3. JUSTIFICACIÓN	30
4. OBJETIVOS	31
4.1 OBJETIVO GENERAL	31
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	31
5. MARCO TEORICO	32
5.1 PROMOCION DE LA SALUD	32
5.1.1 Definición	32
5.1.2 Historia	33
5.1.3 Concepto	37
5.1.4 Marco Político Y Legal de La Promoción de La Salud En Colombia	42
5.2 FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA	52
6. HIPÓTESIS	65
7. DISEÑO METODOLÓGICO	66

	pág.
7.1 TIPO DE ESTUDIO	66
7.2 LUGAR	66
7.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	66
7.4 ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE VARIABLES DE CONFUSIÓN	67
7.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo A)	67
7.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	67
7.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	68
7.7.1 Instrumento Dirigido A EPS (Anexo B)	69
7.8 PRUEBA PILOTO	69
7.9 CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN	71
7.10 FUENTES DE INFORMACIÓN	72
7.11 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	72
7.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS	73
8. RESULTADOS	74
9. DISCUSIÓN	85

	pág.
10. CONCLUSIONES	87
11. RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	92

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. FESP en América	75
Gráfica 2. FESP 3: Promoción de la salud en América	77
Gráfica 3. FESP en Colombia	78
Gráfica 4. FESP 3: Promoción de la salud en Colombia	80
Gráfica 5. Promoción de la salud	80
Gráfica 6. 3.1 Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones para favorecer comportamientos y entornos	81
Gráfica 7. Creación de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud	82
Gráfica 8. 3.3 Planificación y coordinación municipal de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud	83

pág.

Gráfica 9. 3.5 Asesoramiento y apoyo técnico
a los niveles subordinados para fortalecer
las iniciativas de promoción de la salud

84

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Operacionalización de variables	93
Anexo B. Instrumento dirigido a entidades promotoras de salud	97
Anexo C. Consentimiento informado	105
Anexo D. Modelo administrativo	107

RESUMEN

Valoración de la promoción de la salud en el municipio de Neiva 2006-2007

Objetivo. Valorar la función esencial de la salud pública N°3 “promoción de la salud” en Neiva los años 2006-2007.

Materiales y métodos. Se utiliza un instrumento elaborado por la organización panamericana de la salud en el que se selecciona el área de promoción de la salud y se toman 4 variables con sus respectivas submediciones y se asignan 4 rangos de acuerdo al puntaje obtenido, se realiza modificaciones con asesoría de expertos. La prueba se aplicó a los coordinadores de seis EPS (Entidades promotoras de salud) en el cual los entrevistadores visitan las oficinas de dichos funcionarios y ejecutan el cuestionario. Se utilizó el programa EXCEL para el análisis de la información.

Resultados. La función promoción de la salud fue calificada como media superior (0.52), siendo la variable mejor calificada la 3.1 que relaciona las actividades para favorecer entornos saludables (0.62), la menor calificada fue la 3.3, relacionada con estrategias para la educación y comunicación social para la promoción de la salud.

Conclusiones y repercusiones. El cuestionario arrojó resultados similares en América Latina, no siendo así para los datos obtenidos por nuestro país. Los resultados serán un elemento importante de análisis para la formulación de nuevas políticas en torno a la promoción en salud.

Palabras Clave: Función esencial, promoción de la salud, Entidad promotora de salud.

ABSTRACT

Assessment of Essential Function in the city of Neiva

Objective: To assess one of the eleven Essential Public Health Functions (EPHF # 3: Health promotion,) between 2006 and 2007, in the city of Neiva.

Methods: We applied an instrument provided by the Pan American Health Organization, where 4 different variables and their subvariables were taken in regards to the "Health Promotion" section of said instrument. The data we got from this method was then arranged in 4 categories according to the score obtained. A few modifications to the original arrangement of the results was made, as advised by experts on the subject consulted especially for the study. The instrument was applied on six Health Promotion Institutions (EPS) in the city, by interviewing the person in charge of each organization. Data analysis was then made with spreadsheet application EXCEL from Microsoft.

Results: This function exhibited a Superior-to-Middle performance, with a median of 0.52. The best results were obtained for EPHF # 3.1: *"Promoting changes in lifestyle and environmental conditions that will promote the development of a health culture"*, with a score of 0.62. Conversely, the lowest score was obtained in regards to EPHF # 3.3: *"Developing educational actions and social communication that promote healthy conditions, lifestyles, behavior, and environments."*

Conclusions: The results obtained on this study were found to have a similar tendency than those published from other countries in Latin America, as opposed to studies on the subject published from other regions in our country. These results might become a very important tool in the elaboration of new policies for improvement of the Public Health situation and Health Promotion.

Key words: Essential Function, Public Health, EPHF.

INTRODUCCIÓN

Desde Alma-Ata, en 1978, se priorizó la atención primaria en salud (APS) como una estrategia de la política de “Salud para todos en el año 2000”, sin embargo en algunos países dicha estrategia a alcanzado mayores avances que en otros. Esta situación, aparentemente tiene varias razones que en su mayoría dependen de los mismos países, entre ellas podemos señalar la falta de una política pública sana, la reforma del sistema de salud, la descentralización, falta de liderazgo de las autoridades rectoras nacionales de salud, predominio del enfoque asistencialista de los profesionales de la salud y tendencia economicista en la prestación de los servicios de salud.

En los países, en donde la APS constituye el componente fundamental de sus modelos de atención en salud, han obtenido avances significativos en el mejoramiento de la situación de salud de la población, tanto a nivel individual como colectivo; este es el caso de Canadá, Gran Bretaña, Cuba entre otros.

En Colombia, la problemática antes señalada es evidente, y aparentemente esta es la causa para que la estrategia de APS no haya tenido resultados importantes, que a su vez hayan contribuido al mejoramiento de la salud de los colombianos; sin embargo año tras año se invierten grandes cantidades de dinero, en los niveles nacional y subnacional, en programas de APS con muy pobres resultados e impacto.

El sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) colombiano, el cual cumplió 13 años de existencia, se caracteriza por un modelo de atención que prioriza y estimula la intervención de los enfermos y se olvida casi por completo de acciones sobre la población sana, de tal manera que la promoción de la salud y prevención de la enfermedad quedan reducidas a ser un simple integrante mas del denominado plan obligatorio de salud (POS) de la población afiliada al sistema

(población asegurada) y a unas pocas acciones colectivas del plan de atención básica (PAB) de la población llamada vinculada (No asegurada).(1)

Si lo anterior fuera poco, la ley 100 de 1993, mediante lo cual reglamentó el actual sistema de salud, trasladó las acciones de salud pública, que antes eran ejecutadas por la red pública hospitalaria a las empresas aseguradoras (EPS), las cuales operan en el sistema como intermediarias de los recursos y como contratantes de las instituciones prestadoras de salud (IPS), de tal manera que diluye en una cantidad de actores la responsabilidad de ejecución de las acciones de salud pública, las cuales cuando funcionaban de manera centralizada, mostró mejores resultados que las actuales.

El panorama anterior, contrasta con las directrices de lo que la OPS en el año de 1999 definió como las “Funciones esenciales en salud pública”, las cuales enfatizan en el monitoreo y análisis de la situación de salud de la población, la vigilancia en salud pública, la **promoción de la salud**, la participación social y comunitaria, el desarrollo de políticas, planes y gestiones en salud pública, la regulación y fiscalización, el acceso equitativo a los servicios de salud, la investigación en salud pública y la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (2). Para el cumplimiento de estas funciones es fundamental la APS como estrategia efectiva de acción, por sus ejes primordiales de participación comunitaria, participación intersectorial, descentralización y tecnología apropiada; siempre y cuando sus principios básicos se cumplan.

La medición de las funciones esenciales de salud pública en los distintos países de América Latina, coordinada por la OPS durante los años 2000 y 2001, cuyos resultados fueron dados a conocer en el año 2002, con la publicación del libro “La salud pública en las americas”, evidencia que el cumplimiento de dichas funciones es deficiente en todos los países, principalmente en aspectos relacionados al acceso equitativo a los servicios de salud, garantía de calidad, desarrollo y

capacitación de recursos humanos en salud, investigación en salud pública y desarrollo de política, planes y capacidad de gestión que apoye la salud pública.

Lo anterior nos lleva a pensar en la necesidad que tienen los países de efectuar los ajustes necesarios en las áreas débiles detectadas y continuar fortaleciendo las que han mostrado un mayor desarrollo, tanto en los niveles nacional como subnacional.

El departamento de el Huila no es la excepción en Colombia, y en la ciudad de Neiva, su capital, con aproximadamente 377.480 habitantes, (5) que representan el 40% de la población del departamento, se ve reflejada la situación de salud de su población, con una seguridad social en salud que alcanza únicamente el 50% de los ciudadanos, con servicios de salud que se caracterizan por ser inequitativos, con deficiente calidad, parciales, discontinuos y de costo elevado.

En cuanto a la situación de salud para el año 2005, la ciudad de Neiva presenta los siguientes datos: Población total 377.480 habitantes, 52.86% hombres y 47.2% mujeres; el 94.6% reside en el área urbana; tiene una tasa de crecimiento poblacional de 2.6% anual. Su organización política-administrativa se fundamenta en 10 comunas, 256 barrios y 4 corregimientos; el 95% de la población cuenta con servicio de acueducto, el 89% con servicio de alcantarillado, el 93.2% con servicio de recolección de basuras, el 94.6% con servicio de energía eléctrica, el 92.3% con servicio telefónico y el 93.14% con servicio de gas domiciliario. La tasa de mortalidad general es de 4.32 defunciones por 1000 habitantes, distribuida así: 4.5 por cada 1000 hombres de todas las edades y en mujeres 3.4 por mil mujeres de todas las edades, la tasa de mortalidad en niños de 1-4 años es de 70 fallecidos por 100.000 niños de 1-4 años; la tasa general de mortalidad infantil fue de 7.6 defunciones por 10000 habitantes de este rango de edad; tasa de mortalidad materna de 16.6 por 100.000 nacidos vivos; la tasa de natalidad es de 17 nacidos

vivos por 1000 habitantes (42% femeninos, 58% masculinos); parto institucional de 98.8%, control prenatal de 94% y bajo peso al nacer de 5%. En el perfil epidemiológico prevalecen las enfermedades infecto-contagiosas, las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones por trauma y violencia, las cuales ocupan los primeros lugares en morbi-mortalidad.(5)

Otro aspecto importante de resaltar es que las instituciones formadoras del recurso humano en salud, no han efectuado ajustes curriculares en sus programas, de tal manera que sus egresados tengan un nuevo enfoque de la atención en salud, con una orientación biosicosocial y cambien el paradigma asistencialista, biologicista, medicalizado que aun persiste en casi todo el personal del sector salud.

En cuanto al aspecto político es importante resaltar que los actuales mandatarios, tanto del departamento del Huila como del municipio de Neiva, se han mostrado muy interesados en implementar reformas a los sistemas regional y municipal de salud, siempre y cuando dichas reformas se orienten al mejoramiento del nivel de salud de la población. Esta situación representa una oportunidad para implementar proyectos de reforma al actual sistema de salud y motivar a las instituciones formadoras del recurso humano para que también implementen los cambios necesarios, acorde a la realidad y a la necesidad mundial, nacional, regional y local.

Dado que la población de Latinoamérica y subsecuentemente la de Colombia y nuestro departamento del Huila padecen de unas condiciones socioeconómicas especiales que se caracterizan por la pobreza que se deriva en la falta de educación, de cultura, problemas nutricionales, ambientales y de bajas coberturas en salud, se hace importante enfatizar en estudios como este dirigidos a describir y analizar los problemas fundamentales de una política tan importante para el

desarrollo de las regiones como lo es la salud pública y mas específicamente la evaluación de la promoción de la salud en el municipio de Neiva.

Mediante la presente investigación se lograron identificar las características normativas, organizacionales y operativas del sistema de atención primaria en salud en el municipio de Neiva, implementar un proceso de evaluación probado en los países de América Latina, a las exigencias normativas locales y evaluar mediante estadística descriptiva la función esencial promoción de la salud en los diferentes actores del sector en el municipio de Neiva, comparando la misma frente a estándares internacionales propuestos por la OPS.

El presente estudio es un estudio cuantitativo, analítico, descriptivo y transversal y la muestra estuvo conformada por todas las Empresas Promotoras de Salud y afines, públicas y privadas, y la Secretaría de Salud del municipio de Neiva.

Se utilizaron dos cuestionarios basados en el instrumento del proyecto “LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS” publicado en septiembre de 2002, el cual fue desarrollado con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), entre abril de 2001 y junio de 2002 con la participación de 41 países de Latinoamérica.

La información que se obtuvo de este trabajo servirá para identificar las principales fallas en los diferentes tópicos de trabajo de la promoción de la salud como también podrá ser utilizada para formular nuevas propuestas que lleven a un cambio de carácter normativo, organizacional y operacional en el manejo de la salud pública en nuestro municipio, y que servirá de modelo para el trabajo en otras regiones de nuestro país e incluso en otras naciones.

Los resultados producto de esta investigación podrán ser utilizados por todas las entidades involucradas en la dirección de el sector salud (ministerios, secretarías, oficinas), y los directamente beneficiados serán todas las personas que se han visto afectados por las fallas que se han cometido en el manejo, coordinación y planeación del sector salud.

1. ANTECEDENTES

Tras la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata en 1978, en la región de las Américas, los países hicieron suyos los cuatro principios básicos de la APS:

- 1) accesibilidad y cobertura universales en función de las Necesidades de salud
- 2) compromiso, participación y autosostenimiento individual y comunitario
- 3) acción intersectorial por la salud
- 4) costo-eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.

Desde entonces, los Estados Miembros han establecido y puesto en marcha estrategias nacionales de atención primaria basadas en el desarrollo de componentes prioritarios tales como extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente, organización y participación de la comunidad para su bienestar, desarrollo de la articulación intersectorial, desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas, disponibilidad y producción de productos y equipos críticos, formación y utilización de recursos humanos, financiamiento sectorial, y cooperación internacional. (1)

En los últimos años se han llevado a cabo importantes esfuerzos para buscar una mejor definición y medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). En enero de 1997, el Consejo Ejecutivo de la OMS recomendó impulsar el desarrollo conceptual de las FESP como forma de contar con una herramienta para implementar la renovación de la política de “salud para todos en el año 2000”. Para ello se decidió realizar un estudio internacional con la técnica Delphi, dirigido a redefinir el concepto de FESP y a obtener un consenso internacional sobre las características centrales de estas funciones. En ese estudio se consultaron en tres rondas consecutivas 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades. El resultado fueron once FESP, a saber:

1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de salud
4. Participación de los ciudadanos en salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, necesarios.
8. Desarrollo de recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

En 1994, un grupo de trabajo sobre las principales funciones de la salud pública, codirigido por el Director de los CDC y el Secretario Adjunto para el Control de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud y compuesto por representantes

de las agencias de servicios de salud pública y las principales organizaciones de salud pública del país, señaló la confusión causada por las múltiples versiones de las “principales funciones” y encargó a un subgrupo encabezado por la Oficina del Programa de Prácticas en Salud Pública (*Public Health Practice Program Office*) y el Centro Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (*National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*) de los CDC, el desarrollo de un consenso sobre los “servicios esenciales de salud pública”

En 1994, el Comité Directivo de Funciones de la Salud Pública (*Public Health Functions Steering Committee*) adoptó el documento “Salud pública en los Estados Unidos de América”, en el que se definieron 10 *servicios esenciales* de salud pública:

1. Monitoreo del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
2. Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y de los riesgos en la comunidad.
3. Información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud.
4. Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud.
5. Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva.
6. Cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad.
7. Vinculación de las personas con servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios de salud donde no estén disponibles.
8. Garantía de recursos humanos competentes para la salud pública y la atención de salud.
9. Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva.

10. Investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud.

El Programa Nacional de Desempeño y Estándares de la Salud Pública (*National Public Health Performance Standards Program*: NPHPSP) de los EUA en su informe de 1998 definió tres grupos de funciones para las organizaciones de salud pública, a saber: evaluación, desarrollo de políticas y aseguramiento. Durante los meses de abril y mayo de 1999 se llevó a cabo un ejercicio de validación del instrumento de medición del desempeño de las FESP en tres países: Bolivia, Colombia y Jamaica. Esto se efectuó con un grupo de informantes clave que incluye funcionarios de los distintos niveles de autoridad sanitaria (central, intermedia y local), expertos académicos y representantes de sociedades profesionales de salud pública.

Actualmente, el NPHPSP está liderando un esfuerzo conjunto para el desarrollo de estándares para la práctica de la salud pública. Las herramientas de medición para la evaluación de la práctica de la salud pública, tanto en el nivel local como estatal, han sido diseñadas en conjunto con otras organizaciones de salud pública. Estos instrumentos son cuestionarios detallados con secciones para cada uno de los 10 servicios esenciales. Cada servicio es definido en detalle, con indicadores que representan los estándares locales y estatales, con mediciones y para cada uno de los indicadores incluidos. (2)

La carta de Ottawa en 1986 reafirma que para alcanzar la salud existen como requisitos, no solamente tener acceso a servicios para atender la enfermedad, sino vivienda, educación, alimentación, un ecosistema estables, la paz, la justicia social y la equidad. Los expertos del Consejo Ejecutivo de la OMS consideraron la Promoción de la Salud como la tercera Función Esencial de la Salud Pública. La promoción se refiere a un conjunto de aspiraciones (políticas) positivas que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y los grupos

para cambiar las condiciones negativas. Además, agrega la carta, la promoción “consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (3)

Los procesos de medición se han basado en estándares óptimos de la práctica de la Salud Pública, estos se han construido utilizando una definición de “Óptimos Aceptables”, relativos a un nivel promedio hipotético de la realidad de la región, basados en criterios de expertos. La escala de interpretación propuesta es:

76 – 100% (0.76 – 1.0) Cuartil de desempeño óptimo

51 – 75% (0.51 – 0.75) Cuartil de desempeño medio superior

26 – 50% (0.26 – 0.50) Cuartil de desempeño medio inferior

0 – 25% (0.00 - .025) Cuartil de desempeño mínimo. (4)

La medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) coordinado por la OPS durante 2000 – 2001 arrojó que la Promoción de la Salud presenta un desempeño intermedio, con una mediana para la Región de las Américas de 0,53. Los indicadores utilizados para la medición de esta función y sus resultados fueron:

- ✚ Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer comportamientos y ambientes saludables (0.58)
- ✚ Construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud (0.50)
- ✚ Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud (0.50)

- ✚ Reorientación de los servicios de la salud hacia la promoción (0.50)

- ✚ Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las acciones de promoción de salud (0.65). (5)

En el ámbito nacional, la medición en Colombia por parte de la Autoridad Nacional de Salud (ASN), mediante la aplicación de un instrumento diseñado para ello, que recoge las experiencias y opiniones de expertos seleccionados de otros ámbitos relevantes de la salud pública, mostró un desempeño mínimo en la Promoción de la Salud del 12% (0.12) y sus indicadores: 1 (0.22), 2 (0.20), 3 (0.00), 4 (0.19), 5 (0.00). (6)

A nivel regional no se han hecho mediciones y valoraciones adecuadas de las funciones esenciales de la salud pública. Este fenómeno se repite a nivel local.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde Alma-Ata, en 1978, se priorizó la atención primaria en salud (APS) como una estrategia de la política de “Salud para todos en el año 2000”, sin embargo en algunos países dicha estrategia alcanzado mayores avances que en otros. Esta situación, aparentemente tiene varias razones que en su mayoría dependen de los mismos países, entre ellas podemos señalar la falta de una política pública sana, la reforma del sistema de salud, la descentralización, falta de liderazgo de las autoridades rectoras nacionales de salud, predominio del enfoque asistencialista de los profesionales de la salud y tendencia economicista en la prestación de los servicios de salud.

En los países, en donde la APS constituye el componente fundamental de sus modelos de atención en salud, han obtenido avances significativos en el mejoramiento de la situación de salud de la población, tanto a nivel individual como colectivo; este es el caso de Canadá, Gran Bretaña, Cuba entre otros.

En Colombia, la problemática antes señalada es evidente, y aparentemente esta es la causa para que la estrategia de APS no haya tenido resultados importantes, que a su vez hayan contribuido al mejoramiento de la salud de los colombianos; sin embargo año tras año se invierten grandes cantidades de dinero, en los niveles nacional y subnacional, en programas de APS con muy pobres resultados e impacto.

El sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) colombiano, el cual cumplió 11 años de existencia, se caracteriza por un modelo de atención que prioriza y estimula la intervención de los enfermos y se olvida casi por completo de acciones sobre la población sana, de tal manera que la promoción de la salud y prevención de la enfermedad quedan reducidas a ser un simple integrante más del denominado plan obligatorio de salud (POS) de la población afiliada al sistema

(población asegurada) y a unas pocas acciones colectivas del plan de atención básica (PAB) de la población llamada vinculada (No asegurada).

Si lo anterior fuera poco, la ley 100 de 1993, mediante lo cual reglamentó el actual sistema de salud, trasladó las acciones de salud pública, que antes eran ejecutadas por la red pública hospitalaria a las empresas aseguradoras (EPS), las cuales operan en el sistema como intermediarias de los recursos y como contratantes de las instituciones prestadoras de salud (IPS), de tal manera que diluye en una cantidad de actores la responsabilidad de ejecución de las acciones de salud pública, las cuales cuando funcionaban de manera centralizada, mostró mejores resultados que las actuales.

El panorama anterior, contrasta con las directrices de lo que la OPS en el año de 1999 definió como las “Funciones esenciales en salud pública”, las cuales enfatizan en el monitoreo y análisis de la situación de salud de la población, la vigilancia en salud pública, la promoción de la salud, la participación social y comunitaria, el desarrollo de políticas, planes y gestiones en salud pública, la regulación y fiscalización, el acceso equitativo a los servicios de salud, la investigación en salud pública y la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud. Para el cumplimiento de estas funciones es fundamental la APS como estrategia efectiva de acción, por sus ejes primordiales de participación comunitaria, participación intersectorial, descentralización y tecnología apropiada; siempre y cuando sus principios básicos se cumplan.

La medición de las funciones esenciales de salud pública en los distintos países de América Latina, coordinada por la OPS durante los años 2000 y 2001, cuyos resultados fueron dados a conocer en el año 2002, con la publicación del libro “La salud pública en las americas”, evidencia que el cumplimiento de dichas funciones es deficiente en todos los países, principalmente en aspectos relacionados al acceso equitativo a los servicios de salud, garantía de calidad, desarrollo y

capacitación de recursos humanos en salud, investigación en salud pública y desarrollo de política, planes y capacidad de gestión que apoye la salud pública.

Lo anterior nos lleva a pensar en la necesidad que tienen los países de efectuar los ajustes necesarios en las áreas débiles detectadas y continuar fortaleciendo las que han mostrado un mayor desarrollo, tanto en los niveles nacional como subnacional.

El departamento de el Huila no es la excepción en Colombia, y en la ciudad de Neiva, su capital, con aproximadamente 350.000 habitantes, que representan el 40% de la población del departamento, se ve reflejada la situación de salud de su población, con una seguridad social en salud que alcanza únicamente el 50% de los ciudadanos, con servicios de salud que se caracterizan por ser inequitativos, con deficiente calidad, parciales, discontinuos y de costo elevado.

En cuanto a la situación de salud para el año 2003, la ciudad de Neiva presenta los siguientes datos: Población total 358.279 habitantes, 44.6% hombres y 55.4% mujeres; el 94.6% reside en el área urbana; tiene una tasa de crecimiento poblacional de 2.6% anual. Su organización política-administrativa se fundamenta en 10 comunas, 256 barrios y 4 corregimientos; el 95% de la población cuenta con servicio de acueducto, el 89% con servicio de alcantarillado, el 93.2% con servicio de recolección de basuras, el 94.6% con servicio de energía eléctrica, el 92.3% con servicio telefónico y el 93.14% con servicio de gas domiciliario. La tasa de mortalidad general es de 392 defunciones por 100.000 habitantes, distribuida así: en hombres 454 muertes por 100.000 hombres y en mujeres de 286 muertes por 100.000 mujeres, la tasa de mortalidad en niños de 1-4 años es de 70 fallecidos por 100.000 niños de 1-4 años; la tasa general de mortalidad infantil fue de 17.6 defunciones por 1000 nacidos vivos; tasa de mortalidad materna de 77 por 100.000 nacidos vivos; la tasa de natalidad es de 17 nacidos vivos por 1000 habitantes (42% femeninos, 58% masculinos); parto institucional de 98.8%,

control prenatal de 94% y bajo peso al nacer de 5%. En el perfil epidemiológico prevalecen las enfermedades infecto-contagiosas, las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones por trauma y violencia, las cuales ocupan los primeros lugares en morbi-mortalidad.

Otro aspecto importante de resaltar es que las instituciones formadoras del recurso humano en salud, no han efectuado ajustes curriculares en sus programas, de tal manera que sus egresados tengan un nuevo enfoque de la atención en salud, con una orientación biosicosocial y cambien el paradigma asistencialista, biologista, medicalizado que aun persiste en casi todo el personal del sector salud.

En cuanto al aspecto político es importante resaltar que los actuales mandatarios, tanto del departamento del Huila como del municipio de Neiva, se han mostrado muy interesados en implementar reformas a los sistemas regional y municipal de salud, siempre y cuando dichas reformas se orienten al mejoramiento del nivel de salud de la población. Esta situación representa una oportunidad para implementar proyectos de reforma al actual sistema de salud y motivar a las instituciones formadoras del recurso humano para que también implementen los cambios necesarios, acorde a la realidad y a la necesidad mundial, nacional, regional y local.

Ante la situación descrita se plantea los siguientes interrogantes:

¿Cuál es la valoración de la función esencial de la salud pública “promoción de la salud” en el municipio de Neiva?

3. JUSTIFICACIÓN

Dado que la población de Latinoamérica y subsecuentemente la de Colombia y nuestro departamento del Huila padecen de unas condiciones socioeconómicas especiales que se caracterizan por la pobreza que se deriva en la falta de educación, de cultura, problemas nutricionales, ambientales y de bajas coberturas en salud, se hace importante enfatizar en estudios como este dirigidos a describir y analizar los problemas fundamentales de una política tan importante para el desarrollo de las regiones como lo es la salud pública y mas específicamente la evaluación de la promoción de la salud en el municipio de Neiva.

La información que se obtenga de este trabajo servirá para identificar las principales fallas en los diferentes tópicos de trabajo de la promoción de la salud como también podrá ser utilizada para formular nuevas propuestas que lleven a un cambio de carácter normativo, organizacional y operacional en el manejo de la salud pública en nuestro municipio, y que servirá de modelo para el trabajo en otras regiones de nuestro país e incluso en otras naciones.

Los resultados producto de esta investigación podrá ser utilizado por todas las entidades involucradas en la dirección de el sector salud (ministerios, secretarías, oficinas), y los directamente beneficiados serán todas las personas que se han visto afectados por las fallas que se han cometido en el manejo, coordinación y planeación del sector salud.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Valorar la función esencial de la salud pública “promoción de la salud” en el municipio de Neiva.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Implementar un proceso de evaluación probado en los países de América Latina, a las exigencias normativas locales.

- ✚ Evaluar mediante estadística descriptiva la función esencial promoción de la salud en los diferentes actores del sector en el municipio de Neiva, comparando la misma frente a estándares internacionales propuestos por la OPS.

- ✚ Generar resultados que motiven la formulación de nuevas políticas en la implementación de proyectos, planes y programas de promoción de la salud tanto a nivel local como regional.

5. MARCO TEORICO

El tema de investigación requiere de la comprensión de tres temas a saber: la promoción de la salud como concepto, las funciones esenciales de la salud pública (FESP) y la atención primaria en salud (APS).

5.1. PROMOCION DE LA SALUD

5.1.1. Definición. La promoción de la salud no es un concepto nuevo. En sentido amplio, se puede decir que la humanidad ha realizado durante muchos siglos prácticas que se podrían reconocer hoy como promoción de la salud.

Antecedentes como la propuesta de Henry E. Sigerist (1945) que definió las cuatro grandes tareas de la medicina como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento del enfermo y la rehabilitación aun siguen siendo validas.

Se dice que el concepto actual nace en 1986, en desarrollo de la conferencia internacional de promoción de la salud en Ottawa en el cual se caracterizó a la promoción de la salud como: “El proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Los elementos diferenciales de la promoción de la salud con otros modelos de intervención en salud pública y en general, en ciencias de la salud, pueden identificarse como: A. Basados en una aproximación holística y no estrictamente medica. B. Centrados en una perspectiva de situación no paternalista, si no favorecedora de las opciones personales y grupales (7).

5.1.2. Historia. Los primeros antecedentes esta en las llamadas enfermedades crónicas en los países desarrollados durante la década de los 50 y 60 del siglo XX. La aparición de la “epidemiología de las crónicas” como superación de la “epidemiología de las infecciosas” ocurre durante los años 60.

Un nuevo marco de análisis se vértebra con el texto de McMahon y Pugh publicado en 1970 y de un enorme influencia posterior con su concepto de “maraña causal” en el desarrollo de métodos de investigación etiológica. Se pretendía pues hacer vincular algunas conductas individuales con algunas enfermedades crónicas y por otro lado hacer un marco de análisis basado en la idea de multicausalidad, novedosa entonces en el pensamiento medico. Al igual que el periodo higienista esterilizó y desinfectó, la epidemiología de las crónicas pretendió cambiar conductas individuales, esto es: la educación sanitaria. (8)

En la práctica, el desarrollo de esta nueva aproximación, pronto se vio limitada por condicionantes científicos y políticos. Por un lado, la transmisión de información e incluso la educación, no eran suficientes para cambiar conductas. Especialmente si estaban relacionadas con sustancias adictivas.

Por otro lado, estos planteamientos chocaban frontalmente con los valores de la sociedad democrática del mundo occidental. Observamos que incorporar la complejidad y la democracia mediante la participación eran retos a superar. Vemos entonces como se empieza a escribir entorno a los nuevos planteamientos como por ejemplo Blum que introduce conceptos que fueron la base de la promoción de la salud como la acción intersectorial, la participación y el desarrollo comunitario.

Siguiendo la misma línea Aaron Antonovsky el verdadero objetivo de estudio de la salud pública no eran tanto las personas que sufrían si no aquellas que se

podrían ver beneficiados de una acción preventiva. Partía de la base de que era mucho más popular instar o incitar que prohibir.

