



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE POSGRADO

**Las estrategias de salud pública y
especialmente de atención primaria
municipales y en pandemia.
El caso San Antero, Córdoba,
Colombia.**

Olga Milena Flórez

Tesis para optar por el grado de Magíster en Políticas de Desarrollo

Director Dr. Patricio Narodowski, UNLP

La Plata, 12 de mayo de 2021

Las estrategias de salud pública y especialmente de atención primaria municipales y en pandemia. El caso San Antero, Córdoba, Colombia.

Autora: Olga Milena Flórez

Director de tesis Dr. Patricio Narodowski

INTRODUCCIÓN.	4
1-LOS DEBATES SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO BASADA EN LA DESCENTRALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EN COLOMBIA.	9
La descentralización en general	9
Descentralización y participación	14
La descentralización en Colombia	16
2-LA DISCUSIÓN SOBRE LA REFORMA DE LA SALUD	19
Cambios en las exigencias de los sistemas	19
Temas centrales del debate	23
a) El gasto	24
b) Las escalas y las unidades de gestión, lo público y lo privado	27
c) La Atención primaria, los hospitales y la red	30
d) Rol de la enfermería, equipo de trabajo y estrategia centrada en el paciente	37
e) Algunos principios de buenas prácticas	39
3-EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.	39
La evolución y actualidad del sistema de salud colombiano	39
Las evaluaciones	44
4- EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	46
Población y economía	46
El gobierno departamental	54
La salud en el departamento y las políticas implementadas	55
5-SAN ANTERO	63
Territorio, actividad productiva y situación social	63
Gobierno Local y Sistema de salud	70

6-LA PANDEMIA EN CÓRDOBA Y SAN ANTERO	77
Medidas y resultados en la escala nacional	77
La pandemia en el departamento Córdoba	83
La evolución en San Antero	87
7-CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFÍA	93
ANEXO: GUÍA PARA ENTREVISTAS	108

Introducción.

El presente trabajo aborda el acceso a la salud de los habitantes de San Antero, municipio del Departamento de Córdoba, Colombia, a partir de la presencia de un sistema departamental responsable del segundo nivel de atención y un sistema local fundamentalmente basado en el primer nivel. Se hace énfasis en los años 2018 y 2019, previos a la pandemia, para luego abordar el modo en que éste sistema enfrentó el flagelo del Covid-19.

El tema de tesis surge de la inquietud que genera el fenómeno global de la pandemia¹ originada por el nuevo Coronavirus (COVID – 19), catalogado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII). Se focaliza en las estrategias de salud pública adoptadas por las entidades territoriales municipales para enfrentar la situación, en este caso, San Antero, Córdoba, Colombia.

Colombia enfrenta la situación como un Estado que invierte poco en salud, descentralizado, con una alta participación del sector privado que tiende a desplazarse hacia campos más rentables, haciendo evidente que la oferta estatal no puede acompañar fácilmente a tantas personas al mismo tiempo ni ofrecer, y mucho menos garantizar, calidad en la atención, especialmente en ciertas zonas del país donde la red hospitalaria y los centros de salud son deficitarios². A más de ello, tenemos que se trabaja en un modelo de planificación y gestión basado en indicadores, premios y castigos.

Esto sucede en un marco general de progresivo envejecimiento de la población, problemas socio-demográficos, una exigencia de universalidad en el sector salud y la complejidad de dicho mercado a nivel mundial que, por demás, se encuentra fragmentado en especialidades y apoyado en un vasto arsenal de insumos, tecnologías y equipos de gran sofisticación, con una fuerte necesidad de capacitación permanente Ibararán (2019).

¹ El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró que el brote del coronavirus COVID-19 es una pandemia, esencialmente por la velocidad en su propagación y la escala de transmisión.

² Instituto de Estudios Urbanos. Universidad Nacional de Colombia. Marzo 14 de 2020.

Las recomendaciones a nivel mundial para enfrentar la problemática de la salud, previa a la pandemia, han sido, como se analiza en el aparte correspondiente, una descentralización “relativa”, una convivencia razonable entre lo público y lo privado, un modelo de red y de atención primaria (APS) como modo de coordinación, integración y énfasis en la prevención. Sobre estos parámetros, Colombia estaba atrasada al respecto (Giovanella y otros, 2020).

Esta emergencia, que de hecho se convierte en un problema público, está determinada por un conjunto de variables que comprenden la magnitud o número de población afectada, severidad, letalidad y el grado de impacto que genera, requiriendo de una construcción y reconocimiento social para que se desarrollen y apliquen políticas públicas particulares. Reviste especial importancia la trayectoria histórica del Estado, especialmente en el sector salud, por el modo en que se viene realizando esa construcción, las capacidades y la legitimidad del sector público, etc. sobre los cuales se asentará la estrategia actual.

Las políticas para contener los contagios y frenar la transmisión comunitaria generalizada parecen coincidir, como veremos, en ciertos elementos claves: por un lado, el distanciamiento social y, en casos extremos, la cuarentena; por otro, el uso de tapabocas como medida de autoprotección. Ambas requieren de modelos como los que ya se proponían antes: de prevención, capacitación y cohesión social, basados en una APS fuerte; también el sistema de rastreo y pruebas entre la población, a fin de aislar los posibles nuevos casos. Esto último, requiere también un trabajo de APS pero, además, una eficiente red que incluya y conecte a ésta con laboratorios y hospitales. Finalmente, para reducir el índice de mortalidad, es fundamental el establecimiento de dicha red y también la presencia de terapias intensivas amplias, en escenarios equipados y con personal experimentado.

Los instrumentos con los que se abordó la emergencia en Colombia son los mencionados en el párrafo anterior. En cuanto al nivel municipal, el Gobierno Nacional estableció un mecanismo mediante el cual el Ministerio del Interior declarararía municipio libre de contagios de acuerdo el número de infectados y otro tipo de factores, a partir de lo cual se autorizaría a los municipios –como sucedió

con San Antero - a levantar la medida de aislamiento preventivo obligatorio y reactivar gradualmente los sectores productivos (OPS, 2020).

El Municipio de San Antero, en un contexto de territorio rezagado, ha manifestado su compromiso en la pandemia. Como se ve en el trabajo de campo, luego de haber sido declarado libre de contagios, se ha presentado como un “municipio saludable”, pero después, los casos han crecido y esa connotación perdió eficacia.

El objetivo de la presente investigación es conocer en detalle las capacidades previas a la pandemia por COVID 19 y el modo de actuar en el departamento de Córdoba y en el Municipio de San Antero durante la pandemia, en comparación con el enfoque de APS. En particular indagaremos las capacidades previas a partir del grado de participación ciudadana en la elaboración de políticas públicas en salud y el modo de atención a los pacientes. En cuando al modo de actuar en pandemia, estudiaremos las medidas tomadas a partir del análisis de las actividades de prevención, información y sensibilización, el rastillaje y el testeo, la función de policía administrativa que asumió la Alcaldía de San Antero que, es en principio, una función complementaria de las dictadas a nivel nacional y departamental y las percepciones de médicos/enfermeros/vecinos sobre la atención brindada en estas circunstancias.

La hipótesis plantea que las carencias de la trayectoria del municipio objeto de estudio, especialmente en APS, no han permitido desarrollar convenientemente la estrategia a seguir frente al fenómeno de pandemia y esto ha perjudicado las posibilidades de mantenerse libre de contagios.

Se ha trabajado con documentos oficiales, de los organismos internacionales y de los gobiernos en las diversas escalas, en los cuales se realizan diagnósticos, se plantean estrategias y se elaboran evaluaciones, y documentos de análisis de diversa índole en que se discuten estos aspectos. Y se ha indagado la comunicación oficial mediante las páginas webs de los organismos de salud departamental y municipal. También se ha hecho un relevamiento de los debates en los medios de comunicación, nacionales y departamentales, especialmente

referidos a la situación de la salud y al modo en que se está enfrentando la pandemia.

El análisis se ha apoyado, además, en entrevistas individuales, programadas y presenciales realizadas a partir de un cuestionario abierto, a 4 profesionales de la salud del municipio de San Antero (se los menciona como médico/a 1 y 2, enfermero/a 1 y 2³) a modo de informantes claves y a siete (7) pacientes: dos habitantes de larga data (Paciente 1 y 2), una persona con experiencia política (paciente 5), tres de corregimientos rurales (Paciente 3, 6 y 7) y una persona que por su trabajo recorre permanentemente la situación (Paciente 4)⁴. En el Anexo se adjunta el formulario de apoyo para las entrevistas.

Los datos actualizados surgen del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 y otras actualizaciones realizadas por el Dane (2021) y PNUD (2019).

A los efectos de avanzar con lo planteado, el presente trabajo se inicia con un análisis de la descentralización del sector público en América latina y en Colombia, revisando aspectos generales y particularizando en el ítem que establece la relación entre descentralización y participación, que tan importante es como argumento en el caso colombiano. Con este trasfondo, en el capítulo 2 se aborda el debate sobre reforma de la salud a partir de una descripción de los grandes cambios en las exigencias de los sistemas para luego pasar a los puntos centrales: la cuestión del gasto, las escalas y las unidades de gestión (los niveles de descentralización de la salud); la participación social en salud; cuánto de lo público y de lo privado se requiere.

Luego se pasa a un punto central de nuestra tesis, que es la cuestión de la atención primaria, por el rol que ocupa esta estrategia en la teoría, siendo uno de los puntos más débiles de la reforma colombiana. Dicho tema se conecta con uno más general, como lo es la estrategia para integrar los sistemas tan fragmentados latinoamericanos, que se denomina el trabajo en red.

³ Se los nombra de esta manera para que la entrevista se mantenga anónima

⁴ No se ha podido hacer más debido a la propia pandemia y las medidas restrictivas tomadas. Por esa razón no hemos podido verificar algunos datos sobre los sistemas, tarea que queda pendiente para el futuro

Por último, como temática fundamental del debate, se aborda el rol de la enfermería dentro de una discusión más general; discusión que gira en torno que al abandono de las jerarquías dentro del equipo de trabajo y, al mismo tiempo, la atención centrada en el paciente.

En las conclusiones del capítulo 2, se relacionan las buenas prácticas asumidas por una gran parte de la bibliografía analizada, los cuales consideraremos como referentes para el análisis del caso particular, Colombia, del capítulo sucesivo, con un marco conceptual propio.

A partir de aquí, en el capítulo 3 se aborda el sistema de salud colombiano. Primero, analizando la situación del país en términos de su economía y la situación social y regional, debido a que es un contexto difícil en el cual debe actuar el sistema. Luego, se describen las características centrales y, finalmente, se encaran las evaluaciones; éstas reflejan la heterogeneidad de los pensamientos y de los enfoques existentes.

En ese mismo contexto, se realiza el análisis del Departamento de Córdoba y el Municipio de San Antero, con el mismo orden. En ambos casos, se desarrolla un análisis del sistema de salud siguiendo los parámetros de buenas prácticas definidos y, tratando de entender, si se avanzó en los términos de lo que la bibliografía considera, tanto desde el punto de vista de la infraestructura como de las estrategias subjetivas. A manera de conclusión anticipada, se determina que, en los aspectos más conceptuales, especialmente en lo que hace a la atención primaria, las entidades territoriales estudiadas se encuentran en una etapa inicial y poco desarrollada.

