

Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982-2004

MÓNICA MARCELA JIMÉNEZ, BACTERIOL., MAG. SP¹, YENIFER HINESTROZA, MAG. SP²,
RUBÉN DARÍO GÓMEZ, M.D.³

RESUMEN

Introducción: Entre 1975 y 2004 la política sanitaria de Colombia experimentó profundas reformas cuyos efectos sobre la salud pública son objeto de debate.

Objetivos: Estudio de caso en dos municipios a fin de describir los cambios en el control de malaria que pudieran relacionarse con las reformas en la política sanitaria de Colombia en el período 1982-2004.

Metodología: Se eligieron los municipios de Zaragoza y Tarazá en el departamento de Antioquia (Colombia) porque presentan altas tasas de incidencia de paludismo. Se combinaron técnicas cualitativas y cuantitativas para obtener y procesar la información. Se analizaron los archivos del programa para el período 1982-2004. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a informantes claves, seleccionados por su experiencia con el paludismo y los programas de control.

Resultados: La comparación de fuentes permitió identificar tres períodos sucesivos en el desarrollo de la política para el control de malaria: el programa vertical a cargo del Ministerio de Salud (1975-1982); el programa departamental (1983-1990) y la organización del programa en el marco del modelo de competencia regulada propuesto por la reforma sanitaria (1991-2004). Durante el segundo período se observa un mejoramiento en las actividades de control acompañado de una reducción de la mortalidad. A partir de 1991 se observa un deterioro en el control de la malaria, asociado con la descentralización y la sujeción de la política sanitaria a los principios del mercado; el deterioro se caracteriza por el debilitamiento progresivo de la responsabilidad del Estado, el desmonte de la capacidad instalada, la pérdida del conocimiento, la fragmentación de las acciones de control, el colapso del sistema de información y el deterioro de los indicadores de mortalidad y morbilidad.

Conclusiones: El comportamiento de los dos casos estudiados sugiere un detrimento en la eficiencia, efectividad y calidad de las acciones de control de la malaria, que coincide con las reformas implantadas en Colombia desde la década de 1990 y que pudieran estar presentes también en otros municipios del país.

Palabras clave: Reforma en Atención de la Salud; Colombia; Malaria; Salud pública; Políticas públicas de salud.

Health reform and malaria control in two endemic areas of Colombia, 1982-2004

SUMMARY

Introduction: During the last years Colombian health policy has experienced deep changes whose effects on public health are controversial.

Objectives: Case study carried out in two municipalities in order to describe the changes in malaria control program and its relationship with Colombian health reforms.

Methodology: The municipalities of Zaragoza and Tarazá were selected because they present high rates of malaria incidence in the department (state) of Antioquia, Colombia. The study combined qualitative and quantitative techniques to obtain and to process the information. The official files of the program were analyzed for the period 1982-2004. Key informants, selected by their experience with malaria and its control programs, were interviewed.

Results: In connection with the policy for malaria control, three moments were identified: the vertical program under Ministry

1. Docente de Cátedra, Facultad de Ciencias Agrarias, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Bacterióloga Instituto Colombiano de Medicina Tropical, Medellín, Colombia. e-mail: monicamjs@epm.net.co
 2. Docente de Cátedra e Interventora administrativa y financiera, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Medellín, Colombia. e-mail: yeniferhc@hotmail.com
 3. Profesor Titular, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. e-mail: rdgomez@guajiros.udea.edu.co
- Recibido para publicación agosto 30, 2006 Aceptado para publicación abril 16, 2007

of Health (1975-1982) responsibility; the departmental program (1983-1990); and the organization of the program according to the regulated competition model (1991-2004). During the second moment improvement in the control activities accompanied by a reduction of the mortality were observed. Since 1991, a deterioration in the control of malaria, associated to the decentralization and the subjection of the sanitary politics to the principles of the market, was noted; this deterioration is characterized by the progressive lost of force of the responsibility of the State on malaria control, the loss of the installed capacity and the Know-How, the fragmentation of control actions, the collapse of information systems and the deterioration of mortality and morbidity indicators.

Conclusions: Both observed cases suggest a detriment in the efficiency, effectiveness and quality of malaria control actions, associated with health reforms implemented in Colombia since 90s, which could also be present in other municipalities of the country.

Keywords: *Health Care Reform; Colombia; Malaria; Public health; Health policy.*

En el mundo, el paludismo es uno de los problemas epidemiológicos que más contribuye a la carga de la enfermedad. Su frecuencia se relaciona con los niveles de pobreza y su letalidad y morbilidad tienen un importante impacto económico y social, especialmente en el sur de África, Asia y América¹. En 2004 se estimó que 3,200 millones de personas vivían en riesgo de malaria en 107 países², y Colombia, donde cerca de 85% del territorio se considera apto para la transmisión de la enfermedad³, figura entre los de mayor incidencia en América². Entre 1990 y 2003 los casos de paludismo registrados por el Ministerio de Salud de Colombia pasaron de 99,489 a 146,722² y una importante proporción de ellos procedía del departamento de Antioquia, que en 2004 informó cerca de 47% de los casos registrados en el país². Más de 90% de los casos que se verificaron en Antioquia procedían a su vez de las regiones de Urabá y el Bajo Cauca⁴. Esta última región, localizada al noroeste de Colombia, tiene una extensión de 8,498 km² de tierras bajas, conformadas principalmente por planicies, colinas y piedemonte a menos de 1000 m.s.n.m, donde predominan los pastos y bosques de clima cálido y húmedo; la presencia en la región de *Plasmodium falciparum* y *vivax* ha hecho que la malaria constituya un serio problema de salud pública en los municipios del Bajo Cauca los cuales registran un índice parasitario anual mayor de 10 casos por mil habitantes⁴. El riesgo de paludismo en la región se ha relacionado con las migraciones continuas, el crecimiento desordenado de los núcleos urbanos, la explota-

ción del oro y de los bosques, las secuelas ambientales de proyectos estatales y privados y una deficiente gestión del ambiente⁴. Considerada como una zona de alto riesgo para malaria en el departamento y el país, la región del Bajo Cauca ha sido objeto especial de programas específicos de control cuyas estrategias y criterios reflejan las políticas fijadas por los gobiernos nacional y departamental frente al paludismo⁵.

En Colombia, estas políticas han experimentado cambios marcados en las últimas décadas. Entre 1956 y 1993, se adelantó en el país un programa vertical de control a cargo de la Dirección de Campañas Directas del Ministerio de Salud y del Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM), programa que actuaba de manera paralela al Sistema Nacional de Salud (SNS). En el departamento de Antioquia, la Dirección Seccional de Salud (DSSA) asumió el programa de control de malaria entre 1983 y 1993.

De 1988 a 1995 ocurrieron en Colombia profundas reformas en la gestión de las políticas sociales y la salud pública; entre 1988 y 1993 se produjeron los procesos de descentralización del Estado; en 1990 se descentralizó el SNS y en 1995 se puso en marcha la reforma sanitaria definida por la Ley 100 de 1993 que transformó el modelo estatal de prestación de servicios de salud en un modelo de competencia regulada de oferentes estatales y privados, con base en el aseguramiento de las familias y en la delimitación de ciertos paquetes de servicios (planes de beneficio a los que tienen derecho los asegurados). En 1994 el Ministerio de Salud estableció una alianza con el Departamento de Antioquia para la descentralización del Programa Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y mediante convenio interadministrativo apoyado en las leyes 60 y 100 de 1993 y en el Decreto 1525 de 1994, el Ministerio delegó en la autoridad departamental las funciones que venía cumpliendo su Dirección de Campañas Directas en Antioquia⁵. Desde 1997 en las acciones individuales de diagnóstico y tratamiento de la malaria se incluyeron los planes de beneficio; en consecuencia, las aseguradoras deben garantizar a sus afiliados el acceso a las acciones individuales de diagnóstico y tratamiento incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Por su parte, las actividades colectivas de promoción, prevención, vigilancia y control de las ETV forman parte del Plan de Atención Básica (PAB) que las autoridades municipales deben ofrecer en forma gratuita a toda la población, directamente o mediante contratos⁵.

El modelo de competencia regulada adoptado por Colombia como fundamento para la gestión sanitaria, modificó la organización, planeación, ejecución y financiación de la pres-

tación de los servicios de salud y de manera específica los programas de control del paludismo. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) separa el control de la malaria en actividades colectivas e individuales; las primeras a cargo del Estado y de sus contratistas; las segundas a cargo de las aseguradoras y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que configuran sus redes de servicios. Cada una de estas entidades es responsable de administrar sus planes y recursos en el marco general que establece la ley. Algunos estudios han llamado la atención sobre los efectos negativos que la reforma sanitaria ha generado en materia de salud pública, los cuales se relacionan con el fraccionamiento de las acciones, la desarticulación de la gestión y el predominio de utilidad económica como criterio rector del modelo^{6,7}.

A pesar de la importancia epidemiológica del paludismo, en Colombia se han realizado pocos estudios dirigidos a evaluar las políticas de control y a establecer la efectividad de las intervenciones en la población^{8,9}. La presente investigación se propuso como objetivo estudiar los cambios observables en las prácticas y resultados del control de la malaria que pudieran relacionarse cronológicamente con las reformas en la política sanitaria entre 1982 y 2004, a partir de lo hallado en dos municipios que ilustran lo que sucede en las áreas endémicas del país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de caso, que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas con la intención de caracterizar el control de la malaria en Tarazá y Zaragoza, municipios localizados en la región del Bajo Cauca antioqueño, que tradicionalmente han tenido altos niveles endémicos de paludismo y fueron objeto de programas específicos de control. Ambos municipios se seleccionaron porque concentran una elevada proporción de los casos de malaria de Antioquia y de Colombia y por esta misma razón han sido motivo de una mayor actividad de control que otras regiones. La investigación cubrió el período entre 1982 y 2004. La información cuantitativa se obtuvo a partir de registros y documentos oficiales que constituyeron la base del estudio. La caracterización formal de los programas de control se hizo con base en la revisión de leyes, normas y manuales emitidos por el Ministerio de Salud y por la DSSA. Para lo concerniente a mortalidad, morbilidad, actividades del programa, número de habitantes, recurso financiero, recurso humano y apoyo logístico entre 1882 y 2004, se consultaron los archivos de la DSSA, de las

direcciones locales de salud, de los hospitales locales, del Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia y del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); se consultaron igualmente el Sistema estatal de vigilancia epidemiológica SIVIGILA, el Boletín Epidemiológico de Antioquia, la página que la DSSA tiene en Internet y otros documentos internos de las instituciones que describían el comportamiento de la malaria en la región. Con la información obtenida, se calcularon cuatro indicadores:

- El índice parasitario anual (IPA), que como un indicador poblacional de riesgo de paludismo, se obtuvo al dividir el número de gotas gruesas positivas por el total de la población expuesta y se expresó en unidades por 1000.
- El índice anual de sangre examinada (IASE), indicador del esfuerzo que efectúa el programa para captar los posibles casos, se calculó dividiendo el total de muestras de sangre obtenidas y examinadas de pacientes con sintomatología febril por el total de la población expuesta y se expresó en porcentaje.
- El índice anual de sangre positiva (IASP), un indicador de proporción de población febril infectada, se dedujo de dividir los casos con gota gruesa positiva para malaria sobre el total de gotas gruesas examinadas.
- La relación *vivax/falciparum* se valoró dividiendo el total de placas positivas para *vivax*, sobre el total de placas positivas para *falciparum*.

