

## ***Percepciones de los efectos de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia***

**Rocío Carvajal, Enf., MSP.<sup>1</sup>, Gustavo Alonso Cabrera, Fon, MSPH, Dr.SP<sup>1,2</sup>,  
Janeth Mosquera, Trab. Social, Mag. Trab. Social<sup>1</sup>**

### **RESUMEN**

**Antecedentes:** La reforma en salud en Colombia tuvo un profundo efecto en los programas de salud pública. Los cambios en la estructura organizativa y en las actividades de intervención en las acciones de control de la tuberculosis (TBC) fue provocado por el surgimiento de nuevos actores en la prestación de servicios, el diseño de nuevos planes de salud, la diversificación y ambigüedad de responsabilidades y la descentralización del sistema.

**Objetivo:** Conocer las percepciones que tienen actores clave del control de la tuberculosis acerca de los efectos generados por la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia.

**Materiales y métodos:** Se presentan los hallazgos cualitativos de un estudio de caso. La técnica de recolección de información fue la entrevista semi-estructurada. En total se entrevistaron 15 informantes clave, todos personal de salud responsables de las acciones de control de la tuberculosis en el ámbito nacional, departamental y local.

**Resultados:** Los efectos negativos más relevantes de la implementación del SGSSS en las acciones de control de la TBC fueron: falta de voluntad política, corrupción en el manejo de los recursos, pobre destreza en el desarrollo técnico-administrativo, deficiencia del Estado en las actividades de supervisión a nivel local, inadecuado cumplimiento del Estado en sus obligaciones administrativas y financieras. La diversificación de las fuentes de financiación para salud fue descrita como factor facilitante porque incrementa la distribución de los recursos en las acciones de control.

**Discusión:** La reducción del papel del Estado en las actividades de regulación y control fue percibido como el principal efecto. La introducción de nuevos actores en la entrega de servicios de salud y el aumento de la distribución de los recursos en las acciones de la TBC no dieron los efectos positivos esperados y la cantidad y calidad de las acciones se redujeron.

Palabras clave: Reforma del sector salud; Tuberculosis; Estado; SGSSS Valle.

Las reformas en el sector salud influyen en la organización, planeación, ejecución y financiación de la prestación directa de los servicios de atención a la población, así como en los programas de salud pública. La evaluación de los efectos de las reformas es relevante, porque permite la identificación de avances y cumplimiento de los objetivos planteados. En Colombia, el panorama sectorial de la década de 1990,

revela que los programas de salud pública, como el de la tuberculosis (TBC), pasaron de ser programas verticales de control, que contaban con una estructura organizativa propia, manejada desde el nivel central del Estado, a ser intervenciones según paquetes de prestación de servicio, acordes con el régimen de afiliación de los usuarios e integrado con el sistema de salud del municipio<sup>1,2</sup>.

La TBC, por su impacto en la salud colectiva, en Colombia se considera una enfermedad de interés en salud pública, por lo cual amerita atención y seguimiento especial, con el fin de garantizar su control y la reducción de las complicaciones<sup>3,4</sup>.

En países como Brasil, Kenya, República Checa, Bangladesh, Sur África y Zambia, se han descrito los efectos de las reformas sectoriales en los programas de TBC<sup>5-10</sup>. Entre los efectos negativos encontrados se destaca el pobre reconocimiento político del problema, la insuficiente competencia técnica para

1. Investigador División de Salud Fundación FES-Social, Cali E-mail: rocaba70@fundacionfes.org e-mail: jamosquera@fundacionfes.org

2. Profesor Asociado, Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) Universidad de Antioquia, Medellín. e-mail: gcabrera@guajiros.udea.edu.co

Recibido para publicación febrero 26, 2004 Aprobado para publicación agosto 6, 2004

el manejo de la TBC, la elusión de responsabilidades por parte de los nuevos actores en salud, la baja asignación de recursos para el manejo de la enfermedad y las dificultades en el suministro de los medicamentos antituberculosos. Como aspectos positivos los estudios indican la ampliación de la atención de TBC al sector privado, la participación de organizaciones y trabajadores comunitarios con lo cual se ha aumentado, en algunos casos, la cobertura y la calidad en las acciones de control de la TBC<sup>5-11</sup>.