Por último, se estudia el modo en que Córdoba y San Antero respondieron a la pandemia con los límites impuestos por la escala nacional y los problemas propios. El alto componente rural del departamento, y del municipio de referencia, contribuyó a que los casos positivos fueran muy pocos en una primera etapa, pero luego hubo diversos momentos en que, si bien los valores no alcanzaban los niveles nacionales, la situación se hizo preocupante como consecuencia de un sistema de salud local precario, muy a pesar de que se evidencian refuerzos en materia de infraestructura.

Expreso mis agradecimientos a todas aquellas personas que respetan mis iniciativas, respaldan mis esfuerzos y contribuyen a materializar mis sueños: a mis maestros, por ampliar las perspectivas e incrementar las posibilidades; a Patricio Narodowski, mis respetos por su gran capacidad de aprender y enseñar, para quien es, de lejos, el nativo más austral de mi departamento.

Dedico esta tesis a Dios, por darme fortaleza en todos los momentos y convertir cada obstáculo en un peldaño para escalar y llegar a mi objetivo.

A mi madre y mis hermanos, por su apoyo y solidaridad frente a las adversidades; por su cariño y comprensión como fundamento de vida.

A mis hijos, Musa, Pame y Nadin que impulsan y sustentan cada momento de mi vida, quienes con su sonrisa iluminan pasado, presente y futuro.

A mi esposo Musa, para quien la infinidad de mis palabras serían insuficientes para llenar el silencio de tu mirada.

1-Los debates sobre la reforma del Estado basada en la descentralización en América latina y en Colombia.

La descentralización en general

La descentralización es el proceso tendiente a compartir la toma de decisiones esenciales y la administración con las unidades de gestión públicas o privadas, los gobiernos locales, las instituciones basadas en la comunidad, según el modelo con el fin de aumentar las posibilidades de la equidad social y regional (BID, 2021).

Desde los inicios de la década de 1980, inspirado en la teoría de la elección racional o public choice, la mayoría de los países de América Latina emprendió procesos de descentralización que están teniendo importantes implicaciones y cambiando el perfil político y económico del continente; la participación del gasto público de los gobiernos subnacionales creció, desde el 10% al 25% del gasto total, aproximadamente. Esta transferencia de recursos y responsabilidades, desde el

nivel nacional hacia el nivel subnacional, está confiriendo una relevancia cada vez mayor al papel de los gobiernos subnacionales como agentes de desarrollo (De la Cruz, Pineda Mannheim y Pöschl, 2010).

Con ello, se intentaba resolver el diagnóstico realizado, que mostraba cómo se gira alrededor de la presencia de un sector público centralizado, con personal subcalificado y mal remunerado, que aplica procedimientos burocráticos y carece de un contacto directo con la población objetivo, razón por la cual no está en condiciones de realizar una serie de actividades sumamente diferenciadas que permitan, a su vez, satisfacer las necesidades de diversos tipos de habitantes de las diversas zonas de un país. Y a todo ello, debemos adicionar la existencia de una percepción general sobre el problema de la transparencia en el manejo de recursos, la cual muestra índices negativos.

Con estas iniciativas de descentralización se proponía, en términos teóricos, empoderar las escalas inferiores mediante unidades descentralizadas e interconectadas, con un rol decisor mayor de la municipalidad, la provincia, etc. Y, naturalmente, sólo puede haber un reparto democrático del poder si existen instituciones democráticas subnacionales con capacidad fiscal vía transferencias o a partir de los recursos propios, según el caso; está comprobado, por demás, que cuando estas capacidades son débiles, el Gobierno central debe utilizar su experiencia técnica para respaldarlas.

Como el Gobierno central deja de encargarse de la prestación de los servicios transferidos, los gobiernos subnacionales son las nuevas entidades responsables, razón por la que intentan obtener recursos, reciben transferencias y administran su propio presupuesto. A su vez surgen o se potencian efectores autónomos (Casaburi, Riggiozzi y Tuozzo, 2005).

OCDE (2015) decía que el aumento de la autonomía trae consigo mayores posibilidades de éxito, pero también de fracaso para las regiones y localidades. En consecuencia, la descentralización también exigirá que se establezcan nuevos mecanismos de solidaridad y de redistribución fiscal para corregir los desequilibrios de riqueza y responsabilidad entre los gobiernos subnacionales. En este sentido, será necesario establecer un esquema más adecuado que el actual sistema de

"compensación", a fin de potenciar un cierto grado de equidad al tiempo que se eviten o minimicen los posibles efectos negativos de los mecanismos de redistribución.

Y en ese camino, el proceso de descentralización permite fortalecer las capacidades de gestión institucional de los gobiernos subnacionales y del resto de los agentes, lo cual resulta en un mayor ingreso del gasto público a nivel subnacional, el fortalecimiento de la democracia a nivel local y mejores condiciones para la participación del sector privado en el desarrollo económico local (BID, 2008).

Además, se plantea reforzar los mecanismos de coordinación intersectorial de políticas a nivel central para garantizar que la reducción de la gobernanza centralizada refuerce, y no reduzca, la coherencia de las políticas. Es que, si no hay eficientes mecanismos de coordinación entre unidades de gestión diferentes, puede ser grave, especialmente en la salud. Además, se pierden economías de escala (Galilea, Letelier y Ross, 2011).

O sea, se esperaba que se lograra la eficiencia fiscal, es decir utilizar los recursos disponibles para lograr los resultados que se desean al costo más bajo posible; de igual forma, la producción y asignación eficiente, es decir el uso de los fondos en políticas más apropiadas; y lograr mayor participación política. Por eso, los diseños tienen en cuenta los mecanismos de gestión junto a diversas estrategias para su estímulo.

Pero en Latinoamérica (Latam) las reformas se llevaron a cabo en democracias con grandes limitaciones. Los mencionados Galilea, S.; Letelier, L. y Ross, K. (2011) valoran una revitalización del municipalismo en la región en el contexto de la nueva institucionalidad subnacional, pero advierten con que estos procesos se requieren de altos niveles de desarrollo y una gran fuerza social regional o local, un capital social con fortalezas institucionales, culturales, educativas y capacidades específicas para la gestión.

Por eso De la Cruz, Pineda Mannheim y Pöschl (2010) sostienen que es difícil verificar una relación clara entre la descentralización y el desarrollo económico, tanto en incrementos de la productividad y el crecimiento como en la mejora de la calidad de vida. Países centralizados, como Reino Unido o Chile⁵, han crecido mucho más que países descentralizados; el primero, además, con niveles de equidad altos, sin lograr una suficiente autonomía fiscal (OCDE, 2020). Han aumentado las transferencias fiscales a los gobiernos subnacionales, los ingresos propios, sobre los cuales dichos gobiernos tienen poder de decisión, siguen siendo bajos. Los diversos autores mencionan resultados ambiguos con referencia a los servicios públicos.

Galilea, Letelier y Ross (2011) dicen que la participación del sector privado ha sido compleja y que se requiere establecer regulaciones eficaces; este punto será central para el sector de la salud.

Los temas del financiamiento han sido resueltos de modo bastante parcial y las entidades regionales y locales, prestadoras de estos servicios, se encuentran limitadas por “déficits presupuestarios estructurales”, contándose sólo con las transferencias desde el nivel federal o estadual (regional), que suelen contener los costos asociados a la planilla salarial de profesionales y funcionarios y un funcionamiento mínimo. Existen situaciones en las que se imponen mecanismos de financiamiento compartido con las familias de los usuarios, acentuándose las brechas entre servicios con o sin aportes privados.

Los programas especiales pro-calidad, ya sea buscando el mejoramiento de la productividad, aportando infraestructuras o equipamientos, o incentivando eficazmente a “maestros y doctores”, han mostrado mucha insuficiencia. En algunas oportunidades, la uniformidad de los sistemas institucionales impide hacer distinciones o pago de incentivos por calidad; en otras, no pocas ocasiones, el aprovechamiento eficaz de nuevas tecnologías de información requieren de un contexto general “mínimo “que no existe.

⁵ De todos modos, Chile ha avanzado con reformas basadas en la descentralización importantes

Las capacidades directivas y del cuerpo de profesionales responsables de estos servicios es vista crecientemente por los especialistas como “la cuestión clave”: los casos de mejoramientos significativos de calidad se asocian a directivos estables en el tiempo, equipos profesionales bien dirigidos, adecuado sentido de trabajo colectivo y fuerte compromiso con la responsabilidad profesional, pero eso no siempre se verifica.

Este diagnóstico puede ser compartido, pero no las propuestas; por un lado, en la versión más radical del enfoque tradicional de public choice, se plantea profundizar el modelo, establecer reglas de juego claras para el establecimiento y desarrollo de los negocios con formas de asociación público-privadas y, al mismo tiempo, profundizar la competencia entre las diferentes unidades territoriales en las diversas sub escalas. Finalmente, los gobiernos locales deben promover la formación de capital humano y políticas de fomento a la innovación empresarial para crear ventajas competitivas.

En cuanto al vínculo con la sociedad civil, se pone más el acento en la información y el control; sin embargo, este enfoque ha puesto sobre la mesa la contradicción que surge debido a las fallas de mercado, incluso, por “exceso de mercado” y, además, por la necesidad de considerar cuestiones vinculadas a la equidad, lo que lleva a no poder desatender la planificación. En este enfoque, actualmente se presta especial atención a diferenciar rectoría, financiamiento, aseguramiento, provisión y se proponen una serie de instrumentos que enfrenten la restricción presupuestaria, la exclusión y la falta de calidad en un contexto de mercados imperfectos (Rosenberg y Andersson, 2000). Por eso, según diversos autores, muchos en el seno de la OMS/OPS, los retos más relevantes que deben enfrentar estos sistemas son adecuar los riesgos con el fin de minimizar los incentivos perversos y maximizar incentivos favorables, cuidando la integralidad de la atención (Bengoa, 1998). De otra parte, también se plantean otros mecanismos de mayor control estatal.

En realidad, es difícil encontrar posiciones que busquen una descentralización absoluta, aunque, quienes valoran el modelo cubano, parecieran plantearlo de algún modo. Lo que sí siguen planteando, algunos como Pirez (2002), que la descentralización funciona como un modo de desresponsabilización del Estado nacional y que los procesos deben plantearse de otro modo. En lo que hace referencia a la salud, se buscan niveles más razonables de la relación entre lo público y lo privado, donde lo público funcione como un eje fuerte y donde, además, el Estado tenga una rectoría sólida.

Descentralización y participación

La descentralización se ha convertido en un componente esencial del concepto de desarrollo participativo y, al mismo tiempo se asume que, si crece la participación, ésta refuerza la sostenibilidad de los proyectos. Se espera que la comunidad se identifique y respalde los programas de desarrollo locales. Esto también tiene amplio consenso, pero Casaburi, Riggiorozzi y Tuozzo (2005) dicen que hay dos vertientes, una relacionada con la racionalidad mercado- sociedad, economicista y despolitizada, y otra vertiente más vinculada a la relación estado-sociedad.