Los cambios en las estructuras de poder al final de los años 70, con holgadas mayorías de gobiernos socialdemócratas, la creciente importancia en la ONU de los no alineados; y la crisis económica y científica de los servicios de salud occidentales, posibilitaron un importante cambio en las políticas y estrategias de la OMS. A continuación se resume los momentos más importantes de la promoción de la salud en el siglo XX:

- Año 1945, autor Henry Sigerist, Estados Unidos. Según Milton Terris, el término “promoción de la salud” se utilizó por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como son:

- * Promoción de la salud
- * Prevención de la enfermedad
- * Restablecimiento de los enfermos
- * Rehabilitación

El nuevo enfoque de la promoción de la salud representa un proceso que habilita a los sujetos en el mejoramiento y/o control sobre su salud, fortaleciendo el autocuidado, las redes de apoyo social, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y creando ambientes favorables a la salud.

Afirmo que la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso, para lo cual pidió el esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. La petición de Sigerist, se repitió, 40 años más tarde, en la carta de Ottawa para la promoción de la salud.

- Año 1974, autor Mark Lalonde, Canadá. En los años setenta surge un concepto de promoción de la salud orientado al cambio conductual personal y en equilibrio con el medio ambiente físico y social. Lalonde, político canadiense en 1974 llamo la atención sobre la importancia de los estilos de vida y de los factores ambientales como condiciones de la salud. Es así como postula cuatro determinantes de la salud:

*La biología humana, factores biológicos.

*Los estilos de vida, factores sociales.

*La organización de la atención de la salud y servicios de salud.

*Los ambientes sociales y físicos donde vive la población.

-Año 1978, Primera conferencia internacional sobre atención primaria en salud, Alma Ata. Se plantea un concepto de salud. Es “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y se define como un derecho humano fundamental donde se deben comprometer diversos sectores. (9)

Año 1986, Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud, Ottawa Canadá. Constituye hasta el momento la más amplia visión de la promoción de la salud. Se propone cinco áreas:

- Formulación de políticas publicas saludables que promuevan la salud en todos los sectores y todos los niveles de la sociedad.
- Creación de ambientes físicos, sociales y culturales favorables.
- Fortalecimiento de las acciones comunitarias y de la participación de la gente en las decisiones y las acciones de la promoción de la salud.
- Desarrollo de aptitudes personales para tomar decisiones saludables y soportar presiones negativas para la salud.

- Reorientación de los servicios de salud para hacer mayor énfasis en la promoción y las posibilidades que ofrecen las instituciones de atención sanitaria como lugares adecuados para la promoción de la salud.

Esta carta fue suscrita por 38 países del mundo con el aval de la OMS. Fue el punto de partida para el movimiento renovador de la “nueva salud pública” cuya espina dorsal es la promoción de la salud.

Año 1988, Segunda conferencia internacional de la promoción de la salud, Adelaida Australia. Centrada en el tema de las políticas públicas saludables, recomienda como áreas prioritarias de intervención los temas de mujer, seguridad alimentaria y control de tabaco y alcohol. Las políticas públicas se traducen en expresiones normativas como leyes, normas, y decretos reglamentarios de obligatoriedad.

Año 1991, Primera conferencia internacional de promoción de la salud, Sundsvall Suecia. Se reflexiona sobre el tema de los ambientes favorables para la salud y la interrelación entre ambientes y salud en diversas áreas de la actividad humana.

Año 1992, Segunda conferencia internacional de promoción de la salud, Santa fe de Bogotá Colombia. Se enfatiza en la equidad y justicia social como tareas prioritarias de la promoción de la salud. Reafirma los principios de la promoción de la salud de la carta de Ottawa.

Año 1997, Cuarta conferencia internacional de promoción de la salud, Yakarta Indonesia. El tema principal es el compromiso de aprovechar los recursos con miras a abordar los determinantes de la salud en el siglo XXI. Enfatizo sobre la movilización de sectores privados y conformación de alianzas estratégicas.

Año 2000, Quinta conferencia internacional de promoción de la salud, México. Se resaltan los logros alcanzados mediante la promoción de la salud durante los últimos años. Se ubica a la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas en salud y se convoca a ejercer un liderazgo que asocie diversos esfuerzos en pro de la salud, que se traduzca en acciones concretas. (10)

5.1.3. Concepto. El concepto de la promoción de la salud se puede extraer del discurso de diferentes actores como el informe Lalonde pasando por las diferentes conferencias internacionales que sobre el tema se han hecho, comenzando con la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud realizada en Ottawa Canadá en 1986 pasando por Adelaida, Sundsvall y Yakarta.

Una de las primeras consecuencias políticas prácticas de la promoción de la salud fue el informe Lalonde de 1974, que se basó en las ideas de Sigerist y de Thomas McKeown herencia ambos del paradigma médico social. El informe Lalonde identificó cuatro grandes determinantes: ambiente, estilos de vida, biología humana y organización de servicios de salud. Ello aunque constituyó un avance derivó en algunos casos en culpabilizar a la víctima con su propia salud, al ponerse un énfasis primordial en los estilos de vida individuales. A pesar de las críticas que se le hacen a este informe se hace un reconocimiento de que salud es un proceso social complejo. Otra contribución importante es el lanzamiento público de la promoción de la salud como política saludable. Dentro de las críticas que se le realizan al informe Lalonde se encuentran las siguientes:

- ✓ En el concepto de ambiente funde lo físico y natural con lo económico y social, lo cual de hecho disminuye la importancia de los factores socioeconómicos y políticos.
- ✓ Los estilos de vida individuales no ponen un adecuado énfasis en la determinación social de las conductas humanas.

- ✓ Las consecuencias políticas del informe fueron mas pertinentes para realidades del mundo industrializado que para las condiciones de nuestros países en vías de desarrollo.

Por otro lado de acuerdo con la definición contenida en la Carta de Ottawa, la promoción de la salud consiste en "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Complementa la definición estableciendo que "para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades o cambiar el medio ambiente o adaptarse a él".

La Carta de Ottawa puso de relieve el hecho de que la promoción de la salud va más allá de la mera asistencia sanitaria, pues subraya que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y en todos los niveles de gobierno.

La promoción de la salud identifica tres grandes estrategias:

- Promover la creación de las condiciones sanitarias esenciales.
- Facilitar que todas las personas puedan alcanzar y conservar un estado de salud integral.
- Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses existentes en la sociedad.

Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias:

- Establecer una política pública que favorezca la salud.
- Crear entornos que apoyen y propicien la salud.
- Fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud.
- Desarrollar las habilidades personales de la población.
- Reorientar los servicios de Salud.

Otro hito importante que conceptualiza a la promoción de la salud es la declaración de Yakarta en Indonesia. Esta es la primera que se realiza en un país en vía de desarrollo. La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud ofrece una visión y un punto de enfoque de la promoción de la salud hacia el siglo venidero. Refleja el firme compromiso de los participantes en la 4ª. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de hacer uso de la más amplia gama de recursos para abordar los factores determinantes de la salud en el siglo XXI.

Prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI:

1. Promover la responsabilidad social por la salud.

Las instancias decisorias deben comprometerse firmemente a cumplir con su responsabilidad social. Es preciso que los sectores público y privado promuevan la salud siguiendo políticas y prácticas que:

Eviten perjudicar la salud de otras personas, protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos, restrinjan la producción y el comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivos, como el tabaco y las armas, así como las tácticas de mercado y comercialización perjudiciales para la salud, protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo, incluyan evaluaciones del efecto sobre la salud enfocadas en la equidad como parte de la formulación de políticas.

2. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.

En muchos países, la inversión actual en salud es insuficiente y a menudo ineficaz. El aumento de la inversión en el desarrollo de la salud exige un enfoque verdaderamente multisectorial, que comprenda más recursos para los sectores de educación, vivienda y salud. Una mayor inversión en salud y la reorientación de la existente en las esferas nacional e internacional pueden fomentar mucho el desarrollo humano, la salud y la calidad de la vida.

Las inversiones en salud deben reflejar las necesidades de ciertos grupos, como las mujeres, los niños, los adultos mayores, los indígenas y las poblaciones pobres y marginadas.

3. Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud.

La promoción de la salud exige alianzas estratégicas en pro de la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores en todos los niveles del gobierno y de la sociedad. Es preciso fortalecer las alianzas estratégicas establecidas y explorar el potencial de formación de nuevas.

Las alianzas estratégicas son de mutuo beneficio en lo que respecta a la salud por el hecho de compartir conocimientos especializados, aptitudes y recursos. Cada una debe ser transparente y responsable y basarse en principios de ética acordados y de entendimiento y respeto mutuos. Es preciso observar las directrices de la OMS.

4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.

La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de la persona para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud.

La ampliación de la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud exige educación práctica, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos. El empoderamiento de cada persona requiere acceso seguro y más constante al proceso decisorio y los conocimientos y aptitudes indispensables para efectuar cambios.

Tanto la comunicación tradicional como los nuevos medios de información apoyan este proceso. Se deben aprovechar los recursos sociales, culturales y espirituales de formas innovadoras.

5. Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

Para consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud, es preciso buscar nuevos mecanismos de financiamiento en las esferas local, nacional y mundial. Hay que crear incentivos para influir en las medidas tomadas por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y el sector privado para asegurarse de maximizar la movilización de recursos para la promoción de la salud.

Los "ámbitos, espacios y/o entornos para la salud" son la base organizativa de la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. Los nuevos desafíos que presenta la salud significan que se necesita crear nuevas y diversas redes para lograr colaboración intersectorial. Estas redes deben proporcionarse asistencia en los ámbitos nacional e internacional y facilitar el intercambio de información sobre que estrategias surten efecto en cada entorno o escenario.

Conviene alentar el adiestramiento y la práctica de los conocimientos de liderazgo en cada localidad para apoyar las actividades de promoción de la salud. Se necesita ampliar la documentación de experiencias de promoción de la salud por medio de investigaciones y preparación de informes de proyectos para mejorar el trabajo de planificación, ejecución y evaluación.

Todos los países deben crear el entorno político, jurídico, educativo, social y económico apropiado para apoyar la promoción de la salud. (11)

5.1.4. Marco Político Y Legal De La Promoción De La Salud En Colombia.

Bajo este título se hará un recuento de la forma como la normatividad colombiana ha incluido los conceptos de promoción de la salud, partiendo del Sistema Nacional de Salud en 1975 y pasando por la Ley 10 de enero 10 de 1990, la Constitución Política de Colombia, la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 con sus decretos reglamentarios.

Se puede afirmar que en los últimos años la legislación colombiana no ha sido ajena a los cambios de paradigmas en lo que hace referencia al concepto salud-enfermedad. Del análisis de las diferentes normatizaciones se aprecian modificaciones en el espíritu del legislador, concordantes con los cambios de la concepción de la salud.

Desde finales de la década de 1960, la salud empezó a considerarse como una inversión y no como un gasto; esto merecía que fuera objeto de una planeación rigurosa y su reflejo fue la orientación sanitaria del Estado en materia de inversión, visualizada en dos sentidos: ampliación de coberturas a costos mínimos y administración de la asistencia médica por parte del Estado. Esta orientación tuvo implicaciones profundas en la comprensión del proceso salud-enfermedad; imperaba una nueva concepción del proceso salud-enfermedad con su multicausalidad, su estrecha relación con los programas de salud y el desarrollo y considerarla como resultante de las condiciones de vida de la población.

Sistema Nacional de Salud

En 1975 se organizó formalmente el Sistema Nacional de Salud. Se definió como "el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación." Su funcionalidad se basó en la dependencia entre niveles, la regionalización de servicios, la prestación de servicios según niveles de atención, relaciones intersectoriales y la inclusión,

como componente importante, de la participación de la comunidad. Aparentemente asumía una concepción integral en la prestación de servicios de salud; sin embargo, el modelo biologista seguía imperando y la preeminencia de la actividad curativa fue el común denominador.

Ley 10 de enero 10 de 1990

Precipitó cambios conceptuales e institucionales importantes con la introducción de un nuevo concepto de "sistema de salud más acorde con las ideas contemporáneas de los modelos de salud con características multisectoriales y de concertación. Como aspectos básicos se le anotan:

En su Artículo 1º consagra la salud como servicio público: "La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio". La consecuencia lógica de este principio consiste en que el Estado debe intervenir y regular el servicio público, las condiciones de prestación de la salud en cuanto a su oportunidad, continuidad, calidad, cobertura, organización, gestión y políticas fundamentales, así se suministren pública o privadamente.

Aumentó la financiación y descentralización del sector salud: los departamentos y municipios a partir de ella deben presidir la administración de los hospitales a su cargo.

Incorporó los planes básicos de salud a los procesos de desarrollo municipal y departamental, estableciendo mecanismos de financiación con aportes provenientes del impuesto al valor agregado (IVA) y el monopolio sobre todos los juegos de apuestas y azar.

Sin duda, el espíritu de la ley fue el de visualizar la salud con una concepción más integral y abrir un marco de referencia para las acciones de promoción de la salud, siendo importante el énfasis que le dio a la multisectorialidad. En este sentido

propone un nuevo marco de prestación de servicios de salud complementarios, que favorece la participación activa de la comunidad (Artículo 3º: Principios básicos: participación comunitaria) para que ellos modifiquen su comportamiento y hagan conscientes los factores variables que inciden en el estado de salud. (12)

Bajo la influencia de esta Ley es preciso destacar el "Plan de atención primaria 1991-1994: Familia sana en ambiente sano" cuyo propósito fue "Contribuir a elevar la calidad de vida de los colombianos, a través del desarrollo de un plan de fortalecimiento del primer nivel de atención, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, haciendo énfasis en el mejoramiento del estado nutricional y alimentario y en el saneamiento básico".

La Ley 10 de 1990, abre la brecha de cambios que tuvo Colombia, con la expedición de la nueva Constitución Política, la Ley 60 y la Ley 100 de 1993.

Nueva Constitución Política de Colombia. Un año después de la vigencia de la Ley 10 de 1990, se expide la nueva Constitución Política, que en su preámbulo reza:

"El pueblo de Colombia en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga la siguiente Constitución Política de Colombia."

Podría afirmarse que allí están señaladas las aspiraciones del pueblo colombiano en relación con la salud; asume como finalidad social del Estado el de procurar el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida de la población, la solución de las necesidades de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, alimentación, recreación, cultura, deporte y vivienda, es decir, de la seguridad social en general.

Si se considera la definición de promoción de la salud, expresada en la Carta de Ottawa en 1986 "como la estrategia para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma", (13) la Constitución colombiana plasma una visión integral del hombre, e incorpora en ella mucho más que simples mandatos específicos, preceptúa sobre los fines hacia los cuales debe tender todo ordenamiento jurídico, y señala principios y valores que luego incorpora en su articulado, así:

- ✓ Protección al derecho a la vida: artículos 2 y 11.
- ✓ La convivencia y la paz como principio y fin de todo el ordenamiento jurídico y de la acción del Estado: artículos 2 y 22.
- ✓ El trabajo como derecho fundamental: artículos 2 y 25.
- ✓ La justicia como substrato de todo el orden jurídico: artículos 4, 6 y 229.
- ✓ Principio de la igualdad reconocido tácitamente en el Artículo 13 y tácitamente en otras normas constitucionales: artículos 2, 5, 7, 17 y 43.