En Colombia, la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, en convenio con la Universidad del Valle, financió la ejecución de un estudio para determinar los efectos que la implementación del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ha producido en las acciones de control de la TBC en el departamento del Valle del Cauca. Los resultados sobre el componente cuantitativo ya fueron publicados<sup>12</sup>.

Este estudio, parte de cuyos resultados se presentan en este artículo, tuvo como propósito identificar las percepciones que tienen actores clave involucrados en el SGSSS, sobre los efectos de la implementación del nuevo SGSSS. Los resultados del estudio, contribuyen a indicar elementos para mejorar la planeación e implementación de las acciones de control de la enfermedad, teniendo como eje la participación comunitaria<sup>4</sup>.

## MÉTODOS

Este estudio cuali-cuantitativo se llevó a cabo en siete municipios del Valle del Cauca (Cartago, Tuluá, Zarzal, Trujillo, Buenaventura y Cali), que representan los cuatro polos geográficos de la región y concentran 80% de la población total del departamento además de 80% de los casos de TBC infor-

mados. La información se recolectó entre abril y junio de 2002.

La estrategia de investigación utilizada fue el estudio de caso y la técnica de recolección de información fue la entrevista semi-estructurada. Inicialmente se hizo un muestreo propositivo y se seleccionaron 16 informantes clave del ámbito nacional, departamental y local involucrados en las acciones de control de la TBC de los niveles políticos, administrativos, operativos y de asesoría.

Durante la fase cuantitativa del estudio, los encuestadores identificaron los informantes clave, quienes se seleccionaron teniendo en cuenta el criterio de ser funcionario del sector salud (público y privado) responsable del manejo de las acciones de la TBC en la década de 1990.

Una vez seleccionados los informantes, se estableció con ellos contacto vía telefónica para comunicarles los objetivos, métodos y beneficios del estudio, conseguir su consentimiento para participar y finalmente, acordar una cita. El total de informantes-clave entrevistados fue 15 de los 16 previstos.

La entrevista tuvo como objetivo explorar las percepciones de los entrevistados con respecto a los efectos que la reforma en salud produjo en las acciones de control de la TBC. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora. Todas se grabaron en audio, previa autorización de los participantes y se transcribieron en Word versión 7.0. En el análisis se suprimieron apartes de la entrevista cuando el informante clave lo solicitó.

Para el análisis de la información, se tomó la transcripción completa de las entrevistas de Word versión 7.0 y se transportó a Ethnograph versión 5.0<sup>13</sup>, realizándose una categorización inductiva de los efectos de la reforma en las acciones de la TBC teniendo en cuenta los factores políticos, adminis-

trativo (en entes territoriales y en administradoras de cada régimen de salud), financieros y técnicos.

Surgieron algunas categorías y subcategorías nuevas de forma deductiva del proceso de la revisión permanente de los datos. A partir de la información almacenada en la base de datos, se establecieron las relaciones entre categorías y se propusieron explicaciones para los hallazgos.

## RESULTADOS

El grupo de entrevistados estuvo conformado por asesores nacionales, administradores de nivel nacional, departamental y local, y personal técnico de salud encargado de las acciones de control de la TBC en los siete municipios del estudio.