En la primera versión se concibe la participación como un aspecto de la administración de las unidades de gestión por parte de actores autónomos o privados (Sopransi, 2016); se plantea como crucial contar con una comunidad informada, que tenga mecanismos para manifestar preferencias. En esta tendencia, se supone que el Estado no ha sido capaz de resolver los problemas de la posguerra, se asume la presencia de fallas de mercado, incluso de equidad, junto a otras como problemas en la toma de decisiones, segmentación de mercados y dificultades de acceso al mercado financiero, considerando que la solución pasa por el cuasimercado, es decir, la constitución de instituciones surgidas de acuerdos entre privados y a partir de incentivos claros de la política pública, que se constituyen en el segmento del financiamiento, el del aseguramiento y el de la provisión en distintos sectores que eran puramente estatales (Narodowski, 2008).

En la segunda versión, planteada por autores como Boissier (2004), en América Latina la descentralización está vista como una impulsora de procesos de empoderamiento social; en este caso hay menos cuasimercado y más sociedad civil empoderada en distintos momentos de la sociedad, más allá de la participación en el proceso mismo de gestión.

Hay una tercera visión en la cual, la participación social, se entiende como parte de procesos específicos en el que muchos actores son subalternos, tienen grandes demandas y requieren del Estado. Dichos sectores se enmarcan en disputas importantes y, por eso, no serán realmente procesos libres e incluyentes, a no ser que sea mediante el esfuerzo de dichos actores (Sopransi, 2016).

Un tema central es, como plantean los mencionados autores, que este tipo de procesos suponen un concepto de competencia entre diferentes actores, ciudadanos, intereses públicos y privados, y diversas entidades gubernamentales (nacionales o subnacionales), así como la experiencia de interrelación entre grupos acostumbrados a organizarse y a ejercer presión en defensa de sus intereses; vemos, por ejemplo, como en Latam las reformas fueron encaradas con mucho menos recorrido democrático.

Estos tres enfoques y la "identidad" de cada país en su adopción, son centrales para entender los procesos de reforma en general porque, en el primer caso, abundan los mecanismos formales sobre todo en el financiamiento y la gestión, basando el sistema fundamentalmente en incentivos; en el segundo lugar, hay espacio para la participación pero a través de una identidad típica de las organizaciones no gubernamentales, mientras que en el tercer caso ya se involucra otro tipo de realidades organizativas, incluso de los sectores más vulnerables.

También estos enfoques tienen influencia cuando nos referimos a la relación entre profesionales de la salud, la conformación del equipo y la relación con los pacientes, porque en cada caso hay supuestos niveles diversos de compromiso y de capacidad decisoria real y concreta. Más allá de algunas cuestiones básicas, como son el buen vínculo, el respeto, la empatía, aparecen diferencias que no son menores en estos temas (Medina y Narodowski, 2019).

La descentralización en Colombia

Colombia es un país con un PBI per cápita medio que estaba a valores corrientes en 7800 dólares, según el Banco Mundial, contra los cerca de 10 mil de Argentina y México en el mismo periodo, 11 mil en Brasil y 15 mil en Chile.

Desde 1980 a 2012, no es de los que ha tenido la mayor tasa de crecimiento anual, ya que ésta se ubicó en el 1,3% contrario a lo de países similares como Ecuador, Bolivia y Perú que lo hicieron por encima del 4%. Los ingresos mensuales en dólares del 2019, según la OIT, están en \$420; por encima de México, por debajo de Argentina, Brasil y Chile, por dar algunos ejemplos; tiene, a su vez, uno de los coeficientes de Gini más altos, algo inferior al 60%, según la CEPAL. Esta medida subía en Colombia, mientras caía en Chile y Argentina desde los años 90s (Narodowski y Zugbi, 2020).

El país había logrado un nivel interesante de industrialización, aunque no como Brasil, Argentina y México, pero, desde los años 80s, la industria se fue estancando, disminuyendo su participación en el producto bruto hasta alcanzar en los últimos años entre un 9 y un 12% del total, fundamentalmente debido al aumento relativo de las exportaciones mineras y energéticas que en la actualidad representan un cuarto del PBI.

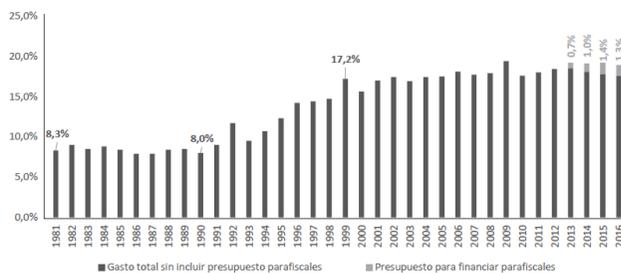
Desde el punto de vista monetario fiscal y financiero el país es valorado por haber reducido la volatilidad macroeconómica y el nivel de deuda pública como porcentaje del Producto Bruto, hasta ubicarse por debajo del 20%; una mejor condición que otros, caso Chile, tomados como ejemplo. Esto, a costa de una reducción de la participación del gasto estatal en el PBI, que actualmente ronda el 25%, lo que hace que se le haga difícil, en ocasiones, afrontar el apoyo que requieren los sectores vulnerables, en un contexto en el que la pobreza, medida por la canasta de \$11 diarios utilizados, por ejemplo en la Argentina, asciende al 60%.

La descentralización se inicia en Colombia con la Constitución de 1991, que es una norma que intentó dotar a las unidades territoriales de autonomía; sin

embargo, en ese afán de equidad, generó excepciones a la prohibición de tener rentas de destinación específica, entre las cuales se encuentran las destinadas a la educación y a la salud de los entes territoriales. Para ello la Constitución sienta las bases del Sistema General de Participaciones (SGP), que pasa a ser la transferencia más importante. Inicialmente, se estableció un sistema que se movía de acuerdo a los ingresos corrientes, algo que se dejó sin efecto y, desde el 2017, pasó a depender del ingreso corriente y su aumento.

En el año 2001 la ley 715 determinó el sistema de distribución de fondos específicamente para la educación y también para la salud. En el año 2016 el gasto del gobierno central se ubicó casi en un 19% contra el 17% de 1989.

Gasto del GNC (% del PIB)

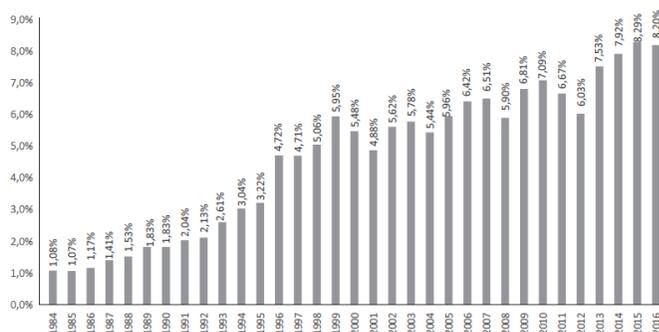


Fuente: MHCP.

Fuente: Comisión del Gasto y la Inversión Pública-Fedesarrollo (2018)

Mientras las transferencias territoriales crecieron fuertemente, pasando del 3% al 4,7% del PBI de 1995 a 2001, después fueron cayendo nuevamente hasta ubicarse en el 3,7% en 2016, debido al cambio normativo que acabamos de mencionar. En línea con esto, las transferencias a entidades territoriales aumentaron del 1,6% en 1984 a un 12% del PBI en el 2016, especialmente por lo sucedido con los municipios ya que las transferencias a los departamentos se frenaron en los años 2000. Los gastos totales en los municipios aumentaron 8 veces. Los fondos propios aumentan, pero de un modo heterogéneo.

Gasto total de los municipios (% del PIB)



Fuente: Comisión del Gasto y la Inversión Pública-Fedesarrollo (2018)

En este punto, hay que anotar que la descentralización es cuestionada desde diversos enfoques porque, además de las grandes asimetrías sociales, se verifican fuertes heterogeneidades regionales medidas en términos de PBI per cápita regional, capacidad de recaudación propia y, también, como síntesis, existen grandes diferenciales de gestión. Un estudio reciente permite ver que hay unos 650 municipios que requerirían fuerte apoyo para afrontar su situación social. (Cante y Jiménez, 2020); según la OCDE (2016) del total de los municipios colombianos hay casi 300 con indicadores bajos de eficiencia o directamente excluidos de los requisitos mínimos para manejar recursos.

Velásquez (2008) dice que estuvo mal hecha y cuestiona la re-centralización de finales de la década del 90, cuando el gobierno de Samper culpa a la descentralización y a su régimen de transferencias como responsable del déficit fiscal nacional; luego, el gobierno de Pastrana Arango, mediante una serie de reformas que incluyen el control del endeudamiento de las entidades territoriales por parte del Ministerio de Hacienda, establece topes en el gasto de funcionamiento y, con la creación del SGP, busca recuperar el poder de decisión y capacidad de inversión. Finalmente, es así como la ley 715, despoja de su esencia territorial a la descentralización, privilegiando o favoreciendo la dimensión sectorial. Este autor propone profundizar el otorgamiento de competencias y recursos a los gobiernos territoriales y departamentales para que, mediante la colaboración de sus comunidades y del gobierno nacional (en lo necesario y

conveniente), impulsen dinámicas de desarrollo que mejoren la calidad de vida de sus habitantes.

Ese centralismo también es el eje de las críticas de los gobernadores en los últimos años; Caldas (2020) recoge los discursos de un foro de la Federación Nacional de Departamentos en la que se hace hincapié en esta cuestión, como un problema central de la falta de capacidades en las escalas inferiores; se plantea que más que una descentralización es una delegación acotada. Por su parte, el gobierno replica que falta iniciativa.

Hay otra línea explicativa cercana a la teoría de la elección pública que relaciona problemas de gestión y participación, pero asociado al funcionamiento democrático en general y de las instituciones que contempla el modelo (Departamento Nacional de Planeación, 2016). Más en línea con un enfoque de la sociedad civil, Cardona dice que el problema es que los beneficios del desarrollo territorial no se han realizado porque no se ha dado lugar, realmente, a la democracia participativa, especialmente por la distancia entre las supuestas aspiraciones del modelo y la práctica.

Hasta aquí se ha discutido la reforma del Estado y la descentralización en general, en el próximo capítulo se analiza, el debate específico respecto a la reforma de la salud, llegándose a un conjunto de principios de buenas prácticas que parecen tener consenso, para luego en el capítulo 3 entrar al caso colombiano con un marco conceptual propio.