La información cualitativa se obtuvo de fuentes primarias, mediante entrevistas semiestructuradas a informantes claves por dos de las investigadoras; las entrevistas se centraron en las acciones del programa de control de la malaria y en información que complementara los datos cuantitativos. Se examinaron dos muestras teóricas* de informantes claves: expertos comunitarios (adultos usuarios de los servicios) y expertos institucionales (agentes relacionados con la administración o con la ejecución de las actividades del programa). En ambos casos las muestras se obtuvieron mediante la técnica de bola de nie-

*«Muestreo teórico». En investigación cualitativa designa la selección consciente de casos adicionales que se han de estudiar de acuerdo con su utilidad potencial para el desarrollo de nuevas intelecciones o para el refinamiento y expansión de las ya adquiridas. El muestreo teórico se relaciona con el punto de saturación teórica: un momento donde las observaciones adicionales no conducen a comprensiones adicionales. Los datos comienzan a ser repetitivos y no se logran aprehensiones nuevas importantes. A este respecto se tuvieron en cuenta textos de metodología cualitativa, especialmente Taylor y Bogdan¹¹.

ve^{10:11}; se comenzó con el análisis de un caso (caso: información suministrada por un informante clave) y al aparecer información importante, se buscó otro caso para ampliarla, y así sucesivamente. De conformidad con los principios técnicos del muestreo teórico, se hizo especial énfasis en obtener testimonios de informantes claves con experiencias y apreciaciones distintas sobre el programa de malaria más que en establecer la frecuencia estadística del argumento. En ambos grupos la experiencia se definió como el conocimiento adquirido por el sujeto mediante el contacto directo con la situación en estudio; los expertos institucionales se seleccionaron por su vinculación previa con las instituciones responsables de las acciones de control; los expertos comunitarios se eligieron por su experiencia con la enfermedad y el uso de los servicios en las respectiva localidad entre los usuarios de los centros de salud que admitieron conocer el problema de la malaria en la región. No se rechazó ningún testimonio. Entre junio y septiembre de 2005, se hicieron 29 entrevistas entre expertos institucionales, así: 3 de funcionarios de aseguradoras del régimen subsidiado, 1 de entidades promotoras de salud, 2 de gerentes de empresas sociales del estado, 2 de gerentes de instituciones prestadoras de servicios de salud, 2 de directores locales de salud, 4 de funcionarios del programa malaria de la DSSSA, 6 de ex-funcionarios del programa de malaria del orden departamental, 1 de un funcionario del Ministerio de Protección Social, 2 de expertos internacionales, 3 de expertos nacionales, 3 de funcionarios operativos.

Con el ánimo de conocer también la percepción de la comunidad frente a las actividades de diagnóstico, tratamiento y control de malaria, se seleccionaron los dos puestos de salud con mayor número de casos registrados en cada uno de los municipios objeto del estudio. Allí se aplicó una encuesta semi-estructurada a una muestra teórica de 55 expertos comunitarios, escogidos entre los usuarios que asistieron al puesto de lectura para solicitar servicio el primer día de la semana (por ser el día de mayor afluencia de pacientes a los puestos) entre las 7 a.m. y las 12 m. La muestra de expertos usuarios estuvo conformada por líderes comunitarios, amas de casa, educadores, agricultores, mineros y estudiantes contactados en las inmediaciones de los servicios; 21 de estas entrevistas se efectuaron en Tarazá: 11 en el puesto Piedras y 10 en el puesto Hospital. En Zaragoza se entrevistaron 34 usuarios: 17 en puesto Porquera y 17 en el puesto San Antonio. A todas las personas entrevistadas se les informó acerca

de los alcances del estudio y y se les advirtió de su derecho a no participar; dejaron por escrito su consentimiento a excepción de una de ellas pero al igual que los demás accedió a dar la información.

Para el análisis cualitativo se tuvieron en cuenta categorías predefinidas (percepción de la malaria, de los servicios, de las reformas y del control de la malaria en los diferentes períodos) y otras que emergieron durante el estudio (juicios comparativos). La información obtenida mediante entrevistas se codificó y se clasificó manualmente. Las entrevistas se procesaron con el programa de procesamiento de textos Atlas.ti® de ATLAS.ti GmbH Company. Los sesgos de memoria y selección por parte de los informantes se controlaron, hasta donde fue posible, mediante la triangulación de información y con la técnica de bola de nieve que amplió la posibilidad de entrevistar nuevos informantes.

RESULTADOS

La revisión de las fuentes documentales y la información suministrada por 18 de los 29 expertos institucionales que conocían el programa de malaria de Antioquia desde el SNS, permitió a los investigadores identificar tres períodos secuenciales en la política de control de la malaria (Cuadro 1):

1. Un programa vertical adelantado por el Ministerio de Salud que operó entre 1975 y 1982.
2. Un período de descentralización del programa a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia que ocurrió entre 1983 y 1990.
3. Una organización del programa en el marco del modelo de competencia regulada que se prolonga desde 1991 hasta el cierre del estudio; este último período presenta tres etapas:
 - a. Descentralización del SNS y del programa departamental a los municipios (1991-1993).
 - b. Período de incertidumbre administrativa caracterizado por la reglamentación e implantación de Ley 100 de 1993 (1994).
 - c. Implantación del SGSSS y sujeción del control de la malaria al modelo de mercado (1995-2004). Durante esta etapa los servicios de diagnóstico y tratamiento individual se incluyeron en los POS y POS-S que debían prestar las aseguradoras, mientras las acciones colectivas de control de malaria se agruparon en el Plan de Atención Básica (PAB) a cargo del Estado.

Cuadro 1
Períodos del control de la malaria en Antioquia. Características comparativas. 1982-2004

Aspecto comparado	Sistema Nacional de Salud	Programa departamental «Control de malaria»	Sistema General de Seguridad Social en Salud
Vigencia	1975-1982	1983-1990	1991-2004 (los primeros tres años corresponden al desmonte del SNS)
Nombre del programa	«Plan nacional de erradicación de la malaria»	Programa «Control de malaria»	Programa Control de Vectores (componente del PAB) Los enfermos se tratan según las normas del POS
Normas vigentes	Decreto ley de 1975 Ley 9 de 1979	Ley 10 de 1990 Ley 9 de 1979	Ley 60/1993 Ley 100/1993 Descentralización de los departamentos (1994) y de los municipios (1997) Ley 9 de 1979 Ley 715/2001
Estrategias	Erradicación	Red de diagnóstico y tratamiento. Articulación de agencias para el control de vectores Vigilancia epidemiológica	Control de vectores a cargo del municipio. Diagnóstico y tratamiento de enfermos a cargo de las aseguradoras
Recurso humano operativo	Principalmente técnicos del SEM Voluntarios	Principalmente funcionarios auxiliares entrenados en acciones específicas de control. Funcionarios de saneamiento ambiental de las unidades del SNS. Funcionarios del SEM	Principalmente funcionarios de las IPS (no se exige entrenamiento específico). Técnicos en control del ambiente contratados por el municipio.
Control de vectores	Fumigación intra y peridomiliar a cargo del SEM	Fumigación intra y peridomiliar a cargo del SEM-DSSA	Fumigación intra y peridomiliar a cargo del municipio
Toldillos		Toldillos gratuitos en zonas de riesgo	Toldillos gratuitos según criterio del municipio
Vigilancia	Captación pasiva en los puestos de lectura	Búsqueda activa y captación en todas las unidades de las zonas endémicas	Captación pasiva. Búsqueda activa de forma irregular
Diagnóstico	Gota gruesa gratuita tomada por voluntarios	Gota gruesa gratuita tomada por funcionarios entrenados	Gota gruesa pagada por el enfermo no asegurado o por la aseguradora (para los asegurados)
Confirmación previa del diagnóstico como requisito para tratamiento	No	Sí	Sí
Tratamiento	Medicamentos gratuitos suministrados por voluntarios	Medicamentos gratuitos suministrados por personal entrenado según protocolos	Medicamentos según protocolo, cubiertos por el aseguramiento o por el enfermo no asegurado
Control de calidad del diagnóstico	No	Sí	Sí
Sistema de información del programa	Incipiente	Fuerte	Fragmentado

REFORMAS EN LA POLÍTICA SANITARIA DE COLOMBIA SEGÚN LOS ENTREVISTADOS

1. Programa vertical del Ministerio de Salud. Entre 1975 y 1990 estuvo vigente en Colombia el SNS creado por el Decreto Ley 056 de 1975; el control de la malaria en el país obedecía a un programa estatal vertical de erradicación, dirigido y financiado desde el Ministerio de Salud y ejecutado por el SEM, que para los municipios estudiados se atendía desde la sede administrativa localizada en la zona de Montería (capital del vecino departamento de Córdoba). El programa operaba mediante una red de colaboradores voluntarios, quienes en su propia vivienda, recibían los casos febriles, les tomaban muestras de gota gruesa e inmediatamente les administraban tratamiento antimalárico, quinina y cloroquina, antes de conocer el resultado de laboratorio. Las muestras tomadas por los voluntarios eran recogidas por funcionarios supervisores del SEM, quienes consolidaban la información epidemiológica y distribuían placas y medicamentos a los colaboradores y a las instituciones estatales de salud. El control de vectores tenía lugar mediante brigadas de 4 funcionarios del SEM que se desplazaban semestralmente a las comunidades de mayor riesgo para hacer rociado intradomiciliario de insecticidas. El Estado, con fondos nacionales, financiaba las actividades de control que se ofrecían gratuitamente a la población^{5,9}. Algunos de los expertos institucionales que actuaron en el programa durante este período destacaron la crisis administrativa del SEM como programa vertical centralizado y su desarticulación con las instituciones departamentales y locales del SNS; sin embargo, en algunas regiones del país y de Antioquia las acciones del SEM eran el único recurso disponible para el control del paludismo.