El objetivo de "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma", no puede hacerse efectivo en un Estado donde no esté asegurado el conjunto de derechos que hacen referencia a la dignidad del hombre como ser humano.

Ha dicho la Corte Suprema de Justicia: "Si el preámbulo de la Constitución 'es guía insustituible en la interpretación de las disposiciones que la integran y de los fines que ellas persiguen', la referencia expresa que en él se hace a la vida y a los demás bienes eminentes allí mencionados no puede tenerse como un recurso de la retórica, sino como expresión de un propósito nacional: el de construir un orden jurídico inspirado en el respeto de todo aquello que responda cabalmente a las exigencias planteadas por la dignidad de la persona".

En el Artículo 49, en forma taxativa se anota: "Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud..." Y en

el inciso final preceptúa: "Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad."

Se propende por una visión integral del hombre, al consagrar las preceptivas constitucionales citadas. En primer caso con respecto a la seguridad social garantizando a todos los habitantes el derecho irrenunciable a ésta, y como parte de este derecho están sin duda las prestaciones de carácter asistencial, entendidas también desde el punto de vista de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Es de destacar asimismo la consagración de la salud como deber y como derecho, al preceptuar sobre el deber de procurar el cuidado integral de la salud individual y de la comunidad; sin duda, estas premisas fundamentan la esencia de la promoción de la salud como responsabilidad primigenia del individuo.

Según la normativa del Artículo 49, es el legislador la autoridad competente para delimitar la extensión del derecho al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud consagrados en este artículo, así como para establecer la extensión de la correlativa obligación del Estado de prestarlos.

Esta normatividad se debe analizar en concordancia con el Artículo 356 relacionado con la distribución de recursos y de competencias, que preceptúa: "Salvo lo dispuesto por la Constitución, la Ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación y de las entidades territoriales, determinará asimismo el situado fiscal, esto es, el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos, el Distrito Capital y los distritos especiales de Cartagena y Santa Marta, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se les asignen. Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños".

Por otro lado, cabe mencionar una serie de preceptivas que dan cuenta de la responsabilidad del Estado en materia de prestación de servicios, en las cuales se incluye necesariamente el de los servicios de salud, cuyo parámetro de cumplimiento es definido en los artículos 48 y 49, que hacen referencia a principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, así como integralidad. Entre éstas se destacan:

- Artículo 78. Control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad.

- Artículo 79. Derecho a gozar de un ambiente sano.

- Artículo 318. Con el fin de mejorar la prestación de los servicios y asegurar la participación de la ciudadanía, los concejos podrán dividir sus municipios en comunas cuando se trate de áreas urbanas, y en corregimientos en el caso de las zonas rurales. En cada una de las comunas o corregimientos habrá una Junta Administradora Local (JAL) de elección popular, integrada por el número de miembros que determine la ley, que tendrá las siguientes funciones:

a. Participar en la elaboración de los planes y programas municipales de desarrollo económico y social y de obras públicas.

b. Formular propuestas de inversión ante las autoridades nacionales, departamentales y municipales encargadas de la elaboración de los respectivos planes de inversión

. Artículo 334. Intervención del Estado para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo a los bienes y servicios básicos.

- Artículo 356. De la distribución de recursos y de competencias. En su inciso segundo reza: "Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la

educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños".

- Artículo 357. Preceptúa sobre la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación, y el Gobierno deberá determinar el porcentaje mínimo de esa participación así como la definición de las áreas prioritarias de inversión social que financiará con dichos recursos.

- Artículo 365. Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.

Con base en el articulado anterior, se podrían resumir en los siguientes, los aportes de la carta constitucional de 1991 en materia de promoción de la salud:

- Ampliación de las razones de la intervención estatal, ya no sólo con fundamento en el interés social, sino también en la provisión a la protección del ambiente y del patrimonio cultural de la nación, hecho que abre la puerta de un nuevo modelo de desarrollo económico a instancias de la constante preocupación constitucional por la conservación del ambiente, incorporando la noción ecológica al proceso económico, dentro del marco del llamado desarrollo sostenible.
- Como finalidad de la intervención de la Calle expresa: "Se busca la racionalización de la economía para mejorar la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo; el pleno empleo de los recursos humanos; el acceso efectivo de todos, en especial de aquellos de menores ingresos, a los bienes y servicios básicos". (15)
- Consigna como una función del Estado la prestación de los servicios públicos básicos, en los que se incluye el derecho a la seguridad social y a la salud, asignándole para su prestación criterios de eficiencia, universalidad e

integralidad. Facilita su prestación por el Estado o por el sector privado, manteniendo el primero las funciones de regulación, control y vigilancia (Artículo 365).

- Favorece la descentralización ya consignada en la Ley 10 de 1990, pues permite que mediante reglamentación legal se definan las competencias de cada nivel de gobierno en la financiación administración y prestación de los servicios públicos, facilitando así que las asambleas, en concertación con los municipios, regulen los servicios de educación, salud y deporte.
- Por otra parte, con el fin de garantizar que la población de menores ingresos tenga acceso a niveles mínimos adecuados de los servicios públicos básicos, el Estado, en cualquier nivel de la administración, tiene la posibilidad de apoyarlos mediante el otorgamiento de subsidios preceptuados por la constitución para las áreas de acceso a la salud y a la educación, donde el Estado garantizará un nivel mínimo de servicios básicos a la población, y atención en salud gratuita a los menores de un año que no tengan el servicio (artículos 49 y 67). Es este el fundamento del régimen subsidiado.
- En el proceso de financiación, se enfatiza en el gasto social; éste hace parte del presupuesto y tiene prioridad sobre los demás gastos. Se establecen parámetros para su regionalización de acuerdo con el número de personas con necesidades básicas insatisfechas y la eficiencia fiscal y administrativa de las entidades. En este tema merece destacar el aporte que reciben los municipios de los ingresos corrientes de la nación, mediante una participación que viene en aumento a partir de 14% en 1993 hasta 22% en el 2002, con su distribución de la siguiente manera:
 - 60% en proporción al número de habitantes en situación de pobreza o con necesidades básicas insatisfechas.
 - 40% en función de la población total, la eficiencia fiscal y administrativa y el progreso demostrado en la calidad de vida.

- La estructuración de los planes de desarrollo de nivel nacional, departamental y local, como requisito para la inversión en los diferentes sectores, incluso el desarrollo de las acciones en el sector salud, es una importante herramienta que obliga a una planeación más racional, con base en las realidades de las poblaciones y que obedece a criterios epidemiológicos demográficos y en general de las condiciones de vida de las poblaciones.

Un énfasis especial se le otorga a la inversión en áreas sociales: salud y educación y en general en aquellas acciones que propugnen por el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; para esto la constitución consagra la apropiación de recursos provenientes de los ingresos corrientes de la Nación que se deberán girar a los municipios, con el fin de invertirlos en salud y educación, bajo criterios establecidos previamente.

Al analizar la definición de promoción de la salud, consignada en el Decreto N° 1891 de 1994 por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2-4, 10, 21 y 22 de la Ley 60 de 1993, en cuanto a fomento de la salud y prevención de la enfermedad, que la define en su Artículo 2 como "Integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y psíquicas de los individuos y de las colectividades"; se puede afirmar que la actual carta constitucional consigna un conjunto normativo, que inicia el proceso de cambio social, favorece el equilibrio de las relaciones entre el individuo y su ambiente: natural, político, social y cultural y propugna por el mejoramiento de estilos de vida, hábitos y calidad de vida, siendo en este contexto la promoción de la salud su mayor estrategia.

Si se sigue este planteamiento se puede afirmar que en la concepción constitucional y legal actual de la promoción de la salud en el país, se favorecen, procesos como:

- ✚ La inserción en la agenda gubernativa de la formulación y ejecución de políticas saludables que favorezcan los comportamientos de salud frente a los individuos. Este no es sólo responsabilidad estatal; pueden aportar mucho en este sentido actores como los entes departamentales, municipales, las universidades, los medios de comunicación y la colectividad.

- ✚ Búsqueda de equidad en la salud. Los planes de desarrollo y la cooperación intersectorial son herramientas útiles en este proceso.

- ✚ Convivencia, solidaridad y democracia. La promoción de actitudes solidarias, respeto por la convivencia en medio de la diversidad cultural, y la práctica de la democracia, son requisito para el acceso a unas mejores condiciones de vida.

- ✚ Descentralización. Es este uno de los retos más grandes del nuevo Estado colombiano. Sin duda, el municipio pasa a ser el gestor de todas las acciones, es el administrador y el gerente: diseña, ejecuta y evalúa la puesta en marcha de los diferentes proyectos; es a nivel municipal donde mejor conocimiento se tiene de las realidades de su entorno.

La ley 100 de 1993 y la promoción de la salud

Sin duda, puede considerarse como el desarrollo legislativo de mayor trascendencia en los últimos tiempos en Colombia; cambia y reorganiza la prestación de los servicios de salud e integra la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados. Es un sistema universal de aseguramiento que se establece mediante los principios de la competencia regulada. En su preámbulo se consigna su espíritu. "La seguridad social integral

es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad".

La normatividad expresada en la ley se debe interpretar de acuerdo con los principios que la orientan: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (Artículo 2) y equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, calidad (Artículo 153). El principio de protección integral, por ejemplo, se debe entender en el sentido de brindar atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

La Ley crea una serie de planes de beneficios: Plan de Atención Básica, PAB (Artículo 165) de carácter gratuito y obligatorio, que complementa las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y está constituido por las intervenciones dirigidas a la colectividad o a los individuos, pero que tienen altas externalidades, y el POS (Artículo 162), este último tanto para el régimen contributivo (Artículo 202) como para el subsidiado (Artículo 211), mediante los cuales se crean las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001, cuyo objetivo es el de la "protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Asimismo, la Ley 100 de 1993 crea el Fondo de Solidaridad y Garantía (Artículo 218), como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se debe manejar por encargo fiduciario y en el Artículo 219 legisla sobre las subcuentas que lo integran, entre las que se incluye en el literal c) la de promoción de la salud.

Aspectos reglamentarios de la ley 100 y la promoción de la salud

Si se analizan las distintas reglamentaciones de la nueva ley de seguridad social en salud se puede concluir que se han desarrollado una serie de preceptivas que enfatizan en la promoción de la salud entre las que se destacan:

✚ Decreto 1891 de 1994. Precisa los conceptos de gasto de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como las reglas básicas de administración de los recursos del fondo de fomento de la salud y prevención de la enfermedad de que trata la Ley 60 de 1993. Se destacan en esta norma: 1) El concepto de fomento y prevención expresado "conjunto de acciones que buscan el óptimo desarrollo de las capacidades individuales y colectivas". 2) Las fuentes de financiación con destino específico para promocionar la salud. 3) Gestión de los recursos de promoción de la salud; en este sentido legisla: "Artículo 7. Los departamentos, distritos y municipios asignarán un funcionario con dedicación exclusiva para coordinar los programas de promoción de la salud en su área de competencia. Quienes desempeñen esta función coordinarán la capacitación, seguimiento, asesoría, control y evaluación del programa de promoción de la salud de la respectiva entidad territorial".

✚ Ministerio de Salud, Resolución N° 5165 de 1994. Por cuyo medio se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para elaborar y seguir los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos. Se destaca el concepto de integralidad prescrita en el Artículo 4º, que reza: "La integralidad tiene como objetivo dar respuesta consecuente a las

necesidades de salud de la población de una jurisdicción. Se fundamenta en la relación de cuatro aspectos básicos: a) el modelo integral de salud sobre el que se basa la operación de los planes, y donde se concibe la salud como resultado de un proceso de factores múltiples determinado por la interacción del medio físico, el medio biológico, el comportamiento individual y colectivo y la oferta de servicios de salud; b) el desarrollo de acciones que comprendan el fomento de la salud, la prevención y asistencia de la enfermedad en sus dos esferas centrales: tratamiento y rehabilitación".

✚ Ministerio de Salud, Resolución N° 04288 de 1996. Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En su Artículo 5° describe los componentes del PAB e incluye: a) Promoción de la salud: Busca la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades. Asimismo con respecto a la financiación, dispone en el Artículo 15, literal b) Garantizar la distribución del situado fiscal que se destina a promover la salud y prevenir la enfermedad en los municipios no descentralizados de su jurisdicción de acuerdo con los criterios establecidos en la presente resolución."

✚ Ministerio de Salud, Resolución N° 03997 de 1996. Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción en el SGSSS. El objeto es "Determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS. En el Artículo 6° relaciona una serie de

programas que se deben cumplir como parte de las acciones contenidas en el POS, tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Se destacan entre otros los programas de prevención de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños menores de doce años; programas de prevención de las alteraciones sensoriales mediante acciones de manejo de la salud visual y auditiva en niños menores de doce años; programas de prevención de infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de cinco años; programa de prevención de enfermedades inmunoprevenibles definidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); programas de prevención de las enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual; programas de prevención de tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia. Es de anotar que en cada uno de estos programas se relacionan actividades de promoción de la salud como información, educación, consejería, oferta de servicios, hábitos saludables de comportamiento, etc.

✚ Decreto 1283 de 1996. En su Artículo 26º establece que la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía se financiará con un porcentaje de la cotización, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización de los afiliados al régimen contributivo. Adicionalmente el CNSSS, podrá destinar a esta subcuenta, parte de los recursos que recauden las entidades promotoras de salud por concepto de pagos moderadores.

✚ CNSSS Acuerdo 120 de 1999 que reglamenta el presupuesto del Fosyga para el año 1999, y en este aspecto cabe destacar que en lo referente a la subcuenta de promoción de salud, incluye como ingresos: 1) Superávit del 0.5

del régimen contributivo; 2) El impuesto social a las municiones y explosivos y rendimientos financieros y los gastos deben referirse a programas de promoción y prevención: prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.

✚ CNSSS Acuerdo 117 de 1998 en el que se reglamenta las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que tienen por objeto la protección específica, la detección temprana y la atención de las enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control. En su Artículo 2º define como demanda inducida a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica, detección temprana y la adhesión a los programas de control, y como protección específica a la aplicación de acciones y/o tecnología que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo. Incluye este decreto un aspecto de trascendencia y es el denominado de "Acreditación" entendido como el procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar ante la autoridad competente el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos esenciales establecidos para la prestación de servicios de salud. De imponerse este criterio, se sentaría un precedente en la calidad de los servicios de salud y su estrecha relación con el principio de la libre escogencia, pues no queda duda que en un proceso de acreditación tiene gran peso el conjunto de intervenciones que sobre promoción y prevención de la salud realicen las EPS/ARS, y que desde luego hagan parte del POS.

En este orden de ideas, es indudable que el nuevo sistema General de Seguridad Social en Salud, consagra la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como aspectos trascendentales dentro del principio de integralidad. A través de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad,

las EPS/ARS pueden hacer efectivamente que sus afiliados demanden menor número de intervenciones en el campo curativo y de rehabilitación, sin discusión las acciones de mayor costo. A este respecto anota Jaramillo (16): "Para contrarrestar los efectos negativos en la atención de la enfermedad, la promoción de la salud en la ley 100 intenta un cambio brusco de paradigma: cambiar el negocio de la enfermedad por el negocio de la salud. Si la EPS quiere maximizar sus utilidades debe desarrollar una estrategia de protección de la salud, de tal manera que los usuarios demanden el mínimo de los servicios de atención a la enfermedad".