2-La discusión sobre la reforma de la salud

Cambios en las exigencias de los sistemas

Como en el debate sobre la descentralización en general, ha habido en la salud dos posiciones: la versión extrema de la elección racional, con fuerte presencia en el discurso de Colombia, parte de limitar a un número estrecho los bienes públicos, financiando solo algunos servicios esenciales y se basa en la construcción de

cuasimercados. Desde otra posición, se tiene el enfoque que, discursivamente, gira en torno al derecho a la salud y la equidad llamado comúnmente sanitarista; éste, según López Arredondo (2009), parte de las condiciones sanitarias como una clave, se pone énfasis y en el rol del Estado y la lógica colectiva; se focaliza, además, en las políticas públicas para afrontar el tema de los determinantes de la salud, en la APS y las redes. Como veremos, en el caso colombiano, el enfoque de redes ha sido planteado para acercarse al segundo planteo (Franco Giraldo, 2012).

Los sistemas de salud, en los últimos años, han recibido una fuerte presión generada por el aumento del gasto debido a dos fenómenos vinculados entre sí: el envejecimiento de la población y el surgimiento de costosos instrumentos de diagnóstico y de tratamiento vinculado a las nuevas tecnologías. En el primer caso, nos referimos al aumento de la esperanza de vida, incluso en América latina, donde una buena parte de los países atraviesa una etapa intermedia de transición demográfica. Este envejecimiento repercute en distintos factores: en primer lugar, las dificultades para sostener los sistemas de jubilación que disputa fondos, incluso, con el sistema de salud; por otro lado, aumentan los porcentajes de fallecimientos por causas prácticamente naturales en personas que superan los 80 años y esto genera grandes cambios en los sistemas de cuidado. Pero tal vez lo más importante es que cambia los tipos de enfermedades predominantes, especialmente crecen las afecciones isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares y, al mismo tiempo, aumentan las enfermedades crónicas que en muchos de nuestros países conviven con antiguas enfermedades infecciosas y también respiratorias debidas a la situación de contexto (OPS, 1998). Incluso, hay que tener en cuenta las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer o la demencia senil.

Según un informe del BID, citado por Ibararán (2019), este envejecimiento es causa del 15% del aumento del total de la mortalidad por enfermedades crónicas; pero este estudio muestra que hay otros factores que influyen, especialmente la vida sedentaria, las dietas no saludables, así como el consumo de alcohol y tabaco.

En paralelo, se produce hace muchos años una gran evolución de la tecnología de la salud, que es probablemente la causa principal de ese envejecimiento; a eso se

le agrega un gran cambio actual en el que diagnóstico y tratamiento van de la mano, ya que la investigación clínica permite asociar cada tratamiento a un biomarcador clínico, metodología que tiene un gran campo en el cáncer y en las enfermedades degenerativas. También influye el hecho de que las nuevas tecnologías se difunden rápidamente y los pueblos exigen estar cubiertos por ellas, ante estas diversas enfermedades; lo que exige al mismo tiempo tener un sólido sistemas de costo - efectividad para lograr un equilibrio razonable en el uso de las mismas.

Pero lo importante es que todo este fenómeno explica, según las fuentes, entre el 30 y el 50% del incremento del gasto; esto sucede, especialmente, porque los medicamentos de base biotecnológica son muy caros (González López-Valcárcel, 2010). Una solución a esta cuestión es la constitución de fondos o reaseguros para tratamientos de alto costo (Etienne, 2015).

Hay otra causa importante que presiona el aumento del gasto, más allá de las dos mencionadas, y es el aumento del número de pacientes tratados, ya que estos procesos se han dado junto a un aumento de la presión de las instituciones internacionales para que los sistemas garanticen la cobertura sanitaria universal; dicho concepto está en la Constitución de la OMS de 1948, en la Declaración de Alma Ata de 1978, y que las Naciones Unidas lo tienen como parte de los Objetivos de Desarrollo para 2030 (Naciones Unidas, 2020).

Pero el concepto ha ido mutando y hoy es más complejo, significa que las personas y las comunidades tengan posibilidades de recibir los servicios de salud, pero sin penurias financieras (equidad en el acceso), y que los servicios sean tan buenos como para mejorar la salud (igual calidad). A su vez, para que esto sea posible, la OPS (2021) ha impuesto el debate sobre la necesidad de abordar multifactorialmente los determinantes sociales de la salud, que tienen entre sus causas generales el contexto socioeconómico y político de cada comunidad en las diversas escalas, también la coyuntura económica; pero, además, se incluyen las culturas, porque éstas tienen una gran influencia en el proceso de brindar salud. La situación de las comunidades, concretamente, va a estar influenciada por la situación social específica, la raza o etnia, etcétera, mientras que, la de la persona,

va por el sexo. En muchos casos las intervenciones más generales sobre el hábitat son tan fundamentales como el acceso específico a la atención.

Y el otro tema central es la reducción de los copagos, ya que ellos impiden ese acceso y cobertura universal porque representan una restricción fuerte en la entrada, generando la principal barrera para los sectores vulnerables. Etienne (2015), como Directora de la OPS/OMS decía, por entonces, que los gastos de bolsillos no deberían superar el 20% del total del gasto en salud, y que hay países que sobrepasan ese porcentaje largamente. Incluso, eso tiene un efecto pernicioso, porque aumenta el riesgo de caer en la pobreza.

Un análisis de las características de la universalidad de los distintos países, finalmente nos llevaría a tocar la cuestión de los sistemas de seguro, cuestión central en el caso colombiano. En este tema hay tanta variedad, como en otros a nivel mundial, pero podríamos decir que los seguros pueden diferenciarse cuando es público, o sea, administrado por el Estado; puede ser financiado directamente por rentas generales, como el del Reino Unido; será social, cuando el aporte surge del empleado, del empleador y de aportes del presupuesto nacional, como en muchos países europeos. En países como Argentina o Italia son los propios Ministerios los que gestionan la provisión estatal con un conjunto de prestaciones generalizadas.

Hay casos, como los de EEUU, Chile y Colombia, que han constituido seguros públicos, pero acotados a cubrir sectores vulnerables de la población. Los sistemas se diferencian en cuanto a si puede haber seguros privados paralelos o sólo, como en Francia, complementarios; otros, como el de Argentina, pueden representar una doble cobertura (Roa Buitrago, 2009). Más allá de estas diferencias, lo central son las listas positivas de cobertura, veremos que, en Colombia, la misma se fue ampliando para los sectores pobres con el paso del tiempo.

La Organización Panamericana de la Salud (2006) decía que, junto con los beneficios que estos procesos conllevan en términos de acercar las decisiones y la administración de salud a las necesidades de las personas, también representan un riesgo de pérdida de integralidad del sistema, acentuado por la tendencia de los

establecimientos de salud a la operación aislada, creando condiciones de fragmentación del sistema sanitario, por lo que es muy importante afrontar dicho fenómeno sino se quiere poner en riesgo el acceso y la equidad. También resalta que estos procesos se han llevado a cabo con fuerte presión a la disminución del gasto público y reducción del tamaño del Estado.

Temas centrales del debate

En este contexto mundial, muchos trabajos ponen énfasis en las tendencias mundiales de los sistemas de salud para dar respuesta a sus interrogantes, especialmente en los países centrales. En Latam, inicialmente, se puso énfasis en la descentralización, focalización, autonomía y estímulo al sector privado, incluso para las áreas sociales. En ese marco, todos los países de la región han implementado algún proceso de descentralización de las responsabilidades operativas, técnicas, administrativas y, con frecuencia, también financieras en el sector de la salud; por momentos, en forma más fuerte que en los países desarrollados.

Luego de esa primera reforma, Di Gropello y Cominetti. (1998) caracterizaban distintos modelos: el de Argentina, por la ausencia de una política integral, modelos heterogéneos de salud provinciales, la municipalización de la atención primaria y una fuerte desregulación del mercado asegurador; Brasil, se caracterizó por su relativa gradualidad y mayor desorden entre financiamiento y provisión de las distintas esferas y escalas de gobierno, así como por un énfasis en el control social de la gestión y la participación, como los consejos de salud.

En Brasil la organización del Sistema Único de Salud ha sido planteado como la victoria sobre el modelo neoliberal (Cohn, 2008), pero sufrió graves problemas especialmente en lo que hace a la cobertura hospitalaria de calidad; también fue difícil de garantizar la atención en las regiones pobres. En Chile, el grado de descentralización es parcial, en la medida que los municipios no tienen autonomía y funciona como un intermediario entre el nivel central y los proveedores y

profesionales que operan en el nivel local, salvo lo que se refiere a la atención primaria de salud, como en Argentina, que es un caso de fuerte presencia de seguros y proveedores privados, pero este aspecto se irá corrigiendo, luego, en parte. En ese marco, la comunidad no cuenta con mecanismos de participación formal que permitan contribuir a la función de control.

También Colombia se analizaba como un sistema descentralizado, similar al argentino de esos años, aunque en este último el rol del sector público, en la provisión, ha sido mayor, como en Brasil; aunque, desregulado, como en el ejemplo chileno. Para complementar, la participación de la comunidad en la toma de decisiones era considerada moderada.

En México es posible caracterizar, como uno de devolución híbrida en el nivel intermedio, el nuevo modelo de descentralización que se instaura a partir de 1996, en el cual se transfieren recursos y responsabilidades a los Estados. En este esquema hay un traspaso importante del poder de decisión en diversas áreas; de otra parte, el nuevo modelo implica todavía una fuerte dependencia del poder central en materia de recursos financieros.

A continuación, se ven los diversos aspectos que caracterizan al sistema actual y los debates, que luego permitirán el análisis del caso colombiano.

a) El gasto

Las condiciones de salud están estrechamente ligados a los determinantes sociales, especialmente los impactantes en los grupos más vulnerables. Si se observa el análisis que hace la OPS (2003) de la exclusión, se puede establecer que primero analiza los factores, como son la pobreza, la ruralidad, factores étnicos y factores relativos a la organización y estructura del sistema de salud. Las cuestiones que hacen a las condiciones generales, explican la exclusión en Perú en un 54%, Paraguay en un 53%; Ecuador un 41%. Esto, en un contexto en que la población presenta una tendencia hacia el envejecimiento, conlleva al aumento de enfermedades de tipo crónico (OPS, 2008), sin que se hayan resuelto las enfermedades vinculadas al subdesarrollo.

La OPS (2010) plantea, entre los diversos problemas y sin que sean los únicos, el de la cantidad, calidad y distribución de los recursos, así como las prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales. Para Lugo (2007), la reforma no pudo parar el progreso de una medicina costosa, especialmente para los pacientes cubiertos; además, dicha reforma es desfinanciada e ineficiente.

El gasto per cápita, según OMS y OCDE online, en América latina es muy heterogéneo, pero hay países que están muy por debajo de los 500 dólares contra un promedio de 4800. De ese gasto total, el promedio de aporte estatal en América latina es del 55% contra niveles cercanos al 95% del Reino Unido o Francia.

En este punto, si tomamos, la densidad de médicos por cada mil habitantes, por ejemplo, tenemos que mientras que el promedio de los países centrales europeos está cercano a 4, el de América latina es cercano a 2.5, con algunos países que están muy por debajo; y la falta de acceso a medicamentos y tecnologías, por motivos económicos, culturales y geográficos, es tal vez el problema mayor. El hecho de que su adquisición dependa mayoritariamente de gasto de bolsillo limita, a veces, seriamente una atención completa e integral. Los medicamentos representan entre el 20 y el 60 % del gasto en salud en los países en desarrollo, y cerca del 90 % de la población compra directamente medicamentos de sus bolsillos constituyendo este el mayor gasto de las familias después de los alimentos. Por otra parte, más del 90 % de la producción medicamentos está concentrada en un pequeño grupo de países desarrollados y el valor de los medicamentos tiende a crecer (Suárez Jiménez, 2010).