2. Descentralización del programa a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Esta fase fue descrita en términos similares por los expertos entrevistados, incluyendo ex-funcionarios que participaron en su diseño y puesta en marcha. No se observaron contradicciones a este respecto y varias de sus afirmaciones se pudieron verificar en documentos de la época. Hacía varias décadas la malaria representaba un problema de salud pública en algunas regiones de Antioquia¹². Por esta razón el gobierno departamental incluyó en su Plan Seccional de Salud de 1983 un programa para combatir el paludismo al integrar las acciones de control de vectores con la atención a los enfermos y articular los esfuerzos del SEM y de

los hospitales del SNS que operaban en Antioquia, constituyéndose en el primer Departamento del país que descentralizó y asumió gran parte de las acciones de control. La DSSA se propuso diseñar el programa de control de la malaria basado en la atención primaria de salud, por medio de los recursos físicos y humanos existentes: para ello hizo un diagnóstico de áreas endémicas sobre situación epidemiológica, recursos físicos, humanos y técnicos, coberturas y necesidades. Entre 1984 y 1990, el gobierno departamental planificó, financió y ejecutó las acciones de diagnóstico y tratamiento; estableció que la medicación antimalárica sólo se suministrara con base en la confirmación del diagnóstico por laboratorio; e introdujo un cambio importante en la política terapéutica al reemplazar el esquema de cloroquina por amodiaquina, de acuerdo con los hallazgos de resistencia de *P. falciparum* en la región^{4,9}.

Al asumir el programa, la autoridad sanitaria departamental se fijó como principal objetivo disminuir la morbilidad, las complicaciones y la mortalidad por malaria, fortalecer las acciones de control y asignar nuevos recursos para la compra de suministros y la contratación de personal; las estrategias de erradicación se cambiaron por estrategias de control integral que atendían tanto al caso como a su hábitat, e integraban en una programación común las actividades de los agentes del SEM con las actividades de las unidades de salud. Este proceso contó con el asesoramiento técnico directo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de otras entidades internacionales. Las acciones de control individuales y colectivas se ofrecían a la población de manera gratuita y las adelantaba personal auxiliar entrenado específicamente en diagnóstico, tratamiento y control de la malaria; este personal era pagado por el gobierno seccional y se distribuía en los puestos de salud de las zonas de mayor riesgo, con la responsabilidad de atender a la población que presentara sintomatología compatible con malaria, hacer de inmediato el extendido de gota gruesa, leer e interpretar el resultado, y suministrar, también de forma inmediata, el tratamiento antimalárico específico según los esquemas de manejo terapéutico previstos por el programa. Las acciones de diagnóstico y tratamiento estaban sujetas a un control posterior de calidad que se centraba en personal especializado cuya base de operaciones era la sede del Laboratorio de Salud Pública, en Medellín, capital del departamento de Antioquia. El diseño del programa pretendía hacer diagnósticos oportunos

tunos y correctos, tratamientos también oportunos y efectivos, reducir la automedicación y disminuir el uso indiscriminado de quinina. Las acciones de control incluían la distribución de toldillos y el control de vectores. Casi todos los entrevistados que conocieron el programa durante este período coincidieron en que los programas de interés en salud pública, como el de malaria, constituían un elemento prioritario de la política sanitaria en el departamento y recibían partidas presupuestales específicas. En las áreas de más difícil acceso, las acciones de diagnóstico y tratamiento las complementaba el SEM. En los dos municipios objeto de estudio, el programa inició sus operaciones a principios de 1985.

Al revisar los boletines de estadística anual de la Seccional de Salud para este período, se encontraron múltiples referencias que daban cuenta del despliegue de actividades y recursos destinados por el Estado para controlar la malaria, entre ellos la formación y vinculación de recurso humano (médicos, bacteriólogos, auxiliares de enfermería y promotores de salud entre otros) entrenado tanto en los aspectos clínicos como administrativos del programa. Adicionalmente, por esta época se diseñaron y pusieron en práctica guías y protocolos que definían la conducta que se debía seguir con los individuos, las comunidades y el ambiente. En opinión de los entrevistados, la disponibilidad de recursos, la voluntad política y el compromiso de los funcionarios durante este período permitieron realizar acciones continuas y agresivas: «... *en aquella época el Estado sí asumía la rectoría de la salud pública en el país*» (*experto internacional*).

En los municipios estudiados el programa estaba a cargo de los hospitales de la red de servicios de salud; generalmente una enfermera auxiliar era responsable de hacer los pedidos de insumos y suministros básicos, distribuir a la red de puestos de lectura, consolidar la información del programa y asegurar el envío oportuno de las placas para control de calidad. Los equipos técnico-administrativos del orden departamental y del orden regional hacían visitas semestrales de supervisión a cada puesto y emprendían actividades de capacitación de personal y educación continua. Desde la implantación del programa descentralizado y como efecto del mejoramiento en la detección, se observó un marcado aumento de los casos en todo el Departamento. En la región del Bajo Cauca se pasó de 7,209 casos registrados en 1982, a 31,024 en 1985 (un aumento de 4.3 veces). «*El fortalecimiento del programa en Antioquia puso en evidencia*

el subregistro (sic) y las deficiencias del sistema de información del programa nacional» (2 expertos nacionales).

3. Organización del programa en el marco del modelo de competencia regulada. La caracterización de esta fase se fundamentó sobre todo en el análisis documental y en la información suministrada por los expertos nacionales, por el experto internacional, por los funcionarios de la DSSA y por los agentes que operaban en los municipios. Desde 1988 se llevó a cabo en el país un proceso de descentralización del Estado. En 1990, la Ley 10 extendió este proceso al sector de la salud y ordenó la descentralización del SNS. Por esta época se observaron algunas dificultades de tipo financiero (para adquirir equipos, creación y dotación de nuevos puestos de lectura) y logístico (para reparación y mantenimiento de microscopios); adicionalmente, la consecución de medicamentos y otros suministros se dificultó al terminar el convenio suscrito entre la DSSA y OPS-OMS¹³. La reforma sanitaria se profundizó en 1993 cuando la Ley 100 transformó el modelo estatal de prestación de servicios por un modelo de competencia regulada sujeto a los principios del mercado. De conformidad con los testimonios suministrados por los expertos nacionales y de la DSSA, desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 y después de dos años de reglamentación e incertidumbre administrativa, los principios que orientaron la reforma se extendieron al programa departamental de control de la malaria que desmontó sus acciones directas en los municipios. La percepción de los entrevistados a este respecto fue heterogénea, pero predominaron los comentarios desfavorables a los efectos de la reforma.

Los testimonios destacan seis aspectos valorados desfavorablemente como expresiones de deterioro del programa que comenzaron durante este período:

1. El desmonte de la capacidad instalada y la pérdida del saber hacer y de la experiencia adquirida.
2. El debilitamiento del Estado y su incumplimiento progresivo de la responsabilidad sobre la salud pública.
3. La fragmentación de las acciones de control.
4. La pérdida de la capacidad gerencial y operativa.
5. La subordinación de la atención a los contratos de aseguramiento.
6. El colapso del sistema de información. Otros entrevistados emitieron un juicio menos severo: «...aunque *la reforma desbarató el programa nacional que había, y la descentralización eliminó parte del presu-*

puesto que tenía el país para el control de malaria, fragmentó la atención e impidió la continuidad y estabilidad del recurso humano, nunca hubo abandono total de las acciones» (experto nacional).

A continuación se describen los seis aspectos que señalaron los entrevistados como expresiones de deterioro del programa durante este período:

1. El desmonte de la capacidad instalada y la pérdida del saber hacer y de la experiencia adquirida.

De conformidad con los testimonios de los entrevistados, al entrar en vigencia la Ley 10 de 1990 que ordenó la descentralización del SNS, el gobierno de Antioquia debió desmontar varias de sus acciones directas en los municipios, entre ellas las de diagnóstico y tratamiento de la malaria sin complicaciones, actividad que realizaban las auxiliares de enfermería entrenadas en puestos de lectura distribuidos estratégicamente en las zonas de mayor riesgo. Sin el apoyo financiero ni la presión de la DSSA, varios municipios desmontaron la red de puestos de lectura; otros, sin embargo, continuaron asumiendo este componente, como son los casos de Tarazá y Zaragoza, donde a la fecha de cierre del presente estudio aún trabajan 14 de los funcionarios auxiliares de salud ambiental, adscritos a las direcciones locales de salud respectivas. Según los entrevistados, en la mayoría de los municipios, incluyendo Tarazá y Zaragoza, el personal auxiliar entrenado específicamente en procedimientos técnicos y administrativos relacionados con el control de la malaria se asignó a otras funciones o se dispersó; algo similar aconteció con los microscopistas y con los profesionales capacitados en la supervisión del programa. Adicionalmente, la descentralización dio lugar a procesos de sustitución esporádica del personal operativo entrenado, a cargo del Departamento, por contratación local de nuevos funcionarios que, según las entrevistas, en su gran mayoría eran individuos sin capacitación, ni perfil para el cargo y con grandes limitaciones para asumir sus competencias. De acuerdo con los usuarios y agentes operativos entrevistados, en las zonas de Tarazá y Zaragoza donde se retiraron los funcionarios responsables de la lectura surgieron «lectores voluntarios», que cobran entre \$2,000 y \$4,000 (1 a 2 dólares) por tomar y leer la gota gruesa; aunque estas cuotas no son obligatorias las poblaciones de zonas apartadas de ambos municipios tienen que pagar de su bolsillo para contribuir al sostenimiento del lector y para reducir el riesgo de que el puesto sea cerrado. En opinión de uno de los expertos nacionales esta situación es especialmente ilógica, por

cuanto los lectores voluntarios trabajan en las poblaciones más pobres y apartadas cuyo ingreso es con frecuencia menos de un dólar por día; adicionalmente, los lectores voluntarios que operan en las localidades estudiadas no están sujetos a programas de capacitación y control de calidad como sí lo estaban los funcionarios hasta 1990. Algunos entrevistados consideran que hay un «...desconocimiento de funciones por parte de los nuevos actores» (2 funcionarios de aseguradoras y 2 funcionarios de la DSSA) y que la falta de recurso humano capacitado implica una «...descarga de responsabilidades sobre los auxiliares de salud ambiental (1 funcionario operativo).