Entonces se dan las condiciones políticas y legales para avanzar hacia un nuevo modelo sanitario, un modelo donde se privilegien los aspectos de la vida y la salud, es pasar de una concepción que se centra en la enfermedad a una concepción de vida, a una comprensión de la salud en sus múltiples dimensiones: social, biológica, antropológica, económica, jurídica. Metas como el alcance de mejores condiciones de vida para la población, la preservación de los derechos fundamentales que aseguren al hombre un paso por la vida en condiciones de dignidad, el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, entre otros, deberán ser los propósitos del Estado y de todas sus instituciones.

Se finaliza con un párrafo consignado por Franco: "Por descontado que el avance hacia una nueva manera de pensar y actuar en salud exige una superación de los saberes unidisciplinarios y de las prácticas únicas y excluyentes, hacia saberes transdisciplinarios y múltiples prácticas. No podrá mantenerse entonces el veto autoritario y descalificador a la bioenergética y a la acupuntura, a la utilización de la música y el color. Ni tendrá validez el saber sólo por su textura lógica. En el nuevo modelo la rigurosidad lógica es importante pero insuficiente, pues cuenta también la capacidad transformadora del saber socialmente construido. Tendrá que ser cada vez más un saber cargado de poder transformador mediante su conversión en conciencias colectivas. El saber con poder y conciencia colectiva nos pone en el territorio de la política. Hay que vencer el temor a aceptarlo y

practicarlo: la cuestión de la vida y de la salud en la sociedad es una cuestión política.

Ley 1122 de 2007

Luego de varios intentos de reforma por parte de diferentes sectores, y de la presentación de numerosas propuestas, nace la ley 1122 del 9 de enero del 2007, aprobada en el congreso de la república, por el cual se hacen algunas modificaciones al sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Capítulo 1. Disposiciones generales. El fin de esta ley es la mejora en la prestación de los servicios de salud.

Capítulo 2. De la dirección y regulación. El ministerio de protección social hará su dirección con base en indicadores en salud y podrá suprimir y en otros casos sancionar los diferentes actores del sistema cuando el cumplimiento de estos instrumentos no sea satisfactorio.

Se creará la comisión de regulación en salud, que será la encargada de asumir las funciones del consejo nacional de seguridad social en salud, en lo que respecta a definir el valor de la UPC, revisar el listado de medicamentos principalmente. Esta comisión tendrá autonomía financiera pero estará adscrita al ministerio de protección social. El consejo nacional de seguridad social en salud actuaría como un asesor de este. A diferencia del consejo el comité estará integrado en su mayoría por expertos de diferentes disciplinas que deberán tener como mínimo un título de maestría y 10 años de experiencia en el campo en el cual se desempeñan.

Capítulo 3. El financiamiento. Se alcanzará la cobertura universal en los próximos 3 años para los niveles I, II, III del SISBEN. Se hace una modificación en el monto

y distribución de las cotizaciones que antes era de 12%, pasará a 12.5% en donde el trabajador coloca 4%, y el empleador 8.5%. 1.5% de la cotización será trasladada al FOSYGA.

Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100%. Si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago.

Capítulo 4. El aseguramiento. No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del régimen subsidiado en salud clasificado en el nivel I del SISBEN o el instrumento que lo remplace.

En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se, soliciten medicamentos no incluidos en el Plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si, la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo, comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA.

Se reducirá la integración vertical al 30% es decir las aseguradoras solo podrán contratar hasta en un 30% con las empresas prestadoras de servicios de salud de su propia red.

Capítulo 5. De la prestación de servicios de salud. De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas. La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE's) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso; toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.

Capítulo 6. De la salud pública. El gobierno nacional tendrá que definir un plan para cada cuatrienio en lo relacionado con la salud pública que deberá estar incluido en el plan nacional de desarrollo. El plan debe incluir:

- A través del perfil epidemiológico identificar los factores protectores y de riesgo de las diferentes enfermedades de interés en salud pública.
- Actividades que busquen lograr estilos de vida saludable.
- Las acciones que deben hacer los diferentes entes territoriales y las aseguradoras.
- El plan financiero y presupuestal en salud pública.
- Metas de morbilidad y mortalidad evitables.
- Metas y responsabilidades en vigilancia en salud pública.
- El plan nacional de inmunizaciones.

Capítulo 7. Inspección vigilancia y control. Créase el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus

competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y INVIMA.

Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la defensoría del Pueblo. Su función será la de ser, vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin' de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

5.2 FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

Las FESP se han definido como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública. Una de las decisiones más importantes de la iniciativa “La salud pública en las Américas” está relacionada con la necesidad de adecuar la definición de los indicadores y estándares de las FESP para permitir que la práctica de la salud pública se fortalezca a través del refuerzo de las capacidades institucionales necesarias. Este enfoque parece mejor que un planteamiento metodológico que incluya tanto funciones como campos de la actividad de la salud pública. Si las funciones son bien definidas para incluir todas las capacidades requeridas para una buena práctica de la salud pública, estará asegurado el buen funcionamiento en cada uno de los campos de acción o áreas de trabajo de la salud pública.

En enero de 1997, el Consejo Ejecutivo de la OMS recomendó impulsar el desarrollo conceptual de las FESP como forma de contar con una herramienta para implementar la renovación de la política de “salud para todos en el año 2000”. Para ello se decidió realizar un estudio internacional con la técnica Delphi, dirigido

a redefinir el concepto de FESP y a obtener un consenso internacional sobre las características centrales de estas funciones. En ese estudio se consultaron en tres rondas consecutivas 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades.

El resultado fueron nueve FESP, a saber:

- ✓ Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
- ✓ Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- ✓ Promoción de salud
- ✓ Participación de los ciudadanos en salud.
- ✓ Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
- ✓ Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública.
- ✓ Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, necesarios.
- ✓ Desarrollo de recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública.
- ✓ Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos.

- ✓ Investigación en salud pública.
- ✓ Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Los autores recomendaron encarecidamente la realización de nuevos estudios nacionales e internacionales. También se resaltaron algunos temas controvertidos, como la relación entre los servicios de atención de salud y las FESP, área donde no hubo consenso en torno al grado en que la atención de salud individual de pacientes puede ser considerada una función básica y esencial de la salud pública.

A continuación se describe una de las 11 FESP que ha sido identificadas como crítica para la práctica de la salud pública en los países de las América y que esta contenidas en el instrumento de medición de su desempeño que ha sido desarrollado por la OPS en colaboración con el CDC y el CLAISS. El listado que sigue al título corresponde a los componentes que la integran y que forman la base para la definición de estándares, indicadores, mediciones y submediciones actualmente en desarrollo.

Función esencial No. 3: promoción de la salud

- Acciones de promoción de la salud en la comunidad y desarrollo de programas para reducir riesgos y daños a la salud que cuenten con una activa participación ciudadana.
- Fortalecimiento de la intersectorialidad con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción de la salud, especialmente las dirigidas al ámbito de la educación formal de jóvenes y niños.

- Empoderamiento de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y ser parte activa del proceso dirigido a cambiar los hábitos de la comunidad y a exigir a las autoridades responsables la mejoría de las condiciones del entorno para facilitar el desarrollo de una “cultura de la salud”.
- Implementación de acciones dirigidas a que la ciudadanía conozca sus derechos en salud.
- Colaboración activa del personal de los servicios de salud en el desarrollo de programas educativos en escuelas, iglesias, lugares de trabajo y cualquier otro espacio de organización social relevante para proporcionar información sobre salud.
- Existencia de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que colabore en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud.
- Utilización de la metodología científica para evaluar intervenciones de salud de diferente grado de complejidad.
- Uso de este sistema para elevar la calidad de la provisión directa de servicios de salud.

6. HIPÓTESIS

La descentralización de los servicios de salud ha creado una confusión en las responsabilidades de promoción de la salud que ha generado una caída en los índices de salud pública en especial los relacionados con la promoción de la salud.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es un estudio cuantitativo pues los datos recogidos se expresaron en números de cero (0) a uno (1) y se clasificaron en una escala dividida en cuartiles de desempeño; descriptivo ya que abarcamos todas las dimensiones posibles de la promoción de la salud y las describimos, y transversal pues se está midiendo el estado de la función de salud pública en un único momento temporal en el que se tomaron los datos.

7.2. LUGAR

La investigación se desarrolló en el área urbana del municipio de Neiva.

7.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población la constituyeron los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud del municipio de Neiva: entes de dirección, aseguradoras o administradoras de recursos y empresas promotoras de servicios de salud, encargados de la creación, ejecución y evaluación de los programas de promoción de la salud.

La muestra estuvo conformada por todas las Empresas Promotoras de Salud y afines, públicas y privadas.

7.4. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE VARIABLES DE CONFUSIÓN

Para detectar errores o sesgos del instrumento que restarían significancia estadística al proyecto, se realizó una prueba piloto. Se contó además con una adaptación de un instrumento y un método de codificación y tabulación de datos prediseñado por expertos de 41 países y probado en toda América latina, el caribe y los Estados Unidos.

Para controlar sesgos de confusión sobre el objetivo del proyecto, se entregó previamente un resumen del proyecto con la información necesaria acerca de las áreas específicas a valorar.

Para controlar sesgos de información, se corroboró la información con la que se sustentaba cada pregunta, a través de los medios disponibles: electrónico, físico, impreso, verbal, etc.

7.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo A)

7.6. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó un cuestionario basado en el instrumento del proyecto “LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS” publicado en septiembre de 2002, el cual fue desarrollado con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), entre abril de 2001 y junio de 2002 con la participación de 41 países de Latinoamérica. (5)

El cuestionario incluyó preguntas cerradas, seleccionadas del instrumento original con el fin de evaluar cada estamento de acuerdo a las exigencias de la normatividad vigente en nuestro país.

Se envió una copia del resumen del proyecto, el consentimiento informado y el instrumento a la institución correspondiente, la cual contó con cinco (5) días hábiles para contestar el cuestionario. En una reunión acordada previamente, los investigadores corroboraron la información con la que se sustentaba cada pregunta, a través de los medios disponibles: electrónico, físico, impreso, verbal, etc.

7.7. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El instrumento diseñado para la medición de la Función Esencial de la Salud Pública “Promoción de la Salud” en el municipio de Neiva tiene la estructura siguiente:

Una breve introducción que contiene los fundamentos de la Iniciativa y las características del instrumento.

La función esencial de la salud pública: “promoción de la salud”, con su correspondiente definición, y las cinco variables, cada una de las cuales consta de:

- Un estándar de la variable, que describe el óptimo de cumplimiento deseable.
- Un conjunto de dimensiones que identifican las características operativas de la variable que son objeto de medición y que se manifiesta en un porcentaje de cumplimiento en función de la respuesta dada a las mediciones.

- Un conjunto de mediciones y submediciones que sirven de verificadores del desempeño de cada variable dentro de cada indicador, que admiten respuestas dicotómicas: afirmativas o negativas.

Como criterio general se establecieron, para cada función, indicadores que cubrían las cinco áreas que determinaban el desempeño:

- ❖ los resultados del ejercicio de la función;
- ❖ los procesos principales para lograr tales resultados;
- ❖ las capacidades institucionales para llevar a cabo los procesos;
- ❖ la infraestructura básica necesaria, y
- ❖ las competencias delegadas a los niveles subnacionales para el ejercicio descentralizado de la función.

7.7.1. Instrumento Dirigido A EPS

(Anexo B)

7.8. PRUEBA PILOTO

Se realizó una revisión de expertos. Junto a una breve presentación oral del proyecto de investigación, se hizo una invitación a participar en la revisión al grupo de interventoría del programa de salud departamental “Salud Puerta A Puerta”, el cual es un grupo de expertos en el área de evaluación de servicios de salud.

La prueba piloto generó los siguientes resultados:

- Se concluyó que la prueba era muy extensa.
- Debido al manejo descentralizado de las actividades de promoción de la salud en el interior de las mismas EPS y ARS, algunas de las preguntas no se pueden responder en el nivel local.

Es importante aclarar que el objetivo del proyecto no fue comprendido adecuadamente por el grupo de expertos, por lo cual objetamos la segunda recomendación teniendo en cuenta que el instrumento fue revisado y corregido a la luz de la normatividad vigente para que las preguntas fueran pertinentes en el nivel local.

Decidimos repetir la revisión con otro grupo conformado por cuatro docentes del departamento de Proyección Social de la Universidad Surcolombiana, coordinadores de la Oficina de Interventoría del Régimen Subsidiado en el departamento del Huila, con especialización en las áreas de Medicina Familiar, Administración de Servicios de Salud y Epidemiología, expertos en temas de Atención Primaria en Salud y Promoción de la Salud. Las conclusiones de ésta revisión fueron:

- La prueba para las EPS no debía contener la variable 3.4 correspondiente a la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción pues ésta actividad es prácticamente de origen gubernamental y normativo.
- Algunas preguntas correspondientes a la variable 3.2 creación de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud debían ser modificadas para mejorar su comprensión.

En términos generales el instrumento fue considerado de buena calidad y todas las preguntas necesarias y pertinentes para el nivel local de evaluación. Las recomendaciones fueron acatadas y los instrumentos modificados para asegurar una adecuada recolección de datos.

7.9. CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN

La puntuación de cada uno de los variables que forman parte de la medición de la función se basa en la puntuación obtenida en las distintas dimensiones. Esas dimensiones tienen la posibilidad de oscilar entre unos valores de 0,00 y 1,00, dado que se elaboran sobre la base del valor medio de respuestas afirmativas que aparecen en las mediciones y submediciones que se detallan en su interior.

Las preguntas correspondientes a las medidas y submedidas sólo tienen las alternativas de respuesta afirmativa y negativa. Si la respuesta es “sí” se asigna un valor de “1” a la medición o submedición en cuestión; si la respuesta es “no” se asigna un valor de “0” en la pregunta correspondiente y, además, no se acepta en ellas la respuesta parcial.

En caso de la existencia de grupos y de no lograrse una respuesta de consenso de todo el grupo, al menos el 60% de los participantes debía estar a favor de la opción “sí” para que la respuesta colectiva a la pregunta sea afirmativa. La puntuación de cada variable y sus dimensiones fue calculada según el porcentaje de las respuestas afirmativas a las mediciones y submediciones. Se asignó esta puntuación a cada variable y, finalmente, se usó para calcular el promedio del nivel de desempeño de la función.

Para facilitar la medición, el instrumento se ha apoyado en el programa informático EXCEL que permite el cálculo directo de la puntuación final de cada dimensión en

función de las respuestas a las medidas y submedidas que la componen y, a partir de esto, facilita el cálculo automático de la puntuación de los indicadores y las funciones, y su representación gráfica.

Para la interpretación global del desempeño alcanzado, se propuso la siguiente escala, que sirve de guía convencional:

- 76 – 100% (0,76 a 1,0) Cuartil de Desempeño Óptimo
- 51 – 75% (0,51 a 0,75) Cuartil de Desempeño Medio Superior
- 26 – 50% (0,26 a 0,50) Cuartil de Desempeño Medio Inferior
- 0 – 25% (0,0 a 0,25) Cuartil de Desempeño Mínimo

7.10. FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información fueron Directas. Los representantes de las EPS, a cargo de la coordinación de los programas de promoción de la salud o en su defecto, los responsables de los resultados de estas actividades, fueron los directos encargados de responder el instrumento.