Para la descripción de los efectos de la implementación del SGSSS, se tuvo en cuenta la situación del *antes* y el *después* de la reforma. El antes lo representó el antiguo Sistema Nacional de Salud y el después el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Factores administrativos.** Reducción del personal de salud y asignación de la coordinación de las acciones de la TBC en recurso humano no idóneo. Hubo consenso entre los entrevistados que antes de la implementación de la reforma en salud, existían más recursos tanto financieros como humanos para el desarrollo de acciones en la TBC. Estos recursos se reflejaban en las campañas directas de promoción y prevención que se realizaban desde el nivel central del Estado, que eran clave en el cumplimiento de las actividades propuestas para el control de la enfermedad por parte de las instituciones de salud. De igual manera, el grupo de entrevistados considera inexistente la coordinación administrativa de las acciones de control en los municipios después de la reforma; ésta se encuen-

tra bajo la responsabilidad de personas que no poseen capacidad técnica-administrativa, ni idoneidad para trabajar en este tipo de programas y, especialmente, en el programa de TBC.

**Pérdida del papel de las entidades estatales de control y regulación para las actividades de TBC.** Referente al papel de las entidades estatales en el control y regulación de las actividades de TBC, después de implementada la reforma, la mayoría de los entrevistados percibieron que la descentralización y las políticas de reducción del Estado, desmantelaron el programa vertical de la TBC, pues contaba con una estructura organizativa propia encargada de realizar las labores de control, supervisión y sanción; con ello, se afectó de manera negativa el cumplimiento de estas actividades.

Igualmente, con la desintegración de la estructura administrativa del programa de TBC en el nivel nacional y departamental, los entrevistados consideraron afectadas las acciones de planeación, regulación y control de las actividades de la TBC que se realizaban en los municipios, debido a la asignación de la responsabilidad en salud a entes municipales que aún no cuentan con capacidad técnica para asumirla provocando resultados negativos para la salud pública en Colombia.

Uno de los entrevistados ilustra lo anterior planteando que:

“...en el Sistema Nacional de Salud había una estructura, con todos los problemas que podía tener, pero en cierta forma muy calificada y esas...(sic) y estaba la estructura. Mientras que ahora se cambia de una forma a otro, sin haber una transición. Se le dice al municipio usted tiene que asumir estos... mucha gente en el municipio no sabe cómo asumirlo exactamente...”

**Desintegración del sistema de información y monitoreo.** Algunos de los entrevistados consideran que des-

pués de implementada la reforma, el sistema de información y monitoreo de las acciones de la TBC se vio afectado, y refieren que esto se refleja en la no claridad de la frecuencia y el flujo de la información, ni su utilidad. Además, algunos de ellos consideran que las entidades estatales no tienen claridad de las acciones realizadas por los nuevos actores con respecto al programa de TBC, en parte por la ausencia de informes de estas instituciones y, también por el débil papel regulador de las secretarías de salud municipales y departamentales.

#### **Factores políticos**

##### **Manejo “polítiquero” de la salud.**

La mayoría de los entrevistados expresó que por las oportunidades de cambio o movilidad de personal que produjo la reforma, en algunos casos se le dio un manejo clientelista a la asignación de las nuevas responsabilidades al personal de salud. Ello dificultó la continuidad del personal ya capacitado y debilitó el programa de TBC.

**En la agenda pública el tema de la TBC no es prioridad.** El total de los entrevistados expusieron que no existe interés por parte de los directores o tomadores de decisión en salud hacia el tema de la TBC y enfatizaron que esto se ve reflejado en los planes de atención básica (PAB) donde son mínimas o inexistentes las actividades diseñadas en TBC; se expresaron diferentes ejemplos entre ellos la captación de sintomáticos respiratorios, lo que consideran algunos de ellos que puede estar reflejándose en los resultados negativos actuales de esta enfermedad en el departamento.

#### **Factores financieros**

**Elusión de responsabilidad con las acciones de la TBC por parte de las EPS y las ARS.** Igualmente, la mayoría de los entrevistados opinan que las actividades de la TBC no tienen ningún tipo de inversión de recursos por parte

de las EPS y las ARS, y refieren que, a pesar de que el Estado asigna los recursos para la administración de los riesgos en salud de los afiliados, las aseguradoras están evitando invertirlos y lo toman como un factor de ganancia, continuando la remisión de los pacientes al sector público, para que se sigan haciendo cargo de ellos.