2. El debilitamiento de las responsabilidades del Estado en materia del programa. Según los expertos nacionales e internacional entrevistados, desde 1990 el Departamento consideró que la responsabilidad del programa recaía en los municipios y disminuyó sus acciones de rectoría y control. «En el Departamento no se volvió a hacer nada, los funcionarios de malaria eran (sic) sentados en la DSSA sin que los enviaran a ninguna parte, sin haber organizado administrativamente hacia donde deberían ir y con qué recursos iban a trabajar. La atención para el diagnóstico dejó de ser tan oportuna...» (1 ex-funcionario del programa del orden departamental y 1 experto nacional). En opinión de los entrevistados la reforma no incluyó actividades para garantizar la transición y hacer sostenible el programa y los municipios debieron asumir las responsabilidades en control de malaria sin tener preparación para ello: «Los servicios de salud no se encontraban preparados para asumir la salud pública ante un proceso de descentralización y los entes municipales no tenían idea de cómo asumir las funciones de salud pública encomendadas por la nueva normatividad...» (1 ex funcionario del programa del orden departamental y 1 experto nacional). Esta información coincide con documentos de la época que promueven la descentralización de las unidades de salud y sus programas. «... (Entonces) empieza a cojear el impacto que se tenía en el programa» (1 gerente de hospital). Algunos entrevistados consideran que se debilitó la rectoría del Estado y las acciones y responsabilidades de control del paludismo se fragmentaron entre nuevos actores que no se encontraban en condiciones técnico-administrativas para operar el programa: «...el problema de la malaria se ha incrementado a partir del momento de la descentralización

y la reforma, porque el Estado dejó de asumir responsabilidades en salud pública, porque también ha faltado más compromiso de los departamentos, municipios y organizaciones sociales en este tema. Hay una gran debilidad en lo que es la rectoría del sistema de salud y en lo que es (sic) las capacidades institucionales para prevención y control de la malaria» (1 experto internacional, 1 gerente de hospital, 1 ex funcionario del programa del orden departamental). Desde la reforma se observan «...limitaciones en el control directo del cumplimiento de actividades» (1 funcionario de aseguradora del régimen subsidiado), «...las direcciones locales asumieron pocas funciones» (1 experto internacional); «...las responsabilidades se han dejado a entes departamentales» (1 funcionario departamental de la DSSA); «...las funciones de salud pública se minimizaron en el Plan de Atención Básica» (2 ex-funcionarios del programa departamental y 2 funcionarios operativos).

3. Segmentación de las acciones de control. La normatividad sanitaria apoyada en la Ley 100 de 1993 (Resolución Ministerial 4288 de 1997, Ley 715 de 2001 y Circulares 052 de 2003 y 018 de 2004) distribuyó las acciones requeridas para el control integral de la malaria entre diferentes agentes estatales y privados. De conformidad con las disposiciones que configuran la reforma sanitaria los municipios deben incluir en sus Planes de Atención Básica las acciones de control de vectores, mientras que las acciones individuales de diagnóstico y tratamiento son responsabilidad de cada ente asegurador. En los municipios estudiados, los Planes de Atención Básica incluyen actividades de control de vectores como talleres de sensibilización, control de criaderos, promoción de la salud. En ambos municipios las alcaldías, contratan con el hospital estatal local las actividades individuales de diagnóstico y tratamiento y con las IPS privadas las capacitaciones, entre otras actividades. Las aseguradoras, tanto las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) como las Entidades Promotoras de Salud (EPS), contratan con el hospital los servicios de diagnóstico y tratamiento de la población asegurada bajo su responsabilidad. En ninguno de los municipios se encontró un mecanismo de coordinación entre las actividades individuales y colectivas: «...el interés de las IPS (es) sólo por facturar; las aseguradoras no asumen de forma seria las actividades de diagnóstico y tratamiento delegadas por la Ley 100 de 1993» (1 funcionario operativo, 2 gerentes

hospitalarios, 2 funcionarios de aseguradoras del régimen subsidiado). Cada uno va por su lado con «...maruya de un lado y desconocimiento de otro por parte de ARS y EPS...» (maruya=actitud maliciosa) (1 funcionario de la DSSA). Expertos nacionales e informantes de la comunidad consideran que «no existe cumplimiento continuo, serio y responsable de las acciones de promoción y prevención en las localidades» (expertos nacionales). En opinión de los entrevistados, en ambos municipios la fragmentación de las responsabilidades a partir de 1994, hizo más difícil realizar actividades de control de forma organizada, coherente y pertinente.

4. Pérdida de la capacidad gerencial y operativa. En ambas localidades se observó una actitud de responsabilidad para efectuar las tareas asignadas en el programa por parte de los funcionarios operativos. Sin embargo, las entrevistas sugieren que el desmonte del SNS dio lugar a una pérdida de la capacidad gerencial del programa y a un debilitamiento administrativo y operativo: «...el trabajo para el control de la malaria antes de 1993 era coordinado, con disciplina y compromiso de los involucrados» (ex-funcionarios del programa de malaria del orden departamental, expertos nacionales, expertos internacionales, funcionarios operativos). Hay un «...desconocimiento de funciones por parte de los nuevos actores» (2 funcionarios de aseguradoras del régimen subsidiado, 2 funcionarios de la DSSA). Según los ex-funcionarios del programa, desde 1994, cuando se puso en marcha el SGSSS, se presenta una reducción en la disponibilidad del recurso humano y un deterioro en su grado de capacitación. La pérdida de registros no permitió documentar este hecho con cifras. Los expertos y funcionarios entrevistados coinciden en que antes de la reforma el programa contaba con un equipo especializado en el Laboratorio Departamental y en la Sección de Programas Especiales de la DSSA, y el Departamento asignaba profesionales específicamente capacitados para cumplir las acciones de dirección, asesoramiento, capacitación y control de malaria. En las localidades endémicas como los municipios estudiados, el programa estaba en cabeza de un médico coordinador, una bacterióloga, y un promedio de 6 auxiliares de enfermería, además del apoyo que daban los promotores de saneamiento y de salud. En el momento de la observación el programa contaba en la DSSA con 3 funcionarios de planta y 3 contratados, y en las dos localidades estudiadas disponía de 7 funcionarios operativos técnicos de salud

ambiental tanto en Zaragoza como en Tarazá. Según los entrevistados, el problema no es sólo de falta de recursos humanos sino también de competencia para cumplir con sus responsabilidades: «*el personal clínico desconoce el manejo de la enfermedad, no está capacitado y en ocasiones se recurre a voluntarios casi analfabetas que residen en las localidades para que funcionen los puestos de lectura... El trabajo tampoco es tan coordinado ni interdisciplinario como antes. No se dispone de un equipo técnico completo de planta para la ejecución de las acciones lo que implica que muchas veces estos esfuerzos se interrumpen*» (experto nacional, experto internacional, funcionario operativo, funcionario de la DSSA). «*Al recurso humano lo están cambiando con frecuencia y es ya muy poco...hay gente preparada en el país que no tiene oportunidad de trabajar en promoción y prevención de la malaria... No hay espacios para la intervención de esa masa crítica en el país*» (experto internacional, ex funcionario del programa del orden departamental, funcionario operativo). Es de anotar que el número de puestos de lectura de los municipios ha variado según la demanda de la localidad desde el comienzo del programa), pero algunos de ellos no tienen el personal idóneo para realizar una atención adecuada: «*no se entiende porqué la malaria no ha sido concebida como una enfermedad que debe ser de cuidado médico, sino que se ha delegado su manejo a un microscopista casi analfabeta*» (experto nacional).

5. La subordinación de la atención a los contratos de aseguramiento. En 1993, el SGSSS estipuló la atención gratuita de la malaria para la población afiliada al sistema con recursos del plan obligatorio a cargo de las aseguradoras. Sin embargo, las instituciones de salud condicionan la prestación de los servicios de diagnóstico y tratamiento a los contratos suscritos con las aseguradoras y los entes territoriales. De conformidad con las normas del sistema de seguridad social, los enfermos de Tarazá y Zaragoza que cotizan por su seguro consultan a las instituciones de salud que les asigna su aseguradora; los casos subsidiados y las personas sin seguro deben consultar al hospital estatal local. En opinión de los entrevistados, en los municipios del presente estudio el sistema no garantiza atención oportuna y adecuada a los enfermos con malaria; en las dos localidades se encuentra población afiliada y no afiliada que habita en comunidades lejanas y dispersas y donde hay dificultades de acceso a los puestos

de diagnóstico y tratamiento; entre ellas se sabe de comunidades indígenas, que viven a más de 7 horas de camino e incluso a varios días de distancia de los puestos de lectura y tienen dificultades de acceso a los servicios. En ambos municipios, los hospitales estatales responsables de operar el programa, funcionan en su propia sede de conformidad con los contratos que suscriben por venta de servicios y los subsidios que reciben del Estado para la población no asegurada. Ninguna de las unidades que se estudiaron desarrolla sistemáticamente visitas de control a las comunidades lejanas.

En opinión de los informantes, la sujeción del programa a los principios del mercado ha generado varias dificultades, especialmente con la valoración de los servicios de control por parte de las aseguradoras y los prestadores. El concepto de varios entrevistados acerca del papel que juegan las aseguradoras en el control de la malaria no fue muy favorable: «*...responden por una parte pero no por el control y seguimiento directo en el municipio; las acciones que realizan son las que están dirigidas al nivel central; ven el programa como un chicharrón (sic; chicharrón=problema de difícil solución) que no les da plata*» (gerentes de hospitales), «*...son monstruos que no vigilan la salud pública*» (funcionario de institución prestadora de servicios de salud), «*...las aseguradoras no vigilan acciones directas; vigilan soportes en papel (se refieren a registros)*» (gerente de hospital). Los funcionarios de las aseguradoras informaron que sólo revisan los registros presentados por las instituciones que contratan (gerente de EPS).

6. El colapso del sistema de información. Según los funcionarios de la DSSA entrevistados, entre 1983 y 1990 el programa de malaria incluía un sistema obligatorio de registros pero muchos de los archivos se eliminaron durante las reformas con el argumento de que su almacenamiento era difícil; otros registros se perdieron. Según funcionarios operativos, algo similar sucedió con los archivos de los municipios. A partir de 1998 no se volvió a exigir a los municipios el registro de personas examinadas y sólo se exigió informar el número de casos diagnosticados divididos por especie parasitaria. Para el caso de Tarazá apenas se obtuvo alguna información de 2004 y no se encontró ningún archivo de malaria de años anteriores.

No todos los cambios de esta etapa se percibieron como deterioro. Varios informantes consideraron que «*después de la reforma disponían de más dinero para el control de la malaria y para diagnóstico y trata-*

miento» (1 funcionario de la DSSA). Aunque la disponibilidad de recursos financieros no se tuvo como problema, sí lo fue la gestión local de los recursos: «...las fallas en este sentido son por la destinación y el manejo que se le da a esos recursos; no es solamente que el recurso esté destinado, sino cómo está funcionando la destinación de los recursos para las actividades de prevención y atención de la enfermedad; sobre todo en la parte preventiva donde los entes territoriales deben gastar mucho recurso para el control ambiental y para todas las medidas relacionadas con cambios en estilos de vida y actitudes de las personas frente a factores de riesgo de la enfermedad» (1 funcionario de la DSSA, 1 experto internacional). En el momento de la visita a uno de los municipios estudiados, se encontró que se habían agotado los medicamentos antimaláricos; al exponer el hecho ante la autoridad responsable manifestó que «no hubo disponibilidad del medicamento en esos días, porque el mensajero tuvo otras vueltas que hacer y no pudo recogerlo en Medellín...».