Si se analiza algunos países seleccionados, puede verse que Uruguay y Chile tienen los máximos PBI per cápita y ambos tienen, proporcionalmente, los más altos gastos en salud per cápita superando, en 2017, los 1350 dólares; la diferencia es que Chile tiene una distribución del ingreso más regresiva que Uruguay y, por otro lado, tiene un gasto en salud pública mucho más bajo, incluso, que Argentina

que no está en el cuadro. Ambos países han logrado indicadores de salud muy positivos.

Colombia muestra una distribución del ingreso muy regresiva junto con Brasil, de las más altas del continente, pero tiene un PBI per cápita relativamente bajo y un gasto en salud también muy bajo, cercano a los \$450, aunque no está entre los que menos gasto público presentan, ya que está cerca del 70% del total. En el cuadro pueden verse también dos indicadores de salud (Medina y Narodowski, 2019b).

Indicadores demográficos, económicos y de salud en países seleccionados

Países	PIB per cápita- US \$ (2017) ¹	Índice de Gini (2018) ²	Brecha de pobreza, menos de US\$ 3,20 al día % pob (2018) ³	Gasto en salud per cápita -US\$ (2017) ¹	% gasto público en el gasto total en salud (2017) ¹	Gasto público en salud como % PIB (2017) ¹	Razón de Mortalidad Materna (2017) ⁴	Tasa de mortalidad infantil (2017) ⁴
Bolivia	3.419	42,2	4	220	68,5	4,4	160	24,0
Brasil	9.810	53,9	4	929	41,9	4,0	64	13,4
Chile	15.384	44,4	0	1.382	50,1	4,5	17	7,1
Colombia	6.355	50,4	4	459	67,8	4,9	51	16,8
Cuba	8.433	SD	SD	988	89,4	10,5	44	4,0
Uruguay	17.120	39,7	0	1.592	70,8	6,6	15	6,6
Venezuela	7.977	46,9	10	94	15,9	1,2	82	15,2

Fuente. Giovanella L y otros (2020)

Estos datos, de todas maneras, pueden ser engañosos porque la multiplicidad de fuentes de financiamiento, con una fuerte participación de recursos de base contributiva, en un contexto de un mercado de trabajo muy desigual y alta informalidad y serias desigualdades territoriales dependientes del desarrollo económico de cada región, provoca diferentes cantidades y calidades de atención OPS (2011).

Por eso Arriagada I, Arnada V y Miranda F. (2005) conectan la necesidad de definir los recursos óptimos para salud, paquetes básicos de garantías o paquetes dignos obligatorios de prestaciones y mecanismos de ajuste de riesgos de exclusión. Un tema central en este sentido, es establecer prioridades en cuanto a cobertura; por ejemplo, Uruguay incluye a toda la población y proporciona atención universal predominantemente en atención primaria ofreciendo, además, un amplio catálogo de servicios más complejos. Desde la misma óptica, el plan de Acceso Universal

con Garantías Explícitas (AUGE) de Chile, incluye derechos legalmente exigibles a un grupo priorizado de enfermedades, sin negar atención de salud para otros trastornos que quedan sujetos a listas de espera y una APS todavía limitada. Lo mismo sucede en Colombia. Por su parte, Brasil y Argentina no priorizan la atención pública, aunque de hecho hay restricciones por problemas de presupuesto (Vega y Frenz, 2014).

b) Las escalas y las unidades de gestión, lo público y lo privado

Ante todo, hay consenso general con la idea de la OPS (2017) de que la introducción de incentivos económicos exige, en paralelo, sólidos mecanismos de rectoría estatal, probablemente en el contexto de nuevas estructuras. Es muy importante la acotación de Finot (2002), de que se debe realizar un mayor esfuerzo en regular y controlar los cuasimercados emergentes, en cuya aplicación los gobiernos locales deberían cumplir un papel relevante.

Se presta especial atención a la tensión entre intereses privados y objetivos de políticas públicas en medicamentos, así como la necesidad de mecanismos de regulación fuertes. Del mismo modo, se plantea la exigencia de fortalecer una gobernanza estatal en la formación de los recursos humanos, lo que se puede realizar, en algunos casos, con superintendencias o desde el Ministerio de Salud o de los seguros públicos; el desafío es lograr un aumento del poder político y técnico para garantizar los objetivos de la política implementada. Sin embargo, a nivel regional se observa una débil capacidad para ejercer la función rectora y para ejercer liderazgo intersectorial de forma efectiva.

En lo que hace a los niveles de descentralización de la decisión administrativa y el financiamiento, surgen en la práctica diversas combinaciones que vienen relacionadas a la escala de la gestión. Esto es así porque, los sistemas totalmente descentralizados y con alto componente privado, parecen tener altos costos de transacción, resultados poco tangibles y contradicciones respecto de los valores de calidad y equidad (Sojo ,2000). La autora en mención, recomienda el modelo británico por mantenerse centralizado en el seguro, pero con unidades de gestión autónomas, como veremos más adelante.

Justamente, en cuanto a la provisión se refiere, es evidente que, como dice Minué Lorenzo (2013), se va hacia un aumento de la participación del sector privado de servicios sanitarios; sin embargo, en su argumento cita diversos trabajos que muestran que la calidad de la prestación de ambos sectores es similar, especialmente en países y regiones de ingreso medio y bajo; en ese mismo documento, se menciona un trabajo del que surge que, si se aumenta el gasto público, hay una mayor reducción de la mortalidad evitable, si se aumenta la inversión en el sector privado, esto no sucedería.

En general, se observa que cuando la satisfacción de los pacientes es menor en el sector público es debido a la falta de recursos; otro tema central es que los pacientes recibían mejor atención en cuanto a lo que suele llamarse “hotelería”, pero a un mayor costo. Además, en el sector privado se prescribían ineficientemente los diagnósticos y los tratamientos, pero el sector público era más apático a las problemáticas de los pacientes, salvo ante hechos graves.

Una forma que se ha utilizado, para resolver la cuestión, ha sido la dotación de autonomía a las unidades estatales. El caso del seguro británico, el NHS, es interesante por los buenos resultados, pero ese modelo se asienta en una gran cantidad de hospitales y en una APS, con una gran autonomía de ambos elementos. Modelos similares han seguido Holanda, Noruega, Portugal, República Checa, Estonia; mientras que el gobierno catalán ha ido por el camino de la provisión indirecta o las concesiones sanitarias administrativas, con resultados menos alentadores.

Por otro lado, aún quedan hospitales públicos y de gestión política directa en los que ha habido cambios importantes en la gobernanza (Durán y Saltman, 2013). En países como Francia o Italia son mayoritarios; en el primer caso, la APS es privada y, en el segundo, es pública. Por último, hay países como Canadá o Alemania que no han desmontado el aparato de hospitales del tercer sector, independientes aunque con una alianza sólida con el Estado.

Si se analizan los países latinoamericanos, Argentina, Brasil y Chile, éste de un modo más acotado, tienen hospitales y atención primaria estatal para los sectores no cubiertos con otro tipo de seguros, y con escasas innovaciones de la gestión,

salvo excepciones. Los análisis que se hacen comparando ambos sistemas, son similares a lo planteado más arriba (Medina y Narodowski, 2019b).

En varios de los países latinoamericanos como Brasil, la provincia Buenos Aires de Argentina, Chile y Colombia, en los que el sistema público cubre a los sectores vulnerables, ya sea por la normativa o en la práctica, hay una problemática adicional que es el hecho de que el nivel secundario y la atención primaria no responden a la misma autoridad administrativa, lo que se constituye en un elemento adicional a la fragmentación y segmentación reinante. Para Chile, dice Bass del Campo C (2014), pero parece reflejar al resto de las realidades, que ese ordenamiento genera remuneraciones bajas y además dispares, también genera gran rotación de profesionales, programas de capacitación diferentes y falta de coordinación entre niveles.

Barroeta Urquiza J (2012) dice que los modelos marchan a fusionar lo público y lo privado, pero también a fortalecer al sector público con recursos y someterlos a un enfoque de gestión con herramientas de dirección, pero preservando los objetivos de la solidaridad y la equidad, tanto en APS como en hospitales.

c) La participación social

Como vimos, el problema principal es, por la historia de los países e incluso por la estrategia de generar alternativas y competencia, la presencia de diferentes subsistemas con distintos mecanismos de financiamiento, afiliación y provisión. La OPS (2006) planteaba como algo central, garantizar la participación social en los asuntos de la salud pública a partir de la generación de instancias institucionales y formas organizacionales reales que faciliten la interacción social, incidiendo en los procesos concretos. Por un lado, porque puede aumentar la responsabilidad de ciertos sectores, pero sobre todo, porque la calidad de la atención depende de los diversos aportes y opiniones en términos generales y en el consultorio.

Además de las instancias en las que pacientes, ciudadanos, y comunidades participan de las unidades de gestión directamente, organizando sus propias empresas autónomas o en consejo de administración, muchos países han establecido sistemas de consulta política, sobre todo en los procesos de

planificación estratégica. La biografía en comento menciona el caso de los Consejos de salud brasilero.

La experiencia es interesante porque los consejos se constituyeron con un objetivo claro y honesto de lograr la participación, pero se detectaron problemas para lograr ese cometido. A este respecto, Lena (2006) dice que hubo encubrimiento de la información, manipulación por parte de los representantes de la autoridad, incluso, uso de un lenguaje que dificultaba el diálogo, especialmente, por parte de los médicos. Los diferenciales de poder se reflejaban nítidamente, los consejeros usuarios se veían muy disminuidos.

c) La Atención primaria, los hospitales y la red

Siguiendo a la OPS (2010), se plantea que, sumado al problema de la segmentación institucional del sistema, la descentralización en un marco poco adecuado, hay un predominio de la atención focalizada en enfermedades y el cuidado de episodios agudos en base a la atención hospitalaria; también existe debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria, conllevando a que estas unidades trabajen, además, con gran descontrol. Ross, Zeballos y Infante (2000) muestran que al menos, hasta el 2000, había un gran atraso en cuanto a calidad, a la capacitación del personal en esa área, a las evaluaciones públicas exhaustivas, a las acreditaciones internacionales, y en cuanto a los comités para el control de infecciones.

Para afrontar estas cuestiones y, especialmente, desde Alma Ata⁶ se ha puesto énfasis sobre el rol de una APS integral, integrada y con influencia sobre la organización del sistema de salud, a partir de la necesidad de responder a las condiciones sociales ya mencionadas y mejorar la efectividad de los servicios de salud. La dificultad en América Latina es que esto debe realizarse en el marco de sistemas de salud segmentados, con fuerte presencia del sector privado y con

⁶ Se suele mencionar así a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud llevada a cabo en esa ciudad de en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, organizada por la OMS/OPS y Unicef.

limitada capacidad redistributiva del gasto público; Por eso, será acompañada de la idea del rol del estado en este nivel y el enfoque de redes (Báscolo, 2011).