7.11. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La estadística utilizada fue descriptiva.

7.12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Siendo la presente investigación un estudio que involucra entidades y no personas, las consideraciones éticas son de tipo administrativo y no bioético, por lo que se puede señalar que los principios universales de beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia están asegurados para las personas que colaboraron en este estudio. Sin embargo teniendo en cuenta la responsabilidad que recae sobre quienes llenaron los instrumentos y otorgaron la información, construimos un formato de consentimiento informado que cumpliera con las características necesarias para asegurar la honestidad y tranquilidad de los encuestados.

El consentimiento tuvo en cuenta aspectos como condiciones del participante, objetivo del estudio, naturaleza del compromiso, procedimientos, riesgos y beneficios potenciales, derecho a retirarse e información para establecer contacto.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Anexo C)

8. RESULTADOS

En términos generales, se observa un perfil de desempeño intermedio y bajo para el conjunto de las FESP. El mejor desempeño relativo se observa en las funciones de reducción del impacto de emergencias y desastres (FESP 11) y de vigilancia de la salud pública (FESP 2), sin que ninguna de ellas supere el 70% de cumplimiento respecto del estándar utilizado para esta evaluación.

Con un menor desempeño se presentan las funciones de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios (FESP 9), el desarrollo de recursos humanos para la salud pública (FESP 8) y la investigación en salud pública (FESP 10).

Se encuentran en un nivel de desempeño intermedio superior las funciones de seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud (FESP 1), la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios (FESP 7), el desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de la salud pública (FESP 5) y la promoción de la salud (FESP 3).

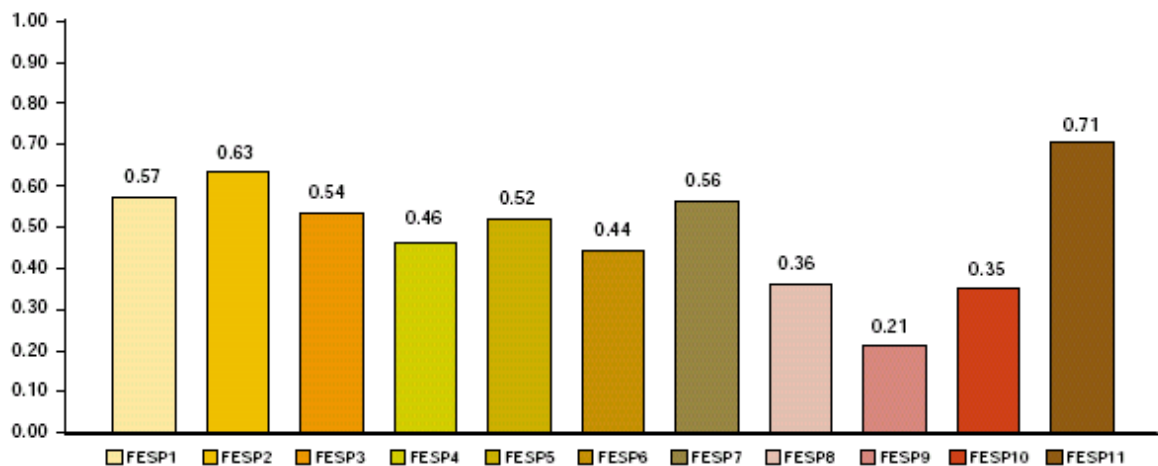
Finalmente, en un nivel de desempeño intermedio inferior, se encuentran la participación de los ciudadanos en la salud (FESP 4) y el fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización de la salud pública (FESP 6). Este perfil de las FESP pone en evidencia, en general, el mayor desempeño de las funciones que pueden considerarse parte de la “tradición” del desarrollo de la salud pública (FESP 2 y 11) y un menor desempeño de las funciones más recientes, como la de garantía de calidad (FESP 9), lo que exige de la región una profunda revisión de su quehacer en salud pública, especialmente con vistas al desarrollo de su capacidad institucional para abordar los nuevos desafíos sanitarios y de gestión (Gráfica 1). (5)

Es importante señalar como área de preocupación el desempeño bajo observado en la función de desarrollo de recursos humanos (FESP 8), realidad muy a tener en cuenta, si se considera que el futuro fortalecimiento de la salud pública pasa por el desarrollo de competencias de los recursos humanos, en los que se asienta la fortaleza institucional de la ASN.

Los principales elementos que reflejan el desempeño de la Función Esencial de la Salud Pública No.3 “Promoción de la salud”, en general comunes a todos los países, son:

- La mayoría de los países tienen en cuenta las recomendaciones de los congresos internacionales sobre promoción y las incorporan en las líneas de actuación de cada país. El 49% de los países ha definido metas en promoción de la salud y desarrollan actuaciones del tipo “municipios saludables” en el ámbito local.

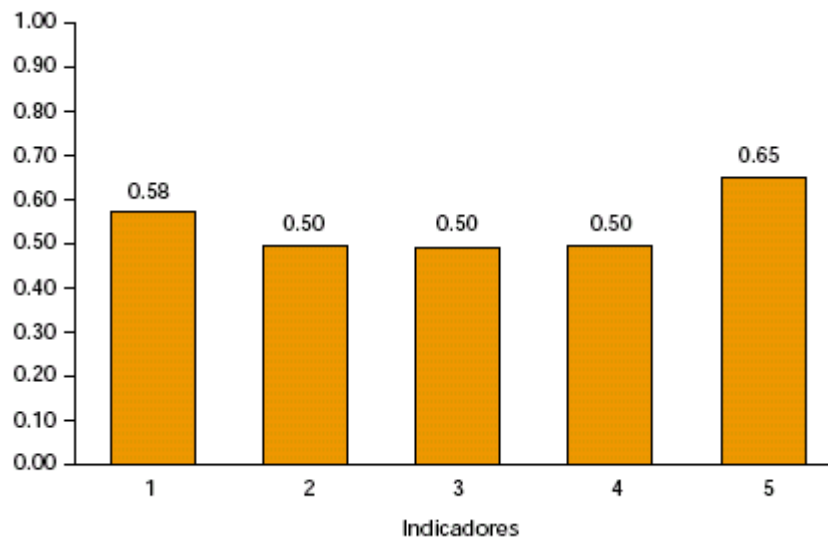
Gráfica 1. FESP en América



- Un área crítica es el bajo desarrollo de sistemas que estimulen la promoción en los niveles subnacionales. Solamente en un 23% de los países existen sistemas de reconocimiento y premios a la promoción, un 35% de los países cuenta con fondos “concurables”, dirigidos a estimular estas intervenciones, y el 76% financia actuaciones sobre la capacitación del personal en promoción.
- Si bien existen políticas y normas dirigidas a estimular comportamientos y ambientes saludables y se aboga por el desarrollo de políticas públicas saludables (especialmente en materia de medio ambiente), solamente el 43% de los países planifica anualmente actuaciones en este campo, lo cual puede explicar que los resultados observados sean escasos.
- En general, se observa una ausencia de análisis sistemático respecto del impacto de las políticas públicas sobre la salud de la población que permita actuar proactivamente para promover comportamientos y ambientes saludables. Solamente el 22% de los países dispone de recursos para medir el impacto de las políticas públicas en salud.
- Con relación a la alianza con otros actores y sectores, el 35% de los países menciona la existencia de planes de intervención concretos dirigidos a este fin y menos de la mitad de ellos evalúa periódicamente sus resultados y corrige el desarrollo de la intervención.
- En todos los países, la ASN apoya activamente el fomento de actividades de promoción de la salud, especialmente de educación para la salud en los niveles locales y se coordina con otros actores, aunque no se evalúan los resultados alcanzados. El uso de la televisión, la radio y la prensa escrita es común a la mayoría de las campañas llevadas a cabo por los países; solamente el 14% de los países declara haber realizado campañas por Internet.

- Destacan como debilidades en la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción el hecho de que solamente el 5% de los países haya desarrollado mecanismos de pago que incentiven la promoción, que ningún país haya promovido mecanismos de pago que estimulen la promoción en los seguros de salud y que en la mayoría de los países no se incluyan actuaciones para la promoción en los planes de salud. Además, se reconoce la ausencia de reconocimiento de la formación en promoción en los procesos de acreditación profesional en la salud.
- Las principales áreas críticas de la ASN para el apoyo a los niveles subnacionales están en la falta de planes basados en las necesidades de fortalecimiento de los niveles subnacionales para desempeñar la función de promoción, así como en la necesidad de mejorar la evaluación y las actuaciones de apoyo dirigidas a los niveles subnacionales (Gráfica 2). (5)

Gráfica 2. FESP 3: Promoción de la salud en América



A diferencia de los que sucede en la región de las Américas, en Colombia no se observa una línea suave en el recorrido de las FESP. Diferencias gigantescas se observan en la FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres, y el resto de las funciones; estas últimas, todas por debajo del promedio del continente. El mejorado desempeño de la FESP 11 se debe probablemente al gran trabajo realizado desde 1983 tras la tragedia de Armero, que permitió la creación del Comité Nacional de Atención de Emergencias y Desastres y la puesta en marcha de políticas de previsión, prevención y protección para estos eventos de tal manera que una tragedia como esa no se volviera a repetir.

Preocupa sin embargo el resto de dichas funciones, cuatro de ellas con un desempeño medio inferior y las seis restantes con un desempeño mínimo. La promoción de la salud, la investigación en salud pública y la participación de los ciudadanos en salud, todas estrategias de la APS recomendadas por la OMS no alcanzan siquiera el 15% de desempeño, poniendo en evidencia la poca viabilidad que podrá tener el sistema de salud Colombiano en el futuro de seguir así (Gráfica 3).

Gráfica 3. FESP en Colombia



Si bien se reconoce la existencia de mecanismos de incentivos a la promoción, en la práctica no se ha contado con recursos financieros para estimular estas acciones. Se destacan como fortalezas la implementación de normas y acciones para promover ambientes y políticas públicas saludables y contar con capacidades para medir el impacto en esta área, pero se reconoce que la autoridad nacional no tiene capacidad de convocatoria y liderazgo frente a otros sectores.

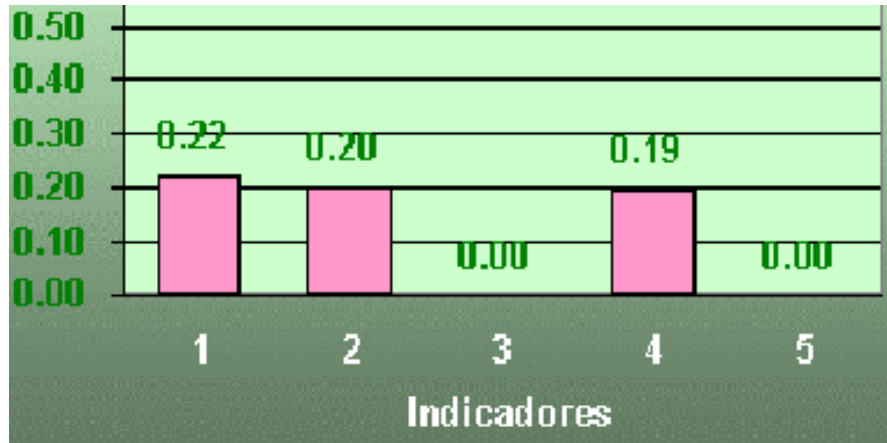
Con relación a la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción, si bien se ha discutido y revisado la importancia del tema, aún no se han desarrollado las acciones correspondientes para lograr el cambio en el modelo de atención. En este sentido, la atención primaria en salud que fue un ejemplo exitoso del modelo en el antiguo sistema de salud, aparece fragmentada en la actual reglamentación de la salud y la responsabilidad de su ejecución se diluye entre todos los planes de atención planteados.

Como otro antecedente se señala que las EPS devolvieron 63 millones por no ejecutar las acciones de promoción incluidas en el plan, lo cual es señal de que se requiere un mayor esfuerzo de la Autoridad Sanitaria para avanzar en este aspecto, especialmente en lo relativo a la dificultad de facturar las acciones de promoción.

No existe un sistema de evaluación válido, preciso y oportuno que proporcione datos confiables para formular y replantear estrategias basadas en evidencia, así como orientar la toma de decisiones en la planeación de nuevos proyectos.

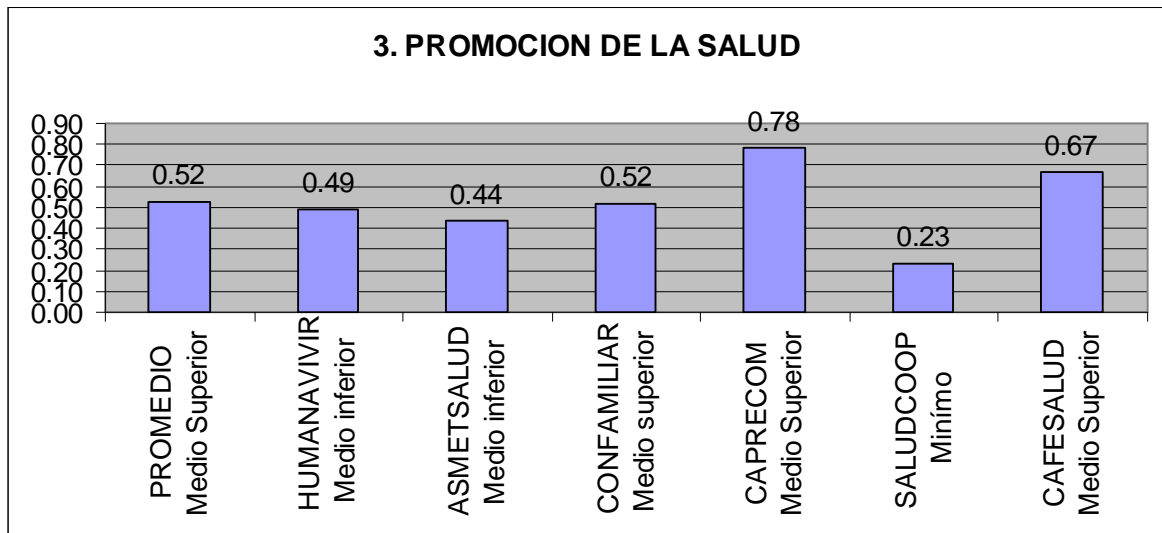
En general se reconoce que existe un debilitamiento de las funciones y estructura del Ministerio de Salud por compromisos internacionales, que ha llevado al debilitamiento de los procesos sociales y comunitarios que se venían impulsando (Gráfica 4). (4)

Gráfica 4. FESP 3: Promoción de la salud en Colombia



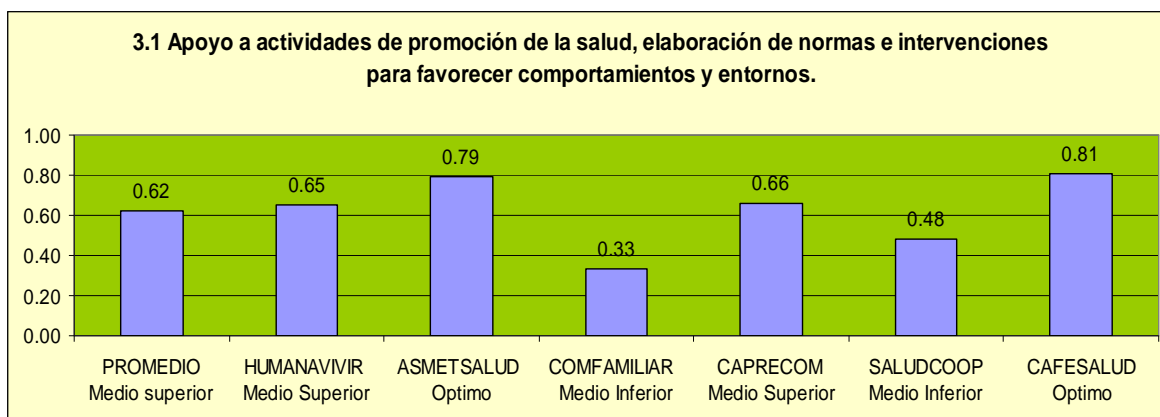
En el municipio de Neiva la función número 3 promoción de la salud presenta un desempeño promedio medio superior (0.53), rango 0.51-0.75 en el cual el 50% de las instituciones evaluadas se encuentran dentro del mismo rango y 0% el rango Optimo, 33% en el rango medio inferior; 16% en el rango mínimo. (Grafica 5))

Grafica 5. Promoción de la salud.