**Disminución y dilución de los recursos para la TBC por parte del Estado.** Con respecto al tema de financiación se encontraron opiniones diversas entre los entrevistados. Los que cumplen funciones administrativas y operativas de las acciones de control, consideran que con la implementación de la reforma en salud los recursos para el programa se vieron afectados por recortes presupuestales desde el nivel nacional, así como por la falta de planeación de los actores locales en la distribución del gasto; de otro lado, los entrevistados pertenecientes al sector político y de asesoría nacional del programa, refirieron que la dificultad de financiación se debe a la dilución de los recursos y la ausencia de coordinación financiera entre los diferentes actores de la salud.

#### **Factores técnicos**

**Actores no idóneos que realizan procesos irregulares en salud afectando las actividades de control de la TBC.** Los entrevistados pertenecientes al nivel administrativo y técnico perciben que las acciones de control de la TBC se han delegado a actores poco idóneos, como los entes territoriales, las administradoras de salud o las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) sobre todo privadas, lo cual consideran han afectado las actividades de control, que se han visto reflejadas entre otros, en acciones irregulares de captación de sintomáticos respiratorios, estudios de contactos y adherencia de pacientes con TBC a los esquemas de medicación.

**Elusión de responsabilidad con las acciones de la TBC por parte de EPS y ARS.** De otro lado, la implementación de la reforma en salud trajo consigo cambios en las estructuras administrativas de los programas de salud y se le asignó a los entes territoriales y a las EPS y ARS la responsabilidad del diseño e implementación de las actividades de control de TBC. Pese a estas determinaciones, la mayor parte de los entrevistados perciben que el sector privado representado en las EPS y ARS, a pesar de tener una gran participación en el sistema de salud han confundido su responsabilidad inicial de administrar salud y han desarrollado un concepto de administrar dinero, lo que consideran afecta negativamente la calidad del servicio de salud que se presta, sobre todo en enfermedades de interés en salud pública como la TBC. Este abordaje de las EPS y ARS es percibido por algunos de los entrevistados, como una dificultad para la puesta en marcha de las normas de obligatorio cumplimiento para enfermedades de interés en salud pública, porque piensan que muchas de estas administradoras creen que estas acciones son responsabilidad de la red pública de salud.

Por lo anterior, la mayor parte de los entrevistados creen que esta elusión de responsabilidad por parte de las administradoras, ha generado en los diferentes actores del sistema de salud la concepción de una disminución de las actividades de los programas de control como el de la TBC, lo que hace suponer que ha generado situaciones de riesgo tanto para la salud de las personas, como para el éxito del programa.

De manera complementaria algunos entrevistados opinan que con la implementación de la reforma se pretendió mejorar la oferta de servicios de salud, la percepción es que a pesar de que se incluyó al sector privado con la participación de sus IPS para la amplia-

ción de la oferta en TBC, sigue centrándose con mayor frecuencia en el sector público la responsabilidad de las acciones para esta enfermedad.

**Disminución en los indicadores de seguimiento y gestión de TBC.** La percepción general de los participantes en el estudio es que los indicadores de seguimiento y gestión de la TBC a partir de la implementación de la reforma, han tenido una tendencia a la baja, o lo que es más preocupante, a la no realización de actividades y, por ende, al no informe de las mismas.

*«...En general, pienso que lo que son los programas después de establecida la Ley 100 y el modelo de traslado de la responsabilidad hacia los entes locales, no solamente el programa de TBC sino en general todos los programas, se cayeron. No es gratuito que uno haya visto problemas de difteria, los problemas de sarampión... ¿por qué? se trasladaron unas responsabilidades, pero mucha gente en el municipio no sabe cómo asumirlo exactamente...»*

**Barreras de acceso a los servicios de la TBC por parte de las EPS-ARS.** Finalmente, la mayoría de los informantes-clave expresaron que la tramitología es una barrera de acceso a los servicios de salud, que se presenta con más frecuencia en las EPS y ARS, lo cual es percibido como una causa del deterioro del programa. Opina un trabajador de la salud:

*«Es decir, las administradoras comienzan a decir qué servicio monta y en qué lugar, entonces empieza a pasar la radiografía en un sitio, la baciloscopia es en otro, el tratamiento es en el otro, entonces el paciente se aburre... se mama... se va...»*

## DISCUSIÓN

Los resultados del estudio sobre las percepciones de los tomadores de decisión acerca de los efectos de la reforma

del sector salud sobre las acciones control de la TBC en el Valle del Cauca, muestran que la reforma ha tenido un impacto negativo en los programas, sobre todo en lo referente al papel que el Estado venía cumpliendo, a la incurción de nuevos actores y en la calidad y cantidad de los procesos y resultados de las acciones de la TBC.

En el primer caso, como en otras experiencias<sup>14</sup>, se redujo el papel de dirección, planeación, control y regulación de las acciones de control de la TBC por parte del Estado. En el caso colombiano, sobre todo en el Valle del Cauca, los actores del sistema sugieren que los entes públicos de salud municipales y departamentales no tienen una estructura clara para el manejo del programa de la TBC, que refleja su falta de capacidad administrativa y operativa y dificulta su relación con los nuevos actores en salud (EPS, ARS e IPS privadas). En países como Brasil<sup>5</sup>, se determinó que la ausencia de monitoreo de la implementación del sistema local de salud, así como la poca capacidad operativa, afectó las actividades del control de la TBC, sobre todo en la identificación de casos.

Aunque se esperaba que la inclusión de nuevos actores y nuevas fuentes de financiamiento condujera a mejorar y aumentar las acciones de control de la TBC, la percepción es que estos nuevos actores tienen poco interés en desarrollar actividades de promoción y prevención, especialmente en enfermedades como la TBC, pese a la responsabilidad que el nuevo sistema de salud les asignó. Ello afecta de manera significativa y negativa el cumplimiento de las metas en salud.

De igual manera, la referencia por parte de los actores del sistema acerca de la ineficiencia en el manejo de los recursos financieros, así como la no inversión de los recursos para promoción y prevención tanto en las EPS y

ARS como en las entidades estatales municipales y departamentales, ha afectado los procesos de control de enfermedades tan importantes como la TBC.

En Colombia el anterior fenómeno ya había sido descrito por otros autores<sup>15</sup>, donde en una muestra de municipios se encontró que las bajas coberturas por parte de los programas de promoción y prevención se debieron a una evasión de responsabilidades y recursos por parte de las aseguradoras como también de las secretarías municipales y departamentales de salud.

Otro escenario fue el presentado en países como Brasil<sup>5</sup>, Kenia<sup>6</sup> y Zambia<sup>10</sup>, en donde las actividades de la TBC se vieron afectadas porque la implementación de la reforma produjo reducción de la financiación en los programas de TBC por parte de los gobiernos. Por el contrario, se informa que en Bangladesh<sup>8</sup> la reforma en salud permitió un fortalecimiento de las actividades del programa de TBC debido a una alianza conjunta entre el gobierno nacional de ese país y organizaciones internacionales en salud.

Con respecto a la reducción de la cantidad y calidad de los procesos y resultados de las acciones de la TBC, la percepción de los entrevistados es que ello es producto de un personal administrativo y operativo de las actividades de control, sin ninguna preparación ni manejo del nuevo escenario para el control de la enfermedad, resultado similar encontrado por Ayala y Kroeger<sup>16</sup> en los departamentos de Antioquia y de la costa atlántica colombiana en donde nuevos actores como las EPS y ARS por lo general, están administradas por personal sin ninguna concepción de lo qué es salud y sobre todo lo que es salud pública.

Finalmente, se espera que el personal encargado del direccionamiento de las acciones de control de la TBC en el departamento del Valle del Cauca plan-

tee una agenda de trabajo donde confluyan los diferentes actores del sistema y se expongan acciones encaminadas al manejo coordinado de las actividades de control de la enfermedad tanto en la parte técnica como en la financiera.