Es importante tener en cuenta que se han mencionado diversos enfoques para la APS; por una parte, la OPS (2007) cita la definición de Alma Ata “como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...]. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”. Por otro lado, menciona el esquema que se centra en un número limitado de servicios como lactancia materna, control del crecimiento, e inmunización, suplementos alimentarios, etc., especialmente dirigidos a los pobres, lo que asume la tarea como la puerta de entrada al sistema de salud, relacionada especialmente con la derivación hacia médicos especializados.

Los documentos de la OMS y de la OPS están influidos por el trabajo de Bárbara Starfield y, fundamentalmente, por los atributos que ella planteó. En primer lugar, se entiende la atención primaria como el subsistema que permite organizar al conjunto del proceso en contraposición a los esquemas basados en la atención especializada y en el hospital. Se trata de brindar accesibilidad y primer contacto, es decir, el mencionado filtro, intentando que este momento no sea realizado por la emergencia como sucede en buena parte de los sistemas de salud, al menos de América latina. Esta etapa permite minimizar el uso de pruebas diagnósticas y mejorar la relación con especialistas y con el segundo y tercer nivel de atención, pero sobre todo sentar las bases de una mejor continuidad asistencial (Starfield, 1998; Macinko, Starfield, Shi, 2003).

El segundo atributo es la longitudinalidad, es decir, establecer una relación personal más allá de esa continuidad o, dicho de otra manera, lograr que el paciente tenga un sentido de pertenencia y al mismo tiempo generar una

responsabilidad de los profesionales de la salud para todas las etapas de la atención. Este atributo es especialmente importante para el tratamiento de enfermedades crónicas y, naturalmente, es fundamental para la atención centrada en el paciente.

En tercer lugar, tenemos la idea de integralidad, esto significa atender al paciente en el conjunto de sus dimensiones y no a partir de situaciones específicas, que es lo típico del servicio de urgencias. Incluso, este concepto puede ser entendido no sólo en el plano de cada individuo sino de las necesidades de la comunidad.

Por último, la atención primaria debería generar una coordinación con los especialistas y con el segundo nivel de atención, al mismo tiempo sistematizar la información sobre el paciente en este nivel.

Los trabajos citados fueron plasmados en un documento de la OPS (2007) llamado “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”, que tuvo gran repercusión. En dicho texto, se hace una distinción entre las distintas definiciones ya mencionadas y se trata de alcanzar una síntesis, como la planteada anteriormente; se incorporan una serie de principios que pasan a ser importantes en la OPS como la equidad, la solidaridad y, también, se plantea la necesidad de llevar a cabo servicios orientados hacia la calidad, pero en el sentido de anticipación, trato digno y respeto, además de la visión de la eficiencia y la seguridad y la rendición de cuentas. También se hace énfasis en la participación y la orientación familiar y comunitaria.

Hay una cuestión muy difícil de realizar, por lo costoso y por las escasas capacidades de llevarlas adelante del sector privado, que es la promoción y prevención unida a la participación comunitaria y familiar, y a la idea del cuidado apropiado en todas las dimensiones del territorio mediante acciones intersectoriales.

En este documento es muy importante el análisis de las lecciones aprendidas que será reiterado en muchos documentos posteriores; por un lado, la reticencia del sistema en su conjunto a dejar el modelo curativo, sobre todo con las restricciones existentes y las urgencias que surgen habitualmente, la debilidad de la alianza que sostiene estos valores y la incapacidad de ampliarla a otros actores del sistema y

al mismo tiempo lograr un compromiso político real, tanto en términos de aumento de los recursos, como de la imposición de estos principios culturales, para que la reforma no sea solamente formal.

Uno de los aspectos a tener en cuenta, además de lo enumerado, que como plantean de Sousa Campos, Wagner (2005) para el caso brasilero, fortalecer la función clínica para afrontar semejante diversidad con un volumen de conocimientos coherente.

Desde nuestro punto de vista la tarea de puerta de entrada, evaluación de riesgo y de vulnerabilidad de pacientes, familias y comunidades, clínica ampliada y acompañamiento familiar y comunitario, son indisolubles. El tema es la metodología con que se encara la atención en este nivel y la relación con los otros niveles. Pero la política de APS, del modo en que aquí se planteó, requiere sortear un conjunto de obstáculos institucionales, presupuestos, capacidades institucionales, capacidades del equipo, subjetividades, más allá del cambio de estructuras (Ase y Burijovich, 2009). Un detalle es que en el sector privado hay una menor focalización en el primer nivel e, incluso, en muy alta complejidad, así como también hay niveles intermedios sobredimensionados (Otero, 2013).

En ese sentido es interesante el caso del Uruguay porque refleja, de algún modo, diferencias en los procesos de fortalecimiento de APS: el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) favorece directamente el desarrollo de la APS en la medida de que en el Programa Integral de Prestaciones y los contratos con los proveedores se explicitan las pautas que deben seguir en relación a la oferta de cada nivel de atención, con énfasis en la APS, pero sin obligatoriedad.

De todos modos, la investigación de campo de Sollazzo y Berterretche (2011) muestra las dificultades de la coordinación público-privada, a nivel público se reconoce un mayor grado de avance; en dicho estudio se determina que, si bien se fue ampliando la cartera de servicios del primer nivel, los entrevistados dicen que es inadecuada y que existen diferencias geográficas importantes, que los servicios no llegan a nivel rural; y si bien se han normalizado los tiempos de espera para la consulta en el primer nivel de atención, los tiempos de espera son superiores a la norma. Igualmente, se verifica una baja disponibilidad de

enfermeras y una fuerte concentración de personal en la capital. A diferencia de lo que sucede en diversas provincias de Argentina y en algunos estados de Brasil, la normativa sobre equipos de trabajo en APS está retrasada.

En el caso del Programa de salud de familia de Brasil, la estrategia se desarrolló en el ámbito del sistema único de salud brasileiro, en la esfera pública desde 1994, con el objetivo de reformar y reorganizar la atención primaria en los sistemas municipales, poniendo su eje central en la formación de equipos multidisciplinarios, incluyendo agentes comunitarios. En general, las evaluaciones han sido de diverso calibre, pero fundamentalmente se suele concluir que la estrategia tiene grandes potencialidades y que en su implementación hubo problemas de financiamiento que dificultaron la sostenibilidad. Al mismo tiempo, y como cuestión fundamental, no se logró un objetivo primordial como era el dejar de lado la óptica basada en la enfermedad, ni se logró una cohesión real y concreta del equipo de trabajo que permitiese la tan ansiada integración (De Sousa, Merchán, Machado, 2011). El programa fue resistido por un sector de los profesionales y debilitado luego de la caída del gobierno del Partido de los Trabajadores.

Desde el punto de vista de los profesionales, las exigencias de la APS a veces parecen contradictorias, como los bajos salarios, el pluriempleo, flexibilización de los contratos vía cooperativas o similares, que junto al contexto de la falta de recursos humanos, materiales y medicamentos, y el hábitat de trabajo, pueden provocar un fuerte desgaste profesional (Machado y Pereira, 2002).

Por lo expuesto anteriormente, es que se plantea la APS y se la asocia a las redes o formas similares de integración, lo que constituye una modalidad organizativa y de gestión; pero si bien, a pesar de que se presenta formal y normativamente, es necesario que se entienda como voluntaria, o al menos, entre miembros que aceptan participar en ellas. En ese caso, significan adaptabilidad, apertura, horizontalidad (Dabas y Perrone, 1999).

En el caso de la salud importan, especialmente, las redes de establecimientos y servicios porque pueden ser un mecanismo de coordinación entre los subsectores públicos, seguridad social y privados a nivel local, provincial, regional y nacional; se trata de un proceso eminentemente político en el que participan varios actores

y fuerzas sociales, amalgamados por el objetivo común de mediano y largo plazo, conflictivo y complejo. La existencia en cada país de fuerzas sociales con capacidad de liderar el proceso, es un factor decisivo; dentro de estas fuerzas sociales, podemos considerar a instituciones del sector, universidades, sindicatos, y usuarios organizados. Se suelen dar los ejemplos de experiencias en Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica y Cuba, pero las mismas, muchas veces, son resistidas por otros sectores, ya que implicarían una limitación para los actores privados y más autónomos, como es el caso de Colombia.

Para definir las correctamente, López Puig, Alonso Carbonell, García Milián y Fernández Díaz (2009) mencionan la existencia de una población y/o territorio a cargo bien definido y un amplio conocimiento de sus necesidades, que la oferta de salud esté bajo un único paraguas organizacional, que pueda realizarse el servicio en el lugar más apropiado y con una acción intersectorial amplia, en lo posible en ambientes extra hospitalarios, con un sistema de gobernanza participativa.

Para lo anterior, se recomienda la estandarización mediante guías o procedimientos formales y la utilización de indicadores de estructura, procesos y resultados, lo que puede conducir a una burocratización peligrosa y, finalmente, que no se superen los problemas de coordinación entre niveles asistenciales. La concertación es un trabajo arduo, pero puede permitir que se alcance un objetivo común sin tantos conflictos, sólo así se podrá garantizar una atención integrada (Terraza Núñez, Vargas Lorenzo y Vázquez Navarrete, 2006).

El tema es que hay diversas identidades, jerarquías e interdependencias, por lo que se espera del Estado coordinación en las diversas escalas, pero esto no es sencillo. Por eso los diversos países han intentado formalizarlas con esquemas específicos, Navarrete, Lorenzo, Calpe y Núñez (2005) por ejemplo, analizan diferentes formas de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) ya sea verticales u horizontales, ya sea con una única propiedad o constituidas por entidades independientes, relacionadas mediante contratos o proyectos de colaboración; para que las mismas funcionen, debe haber un sistema de incentivos asociado, procesos constitutivos claros pero, además, una cultura colaborativa y un liderazgo.

Si bien en la bibliografía no hay definiciones taxativas, queda claro que no se recomienda que la red se centre en el sistema hospitalario sino en APS, requiriendo, además, cambiar la identidad hospitalaria y la forma como se relacionan los distintos actores. Los hospitales son centrales, pero si persiste el statu quo de la cultura organizacional hospitalaria actual, la red se hace difícil (Ocampo-Rodríguez, Betancourt-Urrutia, Montoya-Rojas, Bautista-Botton, 2013).

En lo que hace al modo en que podría haberse abordado la pandemia desde la atención primaria y las redes, Giovanella y otros (2020) plantean que las cuarentenas podrían ser vistas como medidas de promoción de la salud, más allá de lo que podría haberse hecho y que se analiza a continuación; en muchos casos, ni siquiera se sostuvieron, salvo excepciones, las actividades de promoción habituales.

La mencionada autora valoriza la experiencia de Chile, en la Argentina y en ciertos municipios de Brasil, donde proliferó un abordaje integral en el que los centros de atención rastrearon diariamente el territorio y, mientras lo hacían, brindaban información y colaboraban en lo que podían; al mismo tiempo hubo elementos de solidaridad como ollas populares y colaboración en la entrega de alimentos, tarea que fue muy frágil también en Chile y en Colombia.