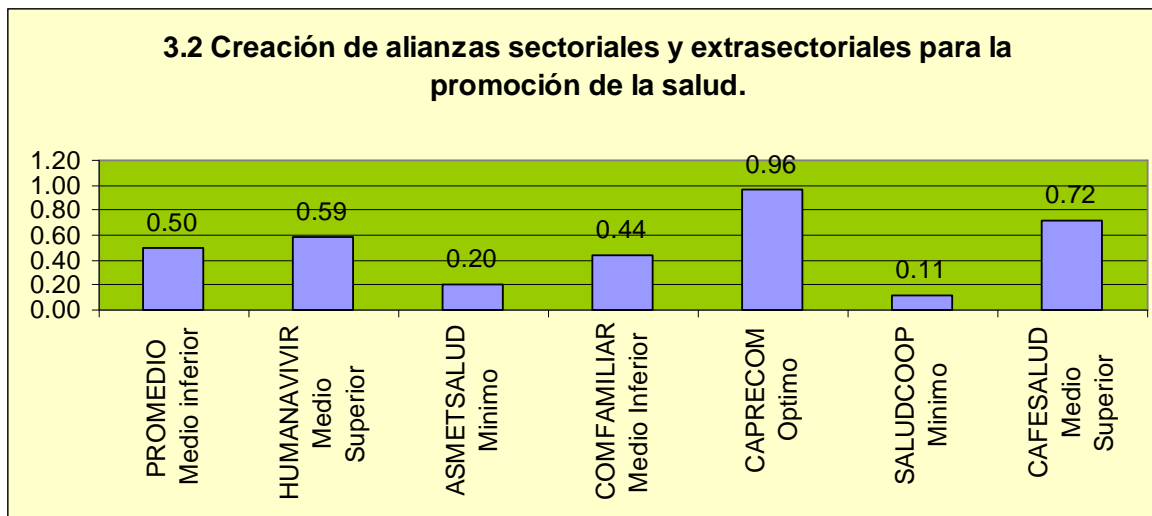
En relación con la variable 3.1 Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones para favorecer comportamientos y entornos, obtuvo un puntaje de 0.62 siendo calificado como medio superior (0,51-0,75), encontrándose el 50% dentro de este promedio, 16% dentro del rango óptimo, 33% dentro del rango medio inferior y 0% dentro del rango mínimo. (Grafica 6)

Grafica 6. 3.1 Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones para favorecer comportamientos y entornos.



En lo que respecta a la variable 3.2 Creación de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud vemos que se obtuvo un puntaje de 0.50 calificándose como medio inferior (0,26-0,50) encontrándose el 33% dentro del promedio, 33% dentro del rango óptimo, 33% dentro del rango medio superior y 0% dentro del rango mínimo (Grafica 7.)

Grafica 7. Creación de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud.



En relación a la variable 3.3 Planificación y coordinación municipal de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud vemos que se califico con una puntuación de 0.43 que hace relación a un desempeño medio inferior (0,26-0,50), coincidiendo el 50% con este promedio, 0% esta calificado dentro del rango óptimo, 33% dentro del rango medio superior y 16% en el rango mínimo. (Grafica 8).

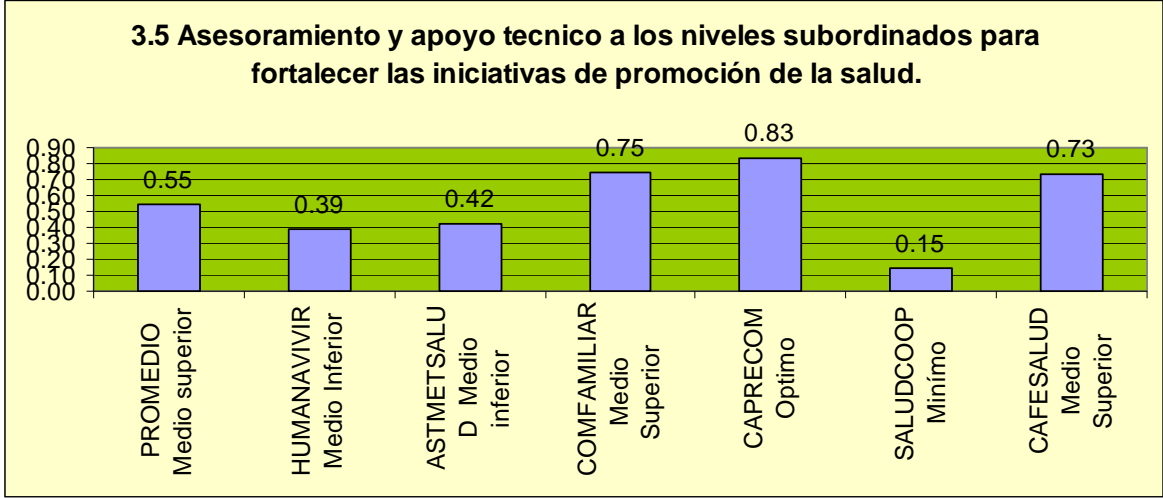
Grafica 8. 3.3 Planificación y coordinación municipal de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud.



En lo que respecta a la variable 3.4 Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción, no se valora en las EPSS debido a que la temática solo corresponde a la secretaria de salud municipal.

En relación con la variable 3.5 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subordinados para fortalecer las iniciativas de promoción de la salud vemos que se le asignó una puntuación promedio de 0.55, la cual la ubica dentro de un desempeño medio superior. Dentro del promedio se encuentra el 33% de las instituciones evaluadas, 16% se encuentran dentro del rango óptimo, 33% dentro del rango medio inferior y 16% dentro del rango mínimo. (Grafica 8)

Grafica 9. 3.5 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subordinados para fortalecer las iniciativas de promoción de la salud.



9. DISCUSIÓN

La discusión resulta a partir de la investigación salud pública en las Americas ya que este trabajo es el más grande e importante en el área que se haya hecho hasta el momento.

En este trabajo se obtuvo un puntaje de 0.54 para la función esencial número tres promoción de la salud, calificándose esta como desempeño medio superior en los países evaluados en América Latina, coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestro municipio la cual fue 0.50. Aunque los datos obtenidos resultan más bajos que el promedio latinoamericano, resultan mas alto que el promedio colombiano asignado por el estudio el cual fue 0.12 ubicándolo en un desempeño mínimo.

Cabe destacar que el estudio salud pública en las Americas solo se hizo con representantes y autoridades que manejaban la salud pública en ese entonces. En nuestro estudio local, lo hicimos con las entidades y oficinas directas que manejan la promoción y prevención la cual puede acercarnos a los datos de una manera más fidedigna.

En relación con el indicador número 1 apoyo a actividades de promoción de la salud a pesar que se obtuvo un promedio medio superior, hubo una submedición calificada como desempeño mínimo, la cual tenia relación sobre si la EPS poseía un sistema de información que fomentara la participación de la población afiliada . Este indicador en comparación con América latina fue similar (0.50 Neiva, 0.58 América latina). No resulto siendo así para el caso Colombiano el cual se calificó como desempeño mínimo.

Cuando se analiza el indicador número 2 creación de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud vemos que se obtuvo un resultado medio superior coincidiendo en el mismo rango obtenido para América latina, pero

una vez más difiriendo de los resultados para nuestro país que se califico como desempeño mínimo.

El indicador número tres que tiene que ver con la organización y planificación de las estrategias de comunicación social para la promoción de la salud se califico como medio inferior, coincidiendo en el mismo rango para América Latina pero difiriendo en el caso Colombiano que fue calificada como mínima. Llama la atención que en el caso local una de las submediciones relacionada con la disposición de materiales educativos y pagina Web dedicada para la promoción de la salud fue calificada como mínima.

En relación con el indicador número 5 en relación con el asesoramiento a los niveles subordinados para la promoción de la salud observamos que se obtuvo un desempeño medio superior que coincide con lo encontrado en América Latina, pero no coincide con lo hallado en el caso colombiano que fue calificado como desempeño mínimo.

Se considera que ha a partir de estos resultados parciales se puede inferir una similitud de las submediciones entre el municipio de Neiva y América Latina, pero no para el promedio Colombiano, pudiéndose explicar esto por las diferencias de metodologías entre los dos estudios. No obstante considerando el promedio de la función para nuestro municipio se considera que esta un poco lejos para el manejo de una promoción de la salud de una manera optima.

10.COCLUSIONES

De los resultados parciales de esta investigación se puede concluir que el manejo por parte de las ARS evaluadas en el municipio de Neiva en lo que tiene que ver con la promoción de la salud es considerada como medio inferior (0.49); evidenciando mayor fortaleza en el indicador número 1 (0.59) que guarda relación con el apoyo a actividades de promoción de la salud para favorecer entornos saludables y evidenciando mayor debilidad en el indicador número dos (0.41) que guarda relación con la creación de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud.

De los cuatro indicadores de la función esencial, ninguno se ubicó como desempeño óptimo. Tampoco ninguno se calificó como desempeño mínimo. Dos se calificaron como medio superior (1,5) y dos como medio inferior (2,3).

En lo que tiene que ver con los puntajes más altos y más bajos de las mediciones de los indicadores encontramos lo siguiente: La más alta tiene que ver con la medición 3.3.2 que tiene que ver con la capacidad de la ARS para medir el impacto de las estrategias de salud generadas por otros sectores en la salud (0.83 óptimo). La más baja tiene que ver con la 3.2.1 en donde la ARS debe tener instancias a donde lleguen representantes de los afiliados y otros sectores del Estado para crear estrategias en promoción (0.0 mínimo).

Estos resultados fueron similares cuando se compararon con datos del estudio salud pública en las Américas para América Latina, y fueron diferentes cuando se compararon los resultados de ese estudio para el caso colombiano y nuestros datos locales, los cuales podrían explicarse por diferencias en la metodología utilizados en estos dos estudios.

11.RECOMENDACIONES

Un objetivo fundamental de la promoción de la salud es aumentar el acceso a los factores protectores presentes en el ambiente, tales como el apoyo social, las comunidades seguras, las oportunidades laborales y una mayor educación, que puedan contribuir a atenuar algunas de las desigualdades sanitarias relacionadas con un nivel socioeconómico bajo o desfavorecido. Por todo lo anterior es necesario que las instituciones realicen los esfuerzos necesarios para mejorar las áreas críticas que el desempeño de esta función presenta.

Teniendo en cuenta que los sistemas de salud últimamente se están orientando hacia la atención primaria en salud, se hace necesario profundizar en estudios como este para la evaluación de la promoción de la salud ya que los actualmente disponibles son escasos y no se hace con base en una interventoría a las instituciones que manejan este tema ya que se limitan solo a evaluar o valorar la función.

Además que estos estudios se deben hacer, también se debe facilitar por parte de las instituciones tanto públicas como privadas que manejen el tema, para que los investigadores puedan tener un acceso directo y oportuno a la información, ya que esto en muchas ocasiones esto se ha convertido en un obstáculo para quienes realizan investigación.

Finalmente creemos necesario fortalecer los componentes curriculares en las carreras del área de la salud en lo que tiene que ver con promoción de la salud, ya que se ha evidenciado desconocimiento en tópicos importantes para el manejo del tema.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Atención primaria de la salud en las américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington D.C. 2003.
- (2) MUÑOZ Fernando. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev. Panam Salud Pública. 8 (1/2). 2000.
- (3) RESTREPO Helena. La promoción de la salud y la nueva práctica de la salud pública. Rev. Fac Nal Salud Pública. Vol. 14, (Jul. – sep. 1996).
- (4) COLOMBIA. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Dirección Nacional de Salud. Informe especial: Funciones esenciales de la salud pública en Colombia. 2002. p 1-2.
- (5) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud pública en las américas. Washington D.C. 2002 p 133-136.
- (6) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Dirección Nacional de Salud. Informe especial: Funciones esenciales de la salud pública en Colombia. 2002. p 3-6.
- (7) ZIGILIO E, HAGARD S, y GRIFFITHS J. Health promotion development in Europe: achievements and challenges. En: Health promotion international; 2000; p 143-154.
- (8) DOLL R y HILL AB. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. En: BMJ;1957; p 739-748.

(9)Declaración de Alma Ata (Kazajstán 1977). 23 de mayo del 2005.[Http://who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf](http://who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

(10)Conferencias anteriores. 23 de mayo del 2005.
[Http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jakarta.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jakarta.html).

(11)FRANCO Saúl. La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Santa fe de Bogota: Editorial universidad Nacional de Colombia; p 153-192.

(12) Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Santa fe de Bogotá, 1990. P. 18.

(13) Corte Suprema de Justicia. Sala Plena. Sentencia de 19. Mayo de 1988.

(14) MADRID, M. Derechos fundamentales. Escuela Superior de Administración Pública. Universidad del Estado. Departamento Administrativo del Servicio Civil. Instituto de Derechos Humanos "Guillermo Cano". Santa fe de Bogotá. 1992. Pp. 5-365.

(15) DE LA CALLE, H. Aspectos económicos en la nueva Constitución Política. Temas fundamentales. 2ª ed. Bogotá; Fundación Publicaciones Consigna. Octubre 1993. P. 168.

(16). FRANCO A. La salud al final del milenio. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. VI Congreso Latinoamericano y VIII Mundial de Medicina Social. Conferencia Juan César García. Guadalajara. Marzo 20-23, 1994. P. 19.

(17) LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PUBLICA.
[Http://www.col.ops-oms.org/desarrollo/funcionesesenciales.asp](http://www.col.ops-oms.org/desarrollo/funcionesesenciales.asp).

ANEXOS

ANEXO A. Operacionalización de variables

3.1. Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones para favorecer comportamientos y entornos.