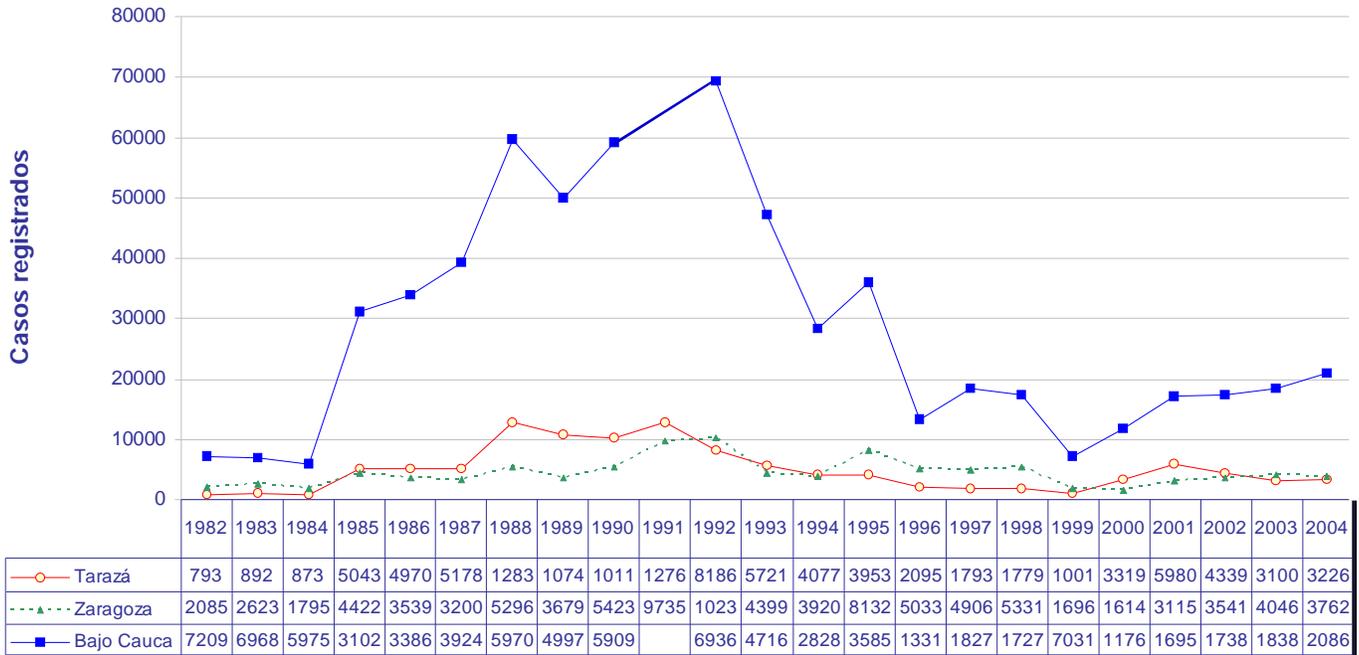
Las deficiencias locales para cumplir una adecuada gestión contrastó con la actitud de funcionarios del orden departamental quienes consideran que este asunto no es de su competencia: «*Acá les ponemos los insumos... si no viene por ellos es su problema...*» (1 funcionario de la DSSA). Estos mismos funcionarios tampoco perciben fallas administrativas que pudieran derivarse de la implementación de la reforma: «...yo no le veo problema a la política de salud» (ex funcionarios del programa de malaria del orden departamental), «...yo pienso que la política sanitaria se está aplicando adecuadamente con una serie de jerarquías acordes a la situación que estamos viviendo, con un equipo idóneo en lo que tiene que ver con nosotros» (1 funcionario de la DSSA). Esta percepción contrastó con la de otros entrevistados, como los exfuncionarios del programa de malaria del orden departamental, los expertos nacionales y los funcionarios operativos, menos expuestos en la actualidad al rigor de la burocracia, quienes afirman que los cambios adoptados por Colombia en su política de control de la malaria son predominantemente desfavorables: «...la política de control de malaria debe unirse a todos los eventos de salud pública... Todas las patologías (enfermedades) de interés en salud pública deben mirarse dentro de la política como una racionalidad distinta, porque si el sistema se entrega a las leyes del mercado, hay una fragmentación en esas acciones y una

desarticulación que no va a lograr el control...»; «... la malaria debe ser de control del Estado y no debe haber intermediación financiera en su manejo...»; «...se debe seguir fortaleciendo mucho la capacidad técnica en todos los niveles: nacional, departamental y municipal para lograr controlar el problema; debe haber autonomía y posibilidad de que los municipios asuman responsabilidades pero sin soltar la dirección desde los niveles nacionales... Sería la combinación de un programa vertical con uno horizontal pero sin dejar de dar soporte técnico, cobijando no sólo malaria sino también las demás patologías (entidades) de interés en salud pública».

Como consecuencia de la técnica utilizada para las entrevistas, se obtuvo de la población incluida en la muestra una información muy amplia, variada y no siempre comparable que permitió a los investigadores reconstruir los diferentes períodos del programa. En relación con los dos primeros períodos no se descubrieron discrepancias importantes. La mayoría de los entrevistados estuvo de acuerdo en que el programa vertical funcionaba de manera desarticulada y que su desarrollo podría considerarse incipiente e insuficiente para controlar la malaria en la región. Los entrevistados se mostraron también de acuerdo en valorar positivamente los esfuerzos administrativos, técnicos y financieros del gobierno departamental por controlar la malaria con un enfoque integral y coordinado, y en la ampliación de coberturas con servicios de detección y tratamiento oportunos. La revisión de documentos concuerda en gran parte con los informes que suministraron los expertos institucionales entrevistados. Durante el tercer período los informantes coinciden también en que la reforma sanitaria del país implicó en la región un desmonte del programa de control la mayoría de los entrevistados valoró como deterioro; sin embargo, se registraron testimonios discrepantes procedentes de los funcionarios vinculados a la estructura directiva del departamento, quienes consideran que los fallos observados en el programa se atribuyen más a fallos en la aplicación de la norma por parte del nivel operativo que a la reforma de la política sanitaria.

CAMBIOS EN EL CONTROL DE LA MALARIA SEGÚN LA REVISIÓN DE REGISTROS

La Gráfica 1 ilustra la tendencia de la morbilidad en los municipios que se estudiaron durante el período. Entre 1982 y 1991 los casos registrados aumentaron 16.1 veces en Tarazá y 4.7 veces en Zaragoza. Desde 1992, se



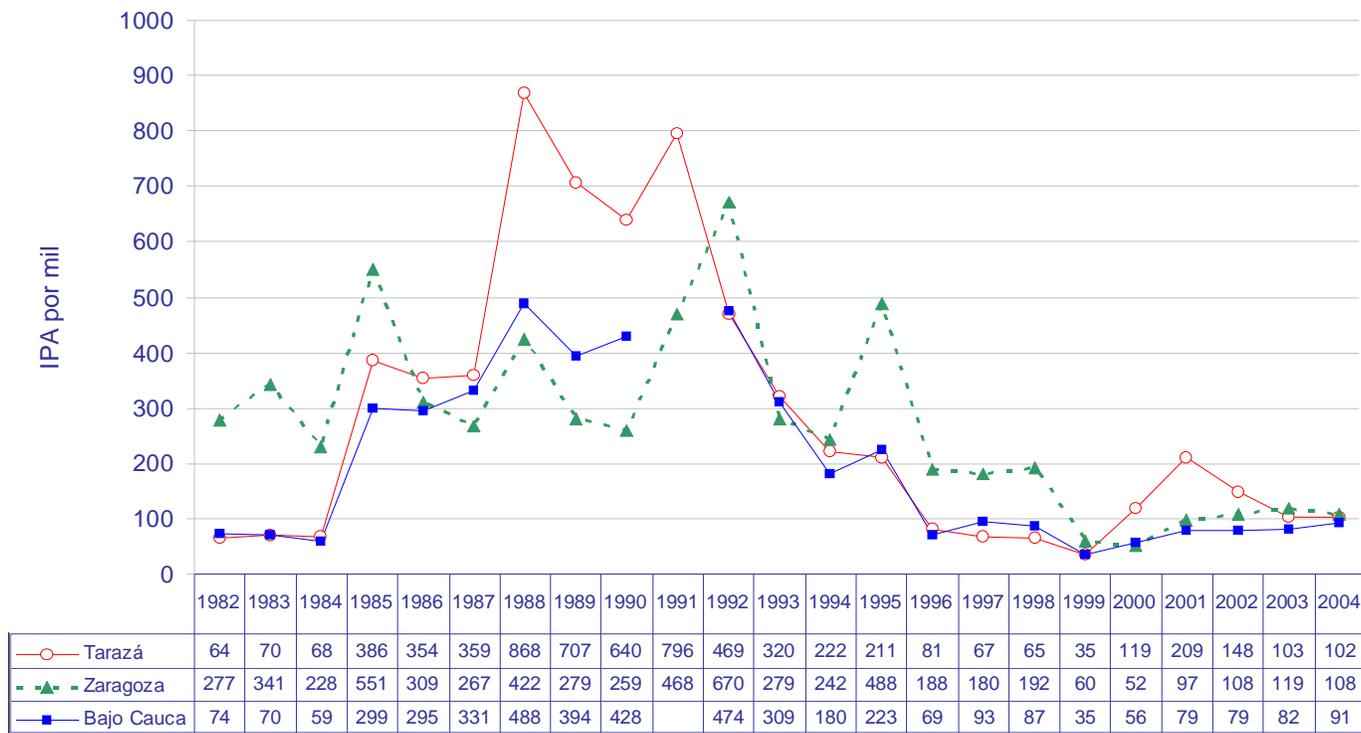
Gráfica 1. Morbilidad por malaria. Casos registrados. Bajo Cauca, Tarazá y Zaragoza; 1982-2004

Fuente: Boletín de Actividades SSSA (1982-1997); Página web DSSA (eventos de interés en salud pública 1998-2004) en <http://www.dssa.gov.co/download/EVENTOS%20INTERES%20EN%20SALUD%20PUBLICA/Vectores-Datos.xls>. Consultado: 06/11/2005

insinúa una disminución en el número de registro de casos hasta 1999 cuando aumentan de nuevo, tanto en los dos municipios estudiados como en el resto de la región. La prevalencia calculada sobre estos casos (datos que no se comunican) revela una tendencia similar, pero muestra un incremento más rápido y notorio en Tarazá durante la vigencia del programa departamental. De conformidad con la opinión de los informantes, la morbilidad por paludismo en la región sigue siendo un problema de salud pública y no ha podido controlarse por varias razones, entre ellas *«la descarga de responsabilidades sobre los auxiliares de salud ambiental» (funcionario operativo), «... el desconocimiento de funciones de los nuevos actores...» (2 funcionarios de aseguradoras del régimen subsidiado, 2 exfuncionarios del programa de malaria del orden departamental), «...limitaciones en el control directo para el cumplimiento de actividades» (funcionarios de aseguradoras del régimen subsidiado), «...interés de las IPS sólo por facturar... las aseguradoras no asumen de forma seria las actividades de diagnóstico y tratamiento delegadas por la Ley 100 de 1993» (funcionario operativo).* Llama la atención que no se observa en los

registros de la región la epidemia de malaria que algunos estudios describen en 1998¹⁴, a pesar del peso que representa el paludismo del Bajo Cauca en la prevalencia nacional.