Los centros de salud llevaron sus propios mecanismos de seguimiento y habilitaron, efectivamente, sus celulares para conectarse con los pacientes, contagiados o no, en todo momento; en otros casos, la entrega de números celulares para llamar fue sólo formal porque éstos, muchas veces, estaban apagados, sobre todo fuera del horario de trabajo.

En el documento citado se agregan otros elementos que podrían abordarse como la formación de comités barriales alrededor de los centros de salud y, entre las medidas concretas, el cuidado de los casos menos graves en forma domiciliaria, que el seguimiento incluye la visita hospitalaria o el diálogo telefónico con los parientes en dicho momento. Todo esto fue desarrollado en los países donde hay una atención primaria estatal fuerte y aun así los niveles de compromiso siguen siendo heterogéneos.

d) Rol de la enfermería, equipo de trabajo y estrategia centrada en el paciente

Además de priorizar la promoción de la salud y prevención de riesgos y daños, y de basarse en un primer nivel de atención de calidad conectado en una red integral que cubra todas las necesidades de atención, el sistema debe propender a organizarse en equipos de salud multiprofesionales, distribuido equitativamente a lo largo de la red de servicios, con la calificación y motivación necesarias (Suárez Jiménez, 2010).

La OPS (2016) plantea que las enfermeras representan entre el 50 y el 80% de la atención, por eso define directrices estratégicas para fortalecer esa tarea, con más personal, especialmente calificado y la formalización de roles que ya cumplen de hecho, mayor participación en la planificación y mejor capacitación. Se trata de que la enfermera tenga un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones clínicas complejas y competencias extendidas, que se le brinde autonomía en el manejo de casos, que pueda planificar, etc. (Moran Peña, 2017). También, en 2015, se plantea establecer una red de centros de coordinación de la OPS para desarrollar y poner en práctica el papel de EPA; se toma el antecedente de la introducción, en EEUU y Canadá, de mecanismos de valoración de la profesión, categorizaciones (como EPA) y remuneraciones acordes, como procesos más importantes que el simple triage.

Establece, igualmente, que hay diversos grados de avance en Latam, pero en promedio mucho atraso. Para el caso de Colombia, una expositora presenta el ejemplo de una maestría, pero da cuenta del rechazo a diversas propuestas de los profesionales del área.

En ambos planteamientos está presente la necesidad del trabajo interdisciplinario, en el modelo de public choice, especialmente, se inspira en cambios institucionales que generen la presencia de incentivos a la colaboración, el trabajo en equipo. En algunos miembros de dicha escuela y de la salud colectiva se plantea la participación sistémica, mediante esquemas de co-evolución, interacción, intercambio y retroalimentación, y el aprendizaje colectivo (Betancourt, 2013).

En cuanto a la estrategia centrada en el paciente, Davis (2011) la define como un proceso en el cual se mejora el vínculo entre profesionales y personas atendidas, se habla de antecedentes familiares y sociales, creencias del paciente; luego se define en conjunto el tratamiento y la forma de seguimiento. Esto permite que los médicos y los pacientes tengan más confianza entre ellos y en el tratamiento, y, además, también es rentable porque puede ayudar a reducir pruebas, derivaciones, reinternaciones etc. (Bertakis y Azari, 2011).

Otros autores como Dupuy (2005) lo plantean como un tema, incluso, de empatía, un proceso conductual del profesional de la salud, que se va desarrollando en la medida que transcurre el encuentro con el paciente, siendo sensible a los cambios que se producen en la relación.

Este pensamiento que nace y se desarrolla en Estados Unidos, pero que a veces adopta las formas del marketing, ha evolucionado en esta parte del continente y es considerado una cuestión esencial para las comunidades vulnerables dada la situación social o de la salud. Son los casos donde se necesita, además de empatía y comprensión, un fuerte compromiso de ambas partes.

Y un tema central es la discriminación, es decir, la diferencia que hacen algunos profesionales respecto al origen social o la patología del paciente. Un hecho revelador lo hemos encontrado en la web del BID, en una nota de Regalía (2018) en la que se hablaba del tema; se plantaba que se está lejos de la meta, se decía que, según un trabajo del organismo, el 87,5% de la población de América Latina y el Caribe no tiene un médico de cabecera que conozca su historia clínica, al que se pueda contactar fácilmente y que sirva para coordinar con especialistas cuando se necesita. En los comentarios, una persona decía, en relación a su condición de paciente con HIV, que un fenómeno habitual es que muchos profesionales niegan la atención por causa del estigma y la discriminación.

Álvarez Montero (2016) plantea que es fundamental avanzar en todos los niveles de salud, pero que en la atención primaria adquiere especial relevancia y que los médicos de familia logran una mayor sensibilidad para realizar esta tarea; también dice que en las comunidades más humildes, en España, esta tarea está aún pendiente.

e) Algunos principios de buenas prácticas

Lo hasta aquí planteado puede resumirse, en parte, según Freire y Repullo (2011), en que los puntos centrales de un sistema de salud deberán ser la universalidad efectiva en el acceso y con una estrategia hacia la equidad en la calidad, la presencia de seguros sociales lo más generalizados posibles para evitar diferencias entre sujetos, con bajos copagos progresivos o, en su defecto, seguros para sectores vulnerables que converjan en cobertura y calidad con el resto; de igual forma, contener diversos sistemas de aseguramiento complementarios, una APS difundida, una competencia no extrema en la oferta de atención, coordinada a partir de acuerdos de redes, un fuerte profesionalismo del equipo de salud, lo que debe incluir conocimientos y actualización pero, además, compromiso, predisposición para el trabajo colectivo y una relación de compromiso con los pacientes y las comunidades; así mismo, contener sistemas de evaluación y rendición de cuentas. Se analiza el caso de Colombia a la luz de estos principios.

3-El sistema de salud colombiano.

La evolución y actualidad del sistema de salud colombiano

Como en muchos países la salud es brindada originalmente en Colombia por la beneficencia especialmente católica. A partir de la Constitución de 1886 se inicia el proceso de control estatal que desemboca en la creación del Consejo Superior de Sanidad y las Juntas Departamentales de Higiene (Forero Caballero, 2009). A fines de los años 30s y en la década siguiente, se crean el Ministerio de la Protección Social, el Seguro Obligatorio e indemnizaciones, el Ministerio de Higiene, la Caja Nacional de Previsión para los empleados públicos y obreros

nacionales, así como otras cajas particulares y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, luego Instituto de Seguros Sociales.

Los hospitales dependían de los Servicios Seccionales de Salud departamentales. En 1960 nace el Ministerio de Salud Pública (Díaz, 2008: Rocha Buelvas, 2010). Durante esos años se avanzó con el establecimiento del Sistema Nacional de Salud pero éste no incluía al personal formal de los sectores público y privado. Recién en 1977 se decreta el Seguro Social universal y luego se crea la Superintendencia de Seguros de Salud (Ramirez-Moreno, 2010).

En 1993 hay un cambio de rumbo completo cuando se aprueba la Ley 100 que funda el modelo actual y el sistema de aseguradoras (EPS) y proveedoras (IPS) basado en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y la Unidad de Pago por Capitación (UPC) o sea, el valor anual por cada uno de los afiliados para cubrir las prestaciones del POS, en los dos regímenes existentes: contributivo (RC) y subsidiado (RS). Se establecen los comités de participación comunitaria (Copacos) y las veedurías ciudadanas. En 2016 se crearía el concepto de Junta Asesora Comunitaria en Salud como apoyo a las Unidades de Servicios de Salud.

Las secretarías de salud, departamentales y municipales se hacen cargo de los hospitales públicos que pasaron a ser empresas sociales estatales. En 1992 se habían creado los Centros de Atención Médica de Urgencias (Camus)⁷, luego se avanzará con las postas rurales, que dependen de los municipios.

En los primeros años de la reforma, la cobertura terminó estancándose y la situación de los hospitales fue muy caótica (Hernández, 2000). Se lanza el Plan Nacional de la Atención Primaria, luego vendría el Programa de Atención Básica que intenta incorporar estos esquemas, aunque tardíamente.

Como vimos, en 2001 se sanciona la ley 715 que establece mecanismos y porcentajes para las transferencias fiscales a Departamentos y municipios a fin de sostener la educación y la salud. A partir del año 2003 se diseñaron las Normas y Guías que orientan las acciones de prevención y promoción individuales, y se

⁷ El primero instalado en toda Colombia en 1992 fue casualmente el de San Antero.

incorporaron en el POS lo cual permitiría, a las EPS e IPS, colocar recursos específicos en ellas, aunque con resultados parciales (Calderón, 2011).

En 2007 surge la Comisión de Regulación en Salud que pasa a definir el POS y ampliar la cobertura, aunque escasamente siguieron los amparos, de modo que una Sentencia de la Corte Constitucional, en 2008, exigió la unificación de las coberturas y su ampliación. En 2012 los análisis coinciden en que ha habido una ampliación sustancial de la cobertura del POS en respuesta al fallo de la Corte (Jiménez y Rodríguez, 2012).

En esa reforma nace el Plan Nacional de Salud Pública como la versión sectorial del Plan Nacional de Desarrollo que debe realizarse en las tres escalas. En cuanto a la atención primaria, en 2011 se establece la nueva Política de Atención Integral en Salud, PAIS, y el Modelo de Atención Integral en Salud, MIAS (Giovannella y otros, 2020), definiendo los equipos básicos de salud, se incluye, además, un conjunto de incentivos para las prestaciones en ese nivel y se definen los mecanismos para la conformación de redes (Edgar, 2011). Recientemente, se ha dejado de lado lo anterior por el actual Modelo de Acción Integral Territorial, MAITE).

Luego de esa evolución, el modelo colombiano actual gira alrededor del Sistema General de Seguridad Social en Salud; la afiliación al sistema es obligatoria y se hace, en el caso del régimen contributivo, a través de las EPS, que reciben las cotizaciones y, a través de las IPS, ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS), actualmente con otro nombre: Plan de Beneficios en Salud (PBS). Por otro lado, está el régimen subsidiado –RS- ambos vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), actualmente llamado Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES).

Todos los asalariados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC. Para hacerlo, pueden elegir libremente una EPS. La cotización del empleado asciende al 4% y la del empleador al 8.5% (Calderón, Botero, Bolaños, y Martínez, 2011).

Según la web del Ministerio de salud, la UPC del RS es un subsidio pleno. Además, hay una UPC adicional para diversas zonas geográficas por dispersión geográfica, recibida por departamentos como Sucre, pero no por el departamento de Córdoba, y una llamada UPC diferencial por mayor siniestralidad para municipios conurbados.

Calderón (2011) lo caracteriza como un sistema de salud de competencia regulada, basado en la mezcla pública privada y mercado-regulación. El aporte que realizan las personas del RC hace que el gasto per cápita sea diverso.