3.2. Creación de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud.

3.3. Planificación y coordinación municipal de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud.

3.5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subordinados para fortalecer las iniciativas de promoción de la salud.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	CATEGORÍA	MEDICIÓN
3.2. Creación de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud	Fortalecimiento de alianzas intersectoriales con el fin de que las iniciativas promocionales sean más eficaces.	1. Dispone de un órgano de coordinación en la que convoca a los representantes de organizaciones comunitarias, al sector privado y a otros sectores del Estado con el fin de planificar iniciativas encaminadas a alcanzar las metas en materia de promoción de la salud.	Si, No	Nominal
		2. Dispone de la capacidad para medir el impacto de las políticas públicas generadas por otros sectores en la salud.	Si, No	Nominal
		3. Fomenta el desarrollo de políticas sociales y económicas saludables	Si, No	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	CATEGORÍA	MEDICIÓN
3.3. Planificación y coordinación regional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud.	El desarrollo de iniciativas de educación y comunicación social destinadas a promover condiciones, estilos de vida, conductas y ambientes saludables.	1. ha desarrollado y puesto en práctica, en los últimos doce meses, un programa para la educación de las comunidades destinado a promover iniciativas para mejorar las condiciones de salud de la población.	Si, No	Nominal
		2. Durante los últimos doce meses, ha puesto en marcha campañas de promoción a través de los medios de comunicación social.	Si, No	Nominal
		3. Pone a disposición de la población instancias dedicadas especialmente a suministrar información y materiales educativos para la promoción de salud (oficinas de información, páginas Web, líneas telefónicas especiales y otros medios alternativos).	Si, No	Nominal

<p>3.5. Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subregionales para fortalecer las iniciativas de promoción de la salud.</p>	<p>Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subregionales para fortalecer las iniciativas de promoción de la salud.</p>	<p>1. tiene capacidad y gente experta para fortalecer las iniciativas de promoción a los niveles subregionales.</p> <p>2. Evalúa las necesidades de especialistas en educación para la salud en los niveles subregionales.</p>	<p>Si, No</p> <p>Si, No</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>
--	--	--	-----------------------------	-------------------------------

ANEXO B. Instrumento dirigido a entidades promotoras de salud

CUESTIONARIO DIRIGIDO A EPS/ARS

3.1 Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones para favorecer comportamientos y entornos.

3.1.1 la EPS/ARS dispone de una formulación escrita de su política de promoción de la salud.

3.1.1.1 ¿Tiene en cuenta las recomendaciones expresadas en las conferencias internacionales sobre el tema?

3.1.1.2 ¿Incorpora las aportaciones de las tecnologías de la comunicación para promocionar la salud?

3.1.1.3 ¿Ha definido con claridad metas a corto y largo plazo en materia de promoción de la salud?

3.1.2 La EPS/ARS ha establecido un sistema para fomentar la participación de su población afiliada. La EPS/ARS ha realizado

3.1.2.1 ¿Una evaluación anual del sistema de promoción?

Si es así:

3.1.2.1.1 ¿Se modifica el sistema de acuerdo con los resultados de la evaluación?

3.1.2.2 ¿Reconocimientos departamentales o municipal de promoción?

3.1.2.3 ¿Financiación para la capacitación, la asistencia a actos de promoción, etc.?

3.1.2.4 ¿Fondos a los que se puede concursar para proyectos de promoción?

Puede dar un ejemplo de algún incentivo ofrecido en los últimos 12 meses a:

3.1.2.5 ¿Una institución privada?

3.1.2.6 ¿Una organización no gubernamental sin fines de lucro?

3.1.2.7 ¿Una organización comunitaria?

3.1.3 La EPS/ARS participa en el desarrollo de normas e intervenciones orientadas a promover entornos y comportamientos favorables dirigidas a su población afiliada. La EPS/ARS

3.1.3.1 ¿Ha identificado un conjunto de normas que promueven comportamientos y entornos saludables de su población afiliada?

3.1.3.2 ¿participa anualmente en el curso de acción para la elaboración de normas que promuevan comportamientos y entornos saludables de su población afiliada ?

3.1.3.3 ¿Dispone de una estrategia para fomentar el desarrollo de intervenciones que promuevan comportamientos y entornos saludables de su población afiliada?

Si es así:

3.1.3.3.1 ¿Puede mencionar algún ejemplo de este tipo de intervenciones puesto en práctica en los últimos doce meses?

3.1.3.3.2 ¿Evalúa por lo menos una vez al año los resultados obtenidos?

3.1.3.3.3 ¿Modifica el curso de acción de acuerdo con los resultados de la evaluación?

3.2 Creación de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud

3.2.1 La EPS/ARS dispone de un órgano de coordinación en la que convoca a los representantes de su población afiliada, y a otros sectores del Estado con el fin de planificar iniciativas encaminadas a alcanzar las metas en materia de promoción de la salud.

3.2.1.1 ¿Existe un plan de acción con responsabilidades explícitas de los actores integrados en este órgano de coordinación?

Si es así:

3.2.1.1.1 ¿El plan está diseñado teniendo en cuenta el perfil del estado de salud y el perfil de las necesidades de salud del municipio ?

3.2.1.1.2 ¿Se _evalúan periódicamente los progresos del plan de promoción y se comunican los resultados de esta evaluación a los miembros del órgano de coordinación?

3.2.1.1.3 ¿Se incorporan al plan las acciones correctivas derivadas de la evaluación?

3.2.1.1.4 ¿Se da cuenta anualmente de las actividades del órgano de coordinación?

3.2.1.2 La EPS/ARS de salud, ¿ha desarrollado en los últimos doce meses alguna actividad municipal de promoción junto con otra organización o sector?

Si es así, la EPS/ARS de salud

3.2.1.2.1 ¿Ha evaluado la relación intersectorial establecida y los resultados de la alianza?

3.2.1.2.2 ¿Ha comunicado a sus asociados y afiliados los resultados de esta evaluación?

3.2.1.2.3 ¿Ha implantado medidas correctivas para mejorar los resultados en función de esta evaluación?

3.2.2 La EPS/ARS dispone de la capacidad para medir el impacto de las estrategias de salud a su población afiliada generadas por otros sectores en la salud.

La EPS/ARS

3.2.2.1 ¿Cuenta con personal capacitado para el análisis epidemiológico de fenómenos multifactoriales en su población afiliada?

3.2.2.2 ¿Cuenta con recursos asignados para medir el impacto de las estrategias en la salud?

3.2.3 La EPS/ARS fomenta el desarrollo de estrategias sociales y económicas saludables.

Las EPS/ARS

3.2.3.1 ¿Identifica y promueve la definición y ejecución de las estrategias de mayor impacto probable en la salud de las personas y del ambiente?

3.2.3.2 ¿Efectúa el seguimiento del impacto en la salud de las estrategias sociales y económicas prioritarias y lo analiza?

Si es así, puede dar un ejemplo evaluación del impacto en la salud realizado por la EPS/ARS en materia de:

3.2.3.2.1 ¿estrategias ambientales?

3.2.3.2.2 ¿estrategias económicas?

3.2.3.2.3 ¿estrategias sociales?

3.2.3.3 ¿Proponga el refuerzo de las políticas públicas para obtener el máximo beneficio para la salud de las personas y del ambiente?

Si es así, puede mencionar un ejemplo de impulso realizado por la secretaria en materia de:

3.2.3.3.1 ¿Políticas ambientales?

3.2.3.3.2 ¿Políticas económicas?

3.2.3.3.3 ¿Políticas sociales?

3.3 Planificación y coordinación municipal de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud

3.3.1 La EPS/ARS ¿Ha desarrollado e implementado, en los últimos 12 meses, una agenda para la educación de las comunidades dirigidas a estimular iniciativas para mejorar las condiciones de salud de la población afiliada?

En todo caso, esta agenda u otras iniciativas de educación:

3.3.1.1 ¿Se desarrolla en colaboración con otras instituciones públicas?

3.3.1.2 ¿Incluye instituciones privadas?

3.3.1.3 ¿Incluye los aportes de las comunidades?

3.3.1.5 ¿Incluye las recomendaciones y acuerdos internacionales más importantes en promoción de salud?

- 3.3.1.6 ¿Asegura la coherencia nacional de las acciones de promoción?
- 3.3.1.7 ¿Incluye acciones dirigidas a hacer accesible la promoción a grupos culturalmente diversos?

3.3.2 La EPS/ARS ¿Ha implementado campañas de promoción por los medios de comunicación social, durante los últimos 12 meses?

En todo caso, las campañas incluyeron:

3.3.2.1 ¿Prensa escrita?

3.3.2.2 ¿Radio?

3.3.2.3 ¿Televisión?

3.3.2.4 ¿Internet?

3.3.2.5 ¿Se evaluó el resultado de las campañas mediante encuestas poblacionales o técnicas de grupos focales?

Si es así, se evaluó:

3.3.2.5.1 ¿La comprensión de los mensajes?

3.3.2.5.2 ¿El acceso a los mensajes?

3.3.2.5.3 ¿Los resultados en términos de cambios en el conocimiento de la población?

3.3.2.5.4 ¿ Los resultados en términos de cambios en el comportamiento?

3.3.2.5.5 ¿Se incorporaron los resultados de la evaluación en la planificación de las próximas campañas?

3.3.3 La EPS/ARS ¿Pone a disposición de la población afiliada instancias especialmente dedicadas a entregar información y materiales educativos para la promoción de salud (Oficinas de información, paginas web, líneas telefónicas dedicadas y otros medios alternativos)

En todo caso:

3.3.3.1 La EPS/ARS ¿Dispone de una Página Web dirigida a entregar información útil para la promoción de la salud?

Si es así,

3.3.3.1.1 ¿Se evalúa periódicamente (al menos cada seis meses) la utilización de la página por parte de los usuarios considerando el número de "hits" y las opiniones de los usuarios?

3.3.3.2 ¿ Se ha actualizado los materiales educativos distribuidos en esta instancia en los últimos 12 meses a partir de los resultados de la evaluación?

3.3.3.3 ¿Se ha evaluado la gestión de la oficina de información y su utilidad para la población en los últimos 12 meses?

3.3.3.4 ¿Se evalúa periódicamente los resultados obtenidos?

3.3.3.5 ¿Dispone la EPS/ARS de una línea telefónica dedicada para entregar mensajes de promoción de salud?

Si es así,

3.3.3.5.1 ¿Se evalúa el uso de la línea telefónica al menos c/6 meses?

3.3.3.6 La EPS/ARS ¿Evalúa la utilidad de los otros medios alternativos en uso?

3.5 Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subordinados para fortalecer las iniciativas de promoción de la salud. (Acu 117. art 12, 14, 22)

3.5.1 Tiene capacidad y gente experta para fortalecer las iniciativas de promoción a los niveles subordinados. (Acu 117. art 12)

Tiene capacidad y experiencia en las áreas siguientes:

3.5.1.1 ¿Promoción de la salud en el lugar de trabajo?

3.5.1.2 ¿Educación para la salud?

3.5.1.3 ¿Trabajo con grupos?

3.5.1.4 ¿Comercialización social?

3.5.1.5 ¿Colaboración y fomento de la sensibilización en los medios de comunicación de masas? Se refiere a compromisos de desempeño de los usuarios y proveedores de los servicios para preservar la salud con hábitos y conductas saludables.

3.5.1.6 ¿Técnicas de comunicación?

3.5.1.7 ¿Creación de materiales educativos para la promoción de la salud adaptados a culturas diversas?

Si es así: (Acu 117. art 22)

3.5.1.7.1 En los últimos doce meses, ¿se han revisado los materiales educativos en uso con el fin de evaluar si son adecuados a los conocimientos actuales sobre los temas que se tratan y a la formulación de los mensajes?

3.5.1.7.2 ¿Se han evaluado los materiales para valorar si se adecuan a las diversas realidades existentes en el municipio?

3.5.1.8 ¿Se ha comunicado a los niveles subordinados la existencia de materiales y apoyo experto en el nivel superior y la disposición de asesoramiento con respecto a los esfuerzos en el terreno de la promoción de la salud?

3.5.1.9 ¿Se ha asesorado a los niveles subordinados en la preparación de actividades promocionales específicas en los últimos doce meses?

3.5.2 Evalúa las necesidades de especialistas en educación para la salud en los niveles subordinados. (Acu 117. art 14)

3.5.2.1 ¿Ha formulado un plan de desarrollo de la capacidad necesaria en cada nivel?

3.5.2.2 ¿Ha evaluado los resultados del plan y ejecutado acciones acordes con los resultados de la evaluación?

3.5.2.3 ¿Tiene acceso a instalaciones y equipos que permitan desarrollar materiales educativos?

Si es así, se tiene acceso a:

3.5.2.3.1 ¿Programas informáticos de diseño gráfico?

3.5.2.3.2 ¿Profesionales capacitados para usar esta tecnología?

3.5.2.4 ¿Establece la coordinación con actores capacitados para desarrollar iniciativas de promoción de la salud?

Si es así:

3.5.2.4.1 ¿Puede dar ejemplos de iniciativas coordinadas con estos actores sociales durante el último año?

3.5.3 Utiliza medios y tecnologías que permitan potenciar el impacto y la accesibilidad a la promoción de la salud en el municipio. (Acu 117. art 12)

Utiliza medios y tecnologías tales como:

3.5.3.1 ¿Programas de radio?

3.5.3.2 ¿Teatro educativo popular?

3.5.3.3 ¿Programas de televisión?

3.5.3.4 ¿Videoconferencias?

3.5.3.5 ¿Profesionales capacitados para usar estos medios y tecnologías?

ANEXO C. Consentimiento informado

Estimado participante:

Estudiantes de pregrado del Programa de Medicina de la Universidad Surcolombiana como parte de los requisitos de grado llevarán a cabo una investigación para Valorar la función esencial de la salud pública “promoción de la salud” en el municipio de Neiva.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar un cuestionario para lo cual se le otorgarán cinco (5) días hábiles. Dicho cuestionario está basado en el proyecto “LA SALUD PUBLICA EN LAS AMERICAS” realizado por la Organización Panamericana de la Salud en el periodo 2000 - 2001 con participación de varios países latinoamericanos. El análisis de resultados de ésta investigación no generará ningún reconocimiento para usted ni acarreará ningún tipo de sanción dada la naturaleza académica del estudio.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar al 300 3610912 - 3172140017 o con mi director de investigación Dr. Pedro Reyes Gaspar.

Investigador(a) principal

Jairo Lima Mora

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio Valoración de la función esencial de la salud pública “promoción de la salud” en el municipio de Neiva, Huila. He recibido copia de este procedimiento.

Firma del participante

Entidad o Institución

Fecha

ANEXO D. Modelo administrativo

CRONOGRAMA

Actividades	MES															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Anteproyecto	■	■														
Arqueo bibliográfico		■	■	■	■			■	■							
Elaboración del marco teórico		■	■	■	■			■	■							
Diseño Metodológico					■	■	■	■								
Elaboración del cuestionario								■	■							
Prueba del Cuestionario										■						
Selección de la muestra										■						
Realización de las entrevistas											■	■				
Plan de tabulación										■						
Tabulación y codificación												■	■			
Análisis de datos													■	■		
Redacción del borrador														■	■	
Revisión del manuscrito															■	
Presentación del informe																■

PRESUPUESTO

Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación.	
PERSONAL	\$ 1.200.000,00
EQUIPOS	\$ 3.070.000,00
SOFTWARE	\$ 25.000,00
MATERIALES	\$ 55.000,00
SALIDAS DE CAMPO	\$ 40.000,00
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	\$ 57.000,00
TOTAL	\$ 4.447.000,00