La Gráfica 2 muestra el comportamiento del IPA. Según OPS-OMS una región se considera de alto riesgo para malaria cuando tiene un IPA superior a 10 gotas gruesas positivas por 1000 habitantes. Desde el principio de la serie, la tendencia del IPA confirma el alto riesgo de estos municipios que ocupan los primeros lugares en el Departamento. De conformidad con los archivos de la DSSA, la región del Bajo Cauca aportó entre 1985 y 1989 el mayor IPA del Departamento con valores que se incrementaron de manera irregular, desde 299 en 1985 hasta 474 en 1992; a partir del año siguiente el IPA disminuyó hasta llegar a 56 en 2000; desde 2001 el IPA aumentó de nuevo hasta llegar a 91 en 2004. Un comportamiento similar se encontró en los dos municipios del estudio. Entre 1985 y 1987, Tarazá presentaba un IPA elevado pero relativamente estable y ocupaba entre el 3 y 4 lugar en los municipios del Bajo Cauca; durante el período en que el Departamento intensificó el programa de control, entre 1988 y 1991, el IPA aumentó de modo



Gráfica 2. Índice parasitario anual (IPA). Bajo Cauca, Tarazá y Zaragoza; 1982–2004

Cálculo a partir de datos DSSA: Boletín de Actividades SSSA (1982-1997); Página web DSSA (eventos de interés en salud pública 1998-2004) <http://www.dssa.gov.co/download/EVENTOS%20INTERES%20EN%20SALUD%20PUBLICA/Vectores-Datos.xls>. Consultado: 06/11/2005

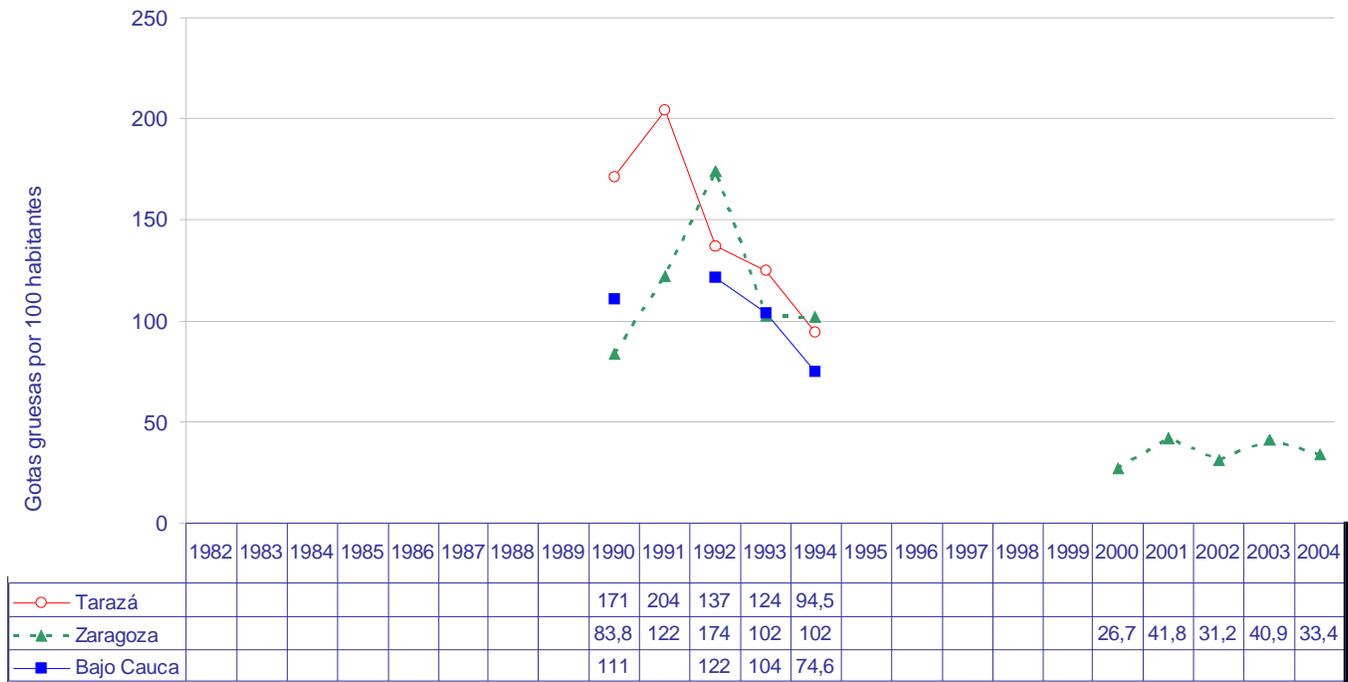
notable y el municipio pasó a ocupar el primer lugar en la región; desde 1992 se observa una tendencia brusca a la disminución hasta 1999 cuando llegó a su nivel más bajo durante el período; a partir de este año el IPA aumenta de nuevo con un pico en 2001. En Zaragoza el IPA tuvo un patrón irregular; a comienzos de la serie y durante la vigencia del SEM, este municipio presentaba un IPA superior al de Tarazá, sin embargo, el fortalecimiento del programa en el Departamento no se reflejó en el IPA de esta localidad con la misma rapidez e intensidad; desde 1992 este indicador ha disminuido de manera irregular.

En relación con el IASE sólo se encontró información para el período 1990-1997 (Gráfica 3) Aunque la notificación de número de examinados por período no fuera obligatoria desde 1995, el trabajo de campo en los municipios logró obtener en Zaragoza datos correspondientes al período 2000-2004 que permitieron calcular el IASE para esta localidad. A pesar de que la información es incompleta y fragmentaria, los registros dan cuenta de la alta demanda de consulta y tratamiento por sintomatología febril en la región del Bajo Cauca, donde es relevante el

incremento del IASE cuyos valores son con frecuencia superiores a 100%, como es el caso de Tarazá.

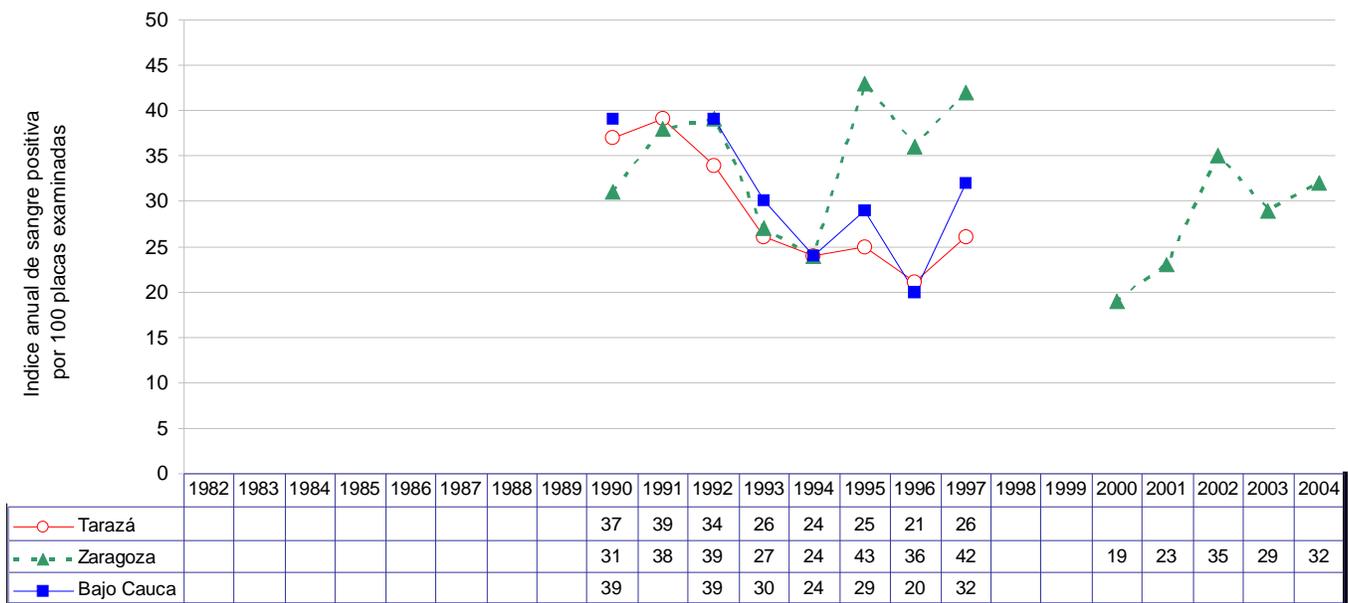
El programa departamental exigió el registro del IASP hasta 1994. Sin embargo algunos municipios continuaron registrando este dato, aunque de forma irregular (Gráfica 4) pues varios de los datos se perdieron o dejaron de registrarse por períodos. Según funcionarios de estadística que suministraron el informe, la notificación de los datos cambió de acuerdo con las variables exigidas por la DSSA. Durante los principios de la descentralización alrededor de una tercera parte de las láminas examinadas para malaria eran positivas en ambos municipios. Durante el período de transición que implicó la puesta en marcha de la ley 100 de 1993 se observó una disminución en el IASP, que se prolongó en Tarazá hasta 1998 cuando se abandonó el registro. En Zaragoza el registro del IASP se mantuvo, aunque con variaciones, y el comportamiento es marcadamente irregular.