### AGRADECIMIENTOS

Al convenio interadministrativo Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca-Facultad de Salud, Universidad del Valle, año fiscal 2001, por la financiación realizada a esta investigación. A Jorge Ernesto Victoria, funcionario de la OPS en Bucaramanga y a Ernesto Jaramillo, asesor de la OMS en Ginebra, por la asesoría técnica en la formulación y consolidación del estudio. A Carlos Alfonso Osorio, Director de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, por el acompañamiento administrativo y financiero en la ejecución del proyecto en el marco del convenio y a los funcionarios de la Secretaría Departamental e instituciones de salud del departamento.

### SUMMARY

**Background:** The health sector reform in Colombia had a deep effect on public health programmes. Changes on organizative structure and intervention activities for Tuberculosis control (TBC), have been caused by the emergence of new actors involved in health services delivery; design of new health plans; responsibilities diversification and their vagueness; and system decentralisation.

**Objective:** Known perceptions of key actors of TBC control about effects generated by Colombian Health Sector Reform implementation.

**Methods:** A qualitative case study was carried out. Information was obtained through semi-structured interviews.

In total, 15 key health officials responsible for tuberculosis control at national, state and local level were interviewed.

**Results:** The most relevant negative effects of the implementation of Health Sector Reform on TBC control programme were: lack of political will; corruption in resources management; poor managerial and technical skills; deficiency in government supervision activities at local level; inadequacy of the government fulfilment of its administrative and financial obligations. Diversification of financial resources was pointed out as a facilitating factor, because of the increased allocation of resources for programme control.

**Discussion:** A perceived reduction of the regulative and control role of the government in the operation of the Health System and on the TBC was the main finding of the study. Introduction of new actors on health services delivery and the increased resource allocation to TBC control did not produce the expected positive effects, and quantity and quality of tuberculosis actions were reduced.

Key words: Health Sector Reform; Tuberculosis; State role.

### REFERENCIAS

1. OPS-OMS-Ministerio de Salud. *Evaluación conjunta del programa nacional de control de tuberculosis de Colombia, 1999*. Bogotá: OPS-OMS-Ministerio de Salud. Informe de trabajo; 1999.
2. Victoria J. El control de la tuberculosis en el sistema de general de seguridad social en salud de Colombia. *Medicas UIS* 1998; 12: 265-269.
3. Ministerio de Salud. *Guía integral de tuberculosis*. Resolución 412 de febrero de 2000. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
4. Ministerio de Salud. *Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de diciembre 29 de 1998*. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
5. Kritsk A, Ruffino-Netto I. Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 622-626.

6. Hanson C, Kibuga D. Effective tuberculosis control and health sector reforms in Kenya: challenges of an increasing TB burden and opportunities through reform. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 627-632.
7. Trnka L, Madaras A, Krejbich F, Zatloukal P. Tuberculosis control and surveillance in changing health reform in the Czech Republic. *Med Arch* 1999; 53 (Suppl 1): 11-12.
8. Kumaresan J, de Colombani P, Karim E. Tuberculosis and health sector reform in Bangladesh. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 615-621.
9. Wilkinson D. Tuberculosis and health sector reform: experience of integrating tuberculosis services into the district health system in rural South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3: 938-943.
10. Bosman M. Health sector reform and tuberculosis control: The case of Zambia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 606-614.
11. Weil D. Advancing tuberculosis control within reforming health systems. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 597-605.
12. Carvajal R, Cabrera G, Mateus JC. Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. *Biomedica* 2004; 24: 138-148.
13. Seidel John. *Ethnograph* 5.0. 1995. Amherst, MA.
14. Ugalde A, Homedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16: 18-29.
15. Fernández SY, Pastor MP. Proyecto municipios centinela: Evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia 1995-1998. *Rev Fac Nal Salud Publica* (Universidad de Antioquia) 2001; 19: 1:9-23.
16. Ayala C, Kroeger A. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad Saude Publica* 2002; 18: 1771-1781.