La relación *P. vivax*/*P. falciparum* puede indicar el riesgo de presentar formas graves de malaria. Entre 1982 y 1984, período anterior a la descentralización del progra-



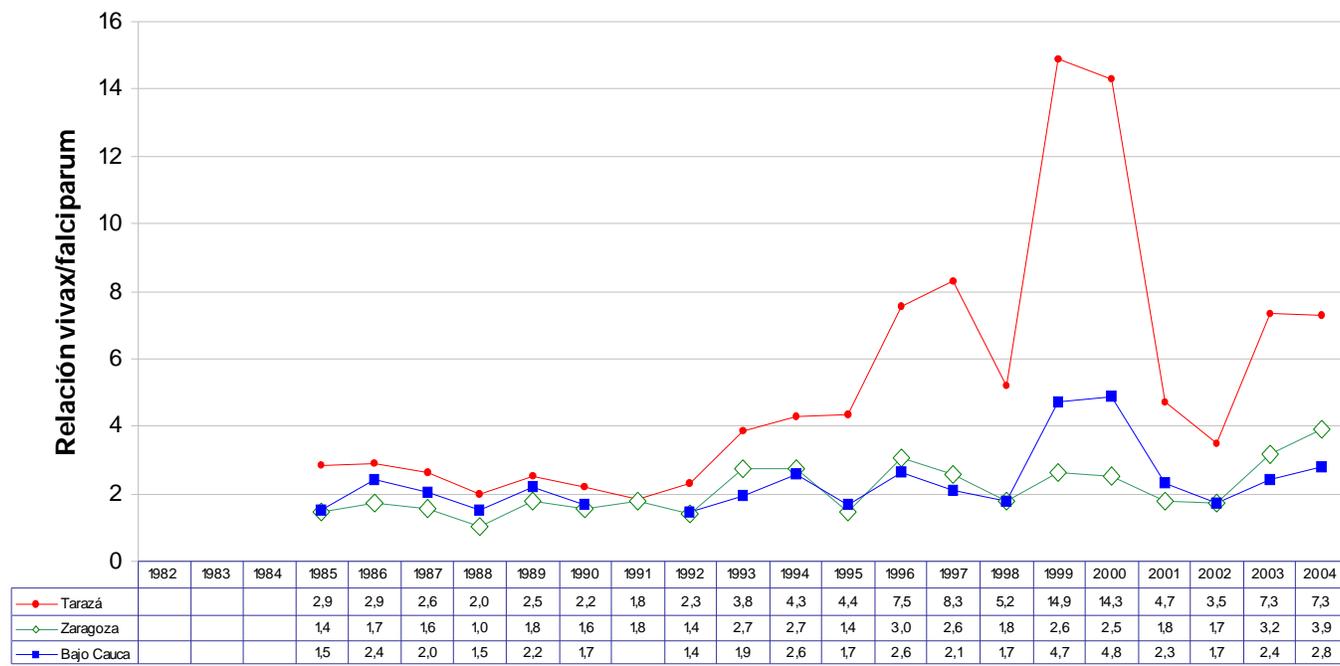
Gráfica 3. Índice anual de sangre examinada. Bajo Cauca, Tarazá y Zaragoza; 1982-2004

Fuente: Boletín de Actividades SSSA (1982-1997). Programa control de ETV Zaragoza



Gráfica 4. Índice anual de sangre positiva. Bajo Cauca, Tarazá y Zaragoza; 1982-2004

Fuente: cálculo a partir de datos DSSA 1982-2004



Gráfica 5. Relación *vivax/falciparum*. Bajo Cauca, Tarazá y Zaragoza; 1982-2004

Fuente: cálculo a partir de datos DSSA: Boletín de Actividades SSSA (1982-1997); Página web DSSA (eventos de interés en salud pública 1998-2004) <http://www.dssa.gov.co/download/EVENTOS%20INTERES%20EN%20SALUD%20PUBLICA/Vectores-Datos.xls>. Consultado: 06/11/2005

ma en Antioquia, no se pudo obtener información registrada concerniente a la clasificación de casos por especie parasitaria; según los funcionarios locales y departamentales entrevistados, entre 1996 y 1999 se trasladaron los archivos de la DSSA al sótano de la Gobernación; en este proceso varios documentos de los programas se descartaron por considerarse inoperantes y otros se perdieron. Desde 1985, cuando el Departamento implementó su programa en la región del Bajo Cauca, el informe minucioso de varios parámetros epidemiológicos permitió establecer una relación anual cuidadosa sobre el comportamiento de las distintas especies parasitarias, que continuó hasta 2004 (Gráfica 5). Los bajos índices de relación *P. vivax/P. falciparum* observados, en especial al comienzo de la serie, sugieren el riesgo de formas complicadas de malaria en el período.

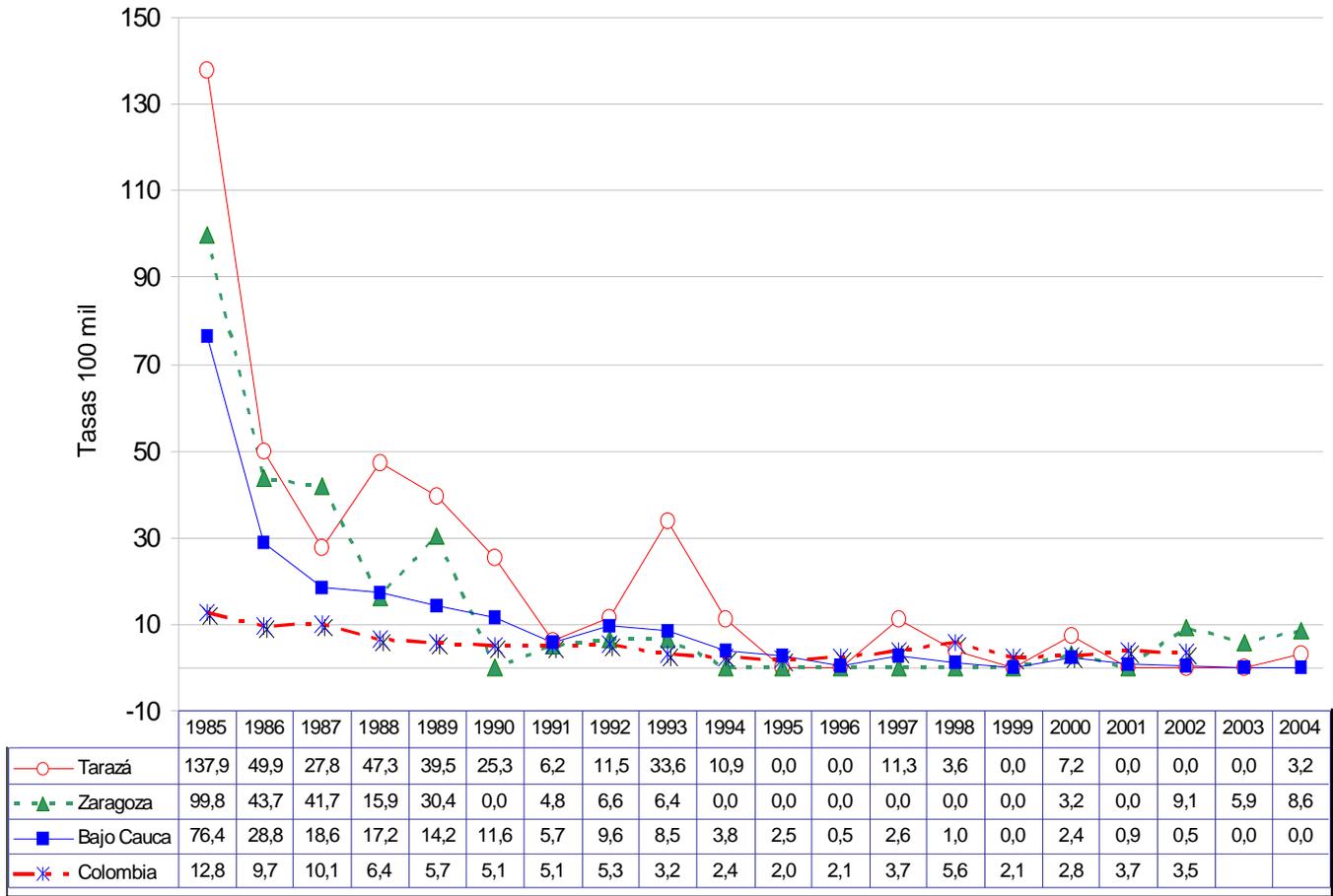
Durante la vigencia del programa descentralizado se observó una marcada disminución en el número de muertes registradas por malaria en todo el departamento y especialmente en la región de Bajo Cauca. En Tarazá las muertes disminuyeron de 18 en 1985, a un caso en 1991. Zaragoza bajó de 8 muertes en 1985 a cero en 1990. A partir de 1991, cuando se pusieron en marcha las refor-

mas, las tasas brutas de mortalidad por paludismo (Gráfica 6) presentan oscilaciones pero sin alcanzar los niveles observados al comienzo de la serie; en 1993 Tarazá ocupó de nuevo uno de los primeros puestos en la mortalidad por malaria en la región. A este respecto es llamativo que la DSSA registra en Tarazá entre 2002 y 2004 siete casos menos de muertes por malaria que las bases de datos del Dane.

El análisis de los documentos sugiere un aumento en la captación de los casos y una reducción de la mortalidad por malaria durante la aplicación del programa departamental. El desmonte del Sistema Nacional de Salud y del programa departamental se acompañó de un deterioro marcado en el sistema de información que hace difícil interpretar los indicadores de morbilidad. Estos hallazgos coinciden con los datos que suministraron los entrevistados.

DISCUSIÓN

Las políticas públicas constituyen un componente básico de respuesta social frente a los asuntos de interés público; sin embargo, su naturaleza es compleja y su evaluación escapa a un solo enfoque. En seguimiento de



Gráfica 6. Mortalidad por malaria. Colombia, Bajo Cauca, Tarazá y Zaragoza; 1985-2004. Tasas brutas

Fuente: cálculo a partir de datos DSSA y DANE 1985-2004

los objetivos, se consideró que el diseño de estudio de caso podía ayudar a entender la política sanitaria frente al paludismo e identificar algunos de sus aciertos y obstáculos más relevantes. Al obtener y procesar la información se encontraron varias dificultades que limitan el alcance del estudio. La pérdida de información no fue sólo una importante limitación de la investigación sino también una muestra del deterioro del programa de control reconocida por la mayoría de los entrevistados. La comparación de fuentes permitió caracterizar los diversos períodos del programa de control y no se observaron discrepancias con respecto a los sucesos que ocurrieron en cada uno de ellos. En cambio sí hubo diferencias frente a la interpretación y valoración de algunos de los cambios experimentados por el programa, pues cada uno de los entrevistados resaltó y valoró como favorables o no aquellas situaciones que interferían o habían interferido con su papel en el

mismo. Los funcionarios de la DSSA fueron más críticos con el desarrollo del programa en las localidades, y en sentido contrario se expresaron los funcionarios operativos de los municipios. De forma similar, los exfuncionarios y expertos vinculados a las fases anteriores del programa se mostraron menos convencidos ante los cambios recientes; sin embargo, su opinión coincide con el testimonio de los funcionarios operativos vinculados al programa después de la reforma quienes fueron especialmente contrarios a la situación actual.

A este respecto, la literatura ha destacado la carga ideológica y la importancia de los intereses personales como algo esencial en la gestión y valoración de las políticas¹⁵. En este sentido, las diferencias entre los entrevistados no se consideran una limitación del estudio sino el reflejo de un proceso social complejo donde convergen varios intereses. Al triangular la información fue posible

identificar los puntos de consenso y las discrepancias se anotaron en los resultados. La comparación de fuentes permitió también descubrir cambios en la política de control, estrechamente relacionados entre sí. La mayor disponibilidad de recursos reconocida por los entrevistados se anota como uno de los cambios más favorables en el programa de control; este hecho, sin embargo, contrasta con la pobreza de la gestión, la fragmentación de las actividades y el debilitamiento de las acciones técnicas, condiciones que pudieran calificarse de deterioro y que se han descrito para otros programas de salud pública de Colombia a partir de la reforma de 1993, como la tuberculosis^{6,7} y el programa ampliado de inmunizaciones⁷. Específicamente en el caso de la malaria, el estudio de Kroeger *et al.*⁸, encontró un deterioro en la coherencia, pertinencia, continuidad, efectividad y eficiencia de las acciones de control a partir de la reforma, resultados similares a los de la presente investigación. Las fallas en el sistema de informes de malaria y la poca confiabilidad de los registros observados en este estudio, tanto en las dependencias de la Dirección Departamental de Salud como en los municipios, también se destacaron en otros trabajos^{14,16}.

El aumento del registro de la morbilidad que se observó entre 1985 y 1990, podría reflejar los efectos de la política de detección adelantada por el Departamento. Si se tienen en cuenta las condiciones descritas por los informantes, la disminución de la morbilidad, observada desde 1990 y acentuada entre 1993 y 1999, quizá manifieste la desarticulación del programa estatal de control y el deterioro en el sistema de información, factores que comenzaron desde el desmonte del SNS y se intensificaron con la puesta en marcha del SGSSS; esta situación podría explicar también por qué no se registró en la región del Bajo Cauca la epidemia de malaria que experimentó el país en 1998. En cambio, el incremento en los casos registrados a partir de 2000 podría corresponder a un aumento en la incidencia de malaria, si se considera que según los entrevistados, durante esta época las acciones de captación se deterioraron; otros estudios coinciden en que, a pesar del bajo registro, los datos deben interpretarse como un aumento de la malaria en el país¹⁴. Los valores de la prevalencia observada al final de la serie, reflejan el impacto limitado de las actividades de diagnóstico, tratamiento y control. Las limitaciones de los programas de control para modificar el comportamiento del paludismo en Colombia y en la región se analizaron en otros artículos^{4,14}. Las variaciones del IPA en ambos municipios se pueden interpretar de

manera similar a como se hizo con la morbilidad registrada; en las condiciones descritas, el aumento observado entre 1988 y 1991 es probable que corresponda a la intensificación de las actividades de búsqueda más que a variaciones en la frecuencia de los casos en la población; sin embargo, el hecho de que los indicadores no cambien con la misma rapidez ni con la misma intensidad en dos localidades vecinas, expuestas a iguales reglas, sugiere la presencia de factores endógenos que repercuten tanto en la forma de aplicar la norma como en sus resultados. Esta interpretación coincide con el análisis del programa en el Bajo Cauca que hicieron funcionarios de la DSSA, el cual concluyó que el aumento paulatino del IASE, a través de los años podía estar relacionado con el aumento de los puestos de lecturas de áreas distantes que ocurrió entre 1985 y 1990, cuando el Departamento fortaleció el programa, hecho que hizo posible el acceso y estudio de la población sintomática y que refleja una mayor búsqueda de la enfermedad por parte del personal de salud¹³; el comportamiento de este indicador sugiere también un serio problema de valoración y respeto por la información, y una pérdida importante de registros que hace muy difícil evaluar integralmente la política.

Los valores del IASP en ambos municipios durante la vigencia del programa departamental señalan el alto peso de la malaria entre las causas de morbilidad en la región. Si se asumiera la calidad e integridad del registro, habría que interpretar la disminución del IASP observada en Tarazá desde 1992 como un indicador de impacto; sin embargo, con las incidencias anotadas y en las condiciones descritas por los informantes, el comportamiento de este indicador puede reflejar no sólo el deterioro del sistema de información, sino también la ineficiencia en el descubrimiento de casos de malaria entre los sintomáticos. A pesar de la deficiente calidad de la información, el aumento observado en la relación *vivax-falciparum* puede indicar fallas en la efectividad del control del vector. La comparación de ambos municipios revela también el mayor riesgo de Zaragoza para el período. El estudio no obtuvo información que permitiera establecer el efecto de la dinámica poblacional y el fenómeno del desplazamiento sobre el comportamiento de la malaria en ambos municipios.

Uno de los objetivos principales del programa implantado por el Departamento en 1985 fue disminuir la mortalidad por paludismo. El sistema de registro de la mortalidad en el país no experimentó variaciones importantes hasta

1998 y se desconocen para la región las proporciones de casos no registrados y mal clasificados; en estas condiciones, y si se considera que durante los mismos años se intensificaron las acciones de diagnóstico y se registraron incidencias elevadas en el país y en la región, las disminuciones en la mortalidad registrada sugieren un impacto marcado del programa departamental sobre la letalidad por paludismo.

Se desconoce cuál es el comportamiento del control del paludismo en los demás departamentos del país. El estudio de Kroeger *et al.*⁸, sugiere que el control de la malaria se ha deteriorado en Colombia desde la reforma de 1993 y describe situaciones similares a las encontradas en esta investigación.

CONCLUSIONES

Durante el tiempo cubierto por el presente estudio se identificaron tres períodos sucesivos en la política de control de la malaria: el programa vertical a cargo del Ministerio de Salud (1975-1982); el programa departamental (1983-1990) y la organización del programa en el marco del modelo de competencia regulada (1991-2004). La información obtenida de las fuentes y los registros consultados sugiere que los procesos de descentralización y de reforma sanitaria en el país, a partir de la década de 1990, impactaron de forma negativa el programa de control del paludismo en las localidades analizadas. El deterioro se caracteriza especialmente por el debilitamiento progresivo de la responsabilidad del Estado sobre el control de la malaria, el desmonte de la capacidad instalada, la pérdida de la experiencia en la materia, la fragmentación de las acciones de control, el colapso en el sistema de información y los cambios negativos en los indicadores de mortalidad y morbilidad. El comportamiento de los dos casos estudiados sugiere un descenso en la eficiencia, la efectividad y la calidad de las acciones de control del paludismo, asociado con las reformas sanitarias implantadas en Colombia desde 1990, imperfecciones y fallas que pueden ocurrir también en otros municipios del país.

RECOMENDACIONES

El estudio revela la necesidad de desarrollar una Política Nacional de Salud Pública para el control de la malaria en Colombia que reduzca efectivamente el riesgo

de paludismo y corrija los fallos del modelo actual. Ante la complejidad del paludismo y su importancia para la salud pública es imprescindible que el Estado retome su rectoría con fundamento en principios técnicos y garantice la integración efectiva de los agentes comprometidos en la dinámica del problema. Se considera especialmente importante: retomar la figura de equipos técnicos competentes para el manejo específico del programa de control de malaria en los diversos ámbitos de gestión, fortalecer el programa de vigilancia, y desarrollar modelos de planeación que comprendan la red pública, la red privada y las comunidades en el control de problemas de salud pública como el paludismo.

AGRADECIMIENTOS

Al grupo de epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia por el apoyo financiero; a los funcionarios del área de Salud Pública de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia por el suministro de información; a los entrevistados, expertos, actores del sistema y miembros de la comunidad; a los funcionarios de las Direcciones Locales de Salud de Zaragoza y Tarazá y a todos los que apoyaron, participaron y se interesaron por este estudio.

REFERENCIAS

1. Gallup JL, Sachs J. The economic burden of malaria. *Am J Trop Med Hyg* 2001; **64**:85-96.
2. World Health Organization, Roll Back Malaria, UNICEF. *World Malaria Report 2005*. Geneva: WHO; 2005.
3. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. *Informe de situación del Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Malaria en Colombia durante el año 2001*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud; 2002.
4. Carmona-Fonseca J. La malaria en Colombia, Antioquia y las zonas de Urabá y Bajo Cauca: panorama para interpretar la falla terapéutica antimalárica. Parte 2. *Iatreia* 2004; **17**:34-53.
5. Arroyave A. Recuento histórico de la malaria en Antioquia. *Rev Epidemiol Antioquia* 1999; **243**:145-155.
6. Arbeláez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Manage* 2004; **19**(Supl 1): 25-43.
7. 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.
8. Kroeger A, Ordóñez-González J, Aviña AI. Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. *Trop Med Int Health* 2002; **7**:450-458.

9. Escobar JP. El control descentralizado e integrado de la malaria en Antioquia, Colombia. *Biomedica* 1997; 17 (Supl 2): 72-80.
10. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling. *Sociol Meth Res* 1981; 10: 141-163.
11. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1986.
12. De los Ríos J, Restrepo M. Malaria: avances, comentarios y comportamiento en el departamento de Antioquia de 1958 a 1977. *Bol Epidemiol Antioquia* 1978; 3:24-40.
13. Vargas GE, Ruiz IC, Rivas E. Evaluación de la mortalidad por malaria. Antioquia, 1985-1989. *Bol Epidemiol Antioquia* 1992; 17: 25-29.
14. Carmona-Fonseca J. La malaria en Colombia, Antioquia y las zonas de Urabá y Bajo Cauca: panorama para interpretar la falla terapéutica antimalárica. Parte 1. *Iatreia* 2003; 164: 299-318.
15. Walt G. *Health policy: An introduction to process and power*. London and New Jersey: Zed Books University Press; 1994.
16. Cerón-Rodríguez V. Modelo de control de malaria en el Departamento de Antioquia. Estudio de casos. *Rev Salud Publica* 2004; 6 (Suppl 1): 64-79.

GLOSARIO

DSSA:	Dirección Seccional de Salud de Antioquia
ARS:	Empresa Administradora del Régimen Subsidiado (EPS de la población subsidiada)
EPS:	Entidad Promotora de Salud (aseguradora de la población que cotiza)
ETV:	Enfermedades Transmitidas por Vectores
Entidades Territoriales:	Municipios y Departamentos
IPA:	Índice Parasitario Anual
IASE:	Índice Anual de Sangre Examinada
IASP:	Índice Anual de Sangre Positiva
IPS:	Institución Prestadora de Servicios, estatal o privada
POS:	Plan Obligatorio de Salud (paquete de servicios que deben cubrir las aseguradoras a sus afiliados y beneficiarios)
POS-S:	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (paquete de servicios que deben cubrir las aseguradoras a sus afiliados)
PAB:	Plan de Atención Básica (paquete de servicios de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales)
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SEM:	Servicio de Erradicación de la Malaria (programa de orden nacional)
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
MALARIA:	Paludismo
msnm:	metros sobre el nivel del mar