Todas estas contribuciones se reúnen en el ya mencionado fondo, el cual las redistribuye a las EPS según la cantidad de afiliados que tienen en cada uno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado. En el caso del subsidiado, los recursos se suman a las transferencias fiscales de la nación a los municipios para completar la financiación de los servicios. Las EPS a su vez pagan los servicios a las IPS bajo diferentes modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y, en ocasiones, por capitación a los prestadores de ciertos servicios.

Según el cuadro del capítulo 2, el gasto per cápita en salud es inferior a los \$500 dólares siendo de los más bajos de América latina, en relación al PBI per cápita pasó del 6% de 1997 al 7,2 en 2014. El aporte estatal ha crecido alcanzando casi el 67%, inferior al 5% del PBI. En orden de importancia Uruguay, Argentina, Brasil, Chile, superaban a Colombia en cuanto al aporte estatal. Según datos del Ministerio de salud online⁸, la cobertura actual formal es del 98%, ya casi por mitades del régimen contributivo y del subsidiado. El modelo incluye copagos según las categorías del SISBEN, con muy pocos exentos. Muy pocas aseguradoras tienen un alto porcentaje del total de afiliados y, además, a pesar de las normas, atienden una alta proporción de los mismos en prestadores propios o fuertemente vinculados.

⁸ Ver: www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubidiado.aspx

No hemos encontrado cifras oficiales acerca que la población que paga un seguro voluntario, la información periodística varía entre un 15 y un 30%.

En cuanto a la atención primaria estatal, tampoco se pudo tener el dato oficial, en 2010 se contaban 3000 sedes (Medina y Narodowski, 2019); las mismas dependen del municipio, no todos tienen alguna sede y, algunos, más de una. Las ciudades grandes suelen tener políticas mejor estructuradas; en general, hay consultorios privados en todas las localidades. Como en los hospitales, la atención se financia, en el caso de los pacientes cubiertos, con los pagos (en este caso cápitas) de los regímenes, especialmente el no contributivo; para los no cubiertos, debe hacerse responsable el municipio.

En todo el país hay entre 1,2 y 1,6 camas por mil habitantes (de los más bajos promedios de Latam), según la fuente; entre 44% y 60%, también según el origen del dato, son públicas. Antes de la pandemia había, según los medios e comunicación, 5.359 camas en Unidades de Cuidados Intensivos y 3.161 de cuidado intermedio; los porcentajes de referencia cambian por región. Las IPS de mayor complejidad están localizadas en grandes ciudades, esto dificulta la relación con la atención primaria en las localidades donde no hay hospitales (Guzmán, 2014). Los privados están sometidos en general a la presión de las aseguradoras y han pasado por diversas crisis. Los estatales sufren el bajo presupuesto. En cuanto a la infraestructura, como sucede con este tipo de modelos, los datos nacionales son cercanos a los promedios a la región, pero el alto porcentaje de la misma, ubicada en el sector privado de las grandes ciudades, es un condicionante.

Hay 1,85 médicas/os y 1,08 enfermeras/os cada 10 mil habitantes, cerca del promedio en el primer caso y lejos en el segundo; hay un alto porcentaje que no tiene contrato formal, generalmente se cobra por servicio, especialmente en la APS. Los ingresos medios del personal son bajos.

El gasto de bolsillo asciende al 64% del gasto privado, uno de los más altos del subcontinente, debido especialmente al gasto farmacéutico, porque el listado de medicamentos al que tienen derecho los afiliados a la seguridad social es limitado y el mayor causante de los pedidos de amparo (Martinez, 2013).

Si medimos los resultados en términos de esperanza de vida, ésta no está alejada del promedio, pero tiene como en toda América latina grandes asimetrías regionales. De todos modos, la tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, está bastante por encima de la de Argentina, Chile y Uruguay.

Las evaluaciones

Si seguimos los principios analizados, al final del capítulo 2, vemos que coinciden Escobar, Giedion, Giuffrida y Glassman (2010) y Glassman, Pinto, Stone y López (2010) cuando abordan la universalidad y la cuestión del gasto para sostenerla, la equidad, la presencia de seguros sociales y los copagos, la coordinación y en la forma en que encarar la cuestión de los proveedores.

Decían que el gasto en salud pública se ha incrementado, la cobertura de seguro (no contributivo) aumentó en todos los grupos de ingresos, aun entre los más pobres y en las regiones menos desarrolladas⁹, pero reconocían que la descentralización tuvo una evolución heterogénea en términos de calidad, ya que los territorios acometieron los procesos con diversas capacidades y gran parte de los municipios no cumplió las normas mínimas. Puntualizan, además, que la autonomía y esa competencia extrema entre hospitales, así como en la relación con los seguros, generó graves problemas.

Franco (2010) parece coincidir cuando plantea que hay una gran distancia entre el modelo teórico y el que ha sido implementado, porque se priorizó la macro y se olvidó la micro de las organizaciones. Por otro lado, puntualiza la falta de coordinación entre los distintos participantes.

Desde otro lugar, Romero Vega (2001) y Hernández Bello y Romero Vega (2012) decían no concordar con el modelo de separación de sectores por origen y nivel de ingresos, lo que hace que la cobertura fuese fundamentalmente formal, ya que hay diferencias de calidad notables. Y aunque en 2012, por la presión del fallo de la Corte Constitucional se avanzó en la unificación de ambos regímenes, los

⁹ El trabajo citado es anterior a la reforma del 2012 y la ampliación del Plan de Atención Básica (PA) que algunos autores valoran especialmente

prestadores públicos tienen graves problemas para cumplir los compromisos del mismo modo que los privados. Además, la presencia de planes complementarios agrava las asimetrías.

Delgado (2010) planteaba dicho contexto, pero focalizándose en que el sistema ha derivado en administraciones onerosas y en el uso indebido de barreras de acceso, y que, en ese marco el aumento de los recursos públicos y privados se desvían hacia rentas ineficientes. El tema de los beneficios obtenidos por las grandes compañías es recurrente.

En cuanto a la APS, también es recurrente el hecho de que las EPS no han contribuido a su desarrollo y que, finalmente, queda en manos del municipio, los CAMU y los centros de atención rurales muchas veces están en mal estado, lo que se puede evidenciar en el caso estudiado, aunque es necesario establecer que el abandono estatal de estos centros proviene de administraciones anteriores al fenómeno de pandemia.

En Giovanella y otros (2020) se define el modelo colombiano de atención primaria como una función de filtro, pero sin una regla nacional y sólo en las grandes ciudades con equipos básicos interdisciplinarios. Lo atribuyen a la reforma de 1993 y a la crisis posterior que no pudo ser revertida por la de 2011 porque, en ambos casos, se sigue un modelo de atención básica individual y de atención gerenciada. La presencia de tan amplio sector privado dificulta el cumplimiento de los parámetros indicados por la OPS, especialmente en lo que hace a la coordinación.

En concreto, el modelo colombiano del 93 satisfizo los parámetros de la teoría de la elección pública en cuanto a separación de las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento, provisión y control, pero partir de un nivel de gasto muy bajo que generó, y genera, graves problemas de cobertura. La cobertura en términos de afiliados y de la lista de prestaciones cubiertas fue mejorando en términos formales, pero sigue habiendo grandes diferencias de calidad de la atención entre segmentos sociales y regionales.

La influencia del sector privado, que no ha cambiado durante los años, en el marco de mercados imperfectos y fuerte concentración vertical, ha generado innumerables problemas especialmente de sobrecostos; la autonomía de los

hospitales públicos también tuvo momentos de crisis debido a la relación con los seguros y también a un problema, ya mencionado, vinculado a los bajos gastos per cápita por parte del Estado.

Al mismo tiempo la atención primaria no fue una prioridad original del modelo, y si bien luego se fueron produciendo mejoras, la misma sigue quedando en un plano secundario; su descentralización en las entidades territoriales no funciona bien, habida cuenta de las grandes heterogeneidades fiscales existentes; lo mismo que en la lógica de los privados, el modelo de separación de funciones, sin un efectivo sistema de redes, también es problemático.

En ese contexto, hablar de equipos de trabajo y de nuevos roles de la enfermería, parece difícil sin dejar de reconocer que sean instrumentos de la reducción de costos. La participación comunitaria, así como la atención centrada en el paciente en el consultorio, parecen prerrogativas sólo de ciertos ámbitos privados y, con excepciones de carácter individual, en los escenarios públicos mencionados.

4- El Departamento de Córdoba

Población y economía

El departamento de Córdoba se ubica en las llanuras del Caribe, al noroeste de Colombia; al norte limita con el mar Caribe, al sur y occidente con el departamento de Antioquia y al oriente con los de Bolívar y Sucre, con una extensión, según Vilorio (2004), de 25.050 km cuadrados. A la altura de los municipios de San Bernardo del Viento y San Antero hay una región de estuarios de 130 km² (MADR, 2013). Tiene problemas por la variabilidad de las precipitaciones, si bien el 19% es apto para la agricultura y el 60% para ganadería, la productividad se ubica debajo de la media nacional (entre los puestos 17 y 19 de 32 departamentos).

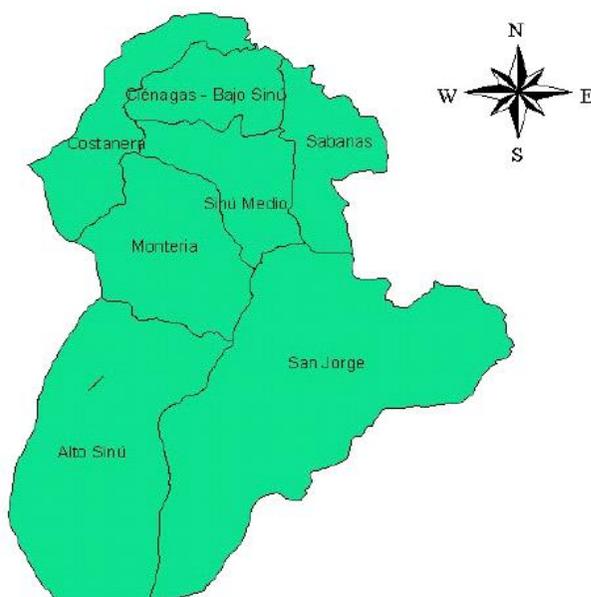
Colombia. División departamental.



Fuente: mapadecolombia.org/wp-content/uploads/2017/02/mapa-colombia-con-departamentos.jpg

Córdoba está conformado por 30 municipios y 7 subregiones administrativas que prácticamente coinciden con las regiones naturales. En la del centro está Montería, la capital del departamento, en la de Ciénaga está Lórica, en Sabanas está Sahagún, en la del San Jorge se encuentra Puerto Libertador y en la del Sinú Medio, el municipio de Cereté. Una de las subregiones es la Costanera, al norte, integrada por los municipios de Canalete, Los Córdoba, Moñitos, Puerto Escondido, San Antero y San Bernardo del Viento.

Departamento de Córdoba. Subregiones.



Fuente: Viloria de la Hoz (2004)

Debido al clima hay un problema relativo a las inundaciones, principalmente en las riberas del Sinú y San Jorge; sobre este punto, SDS (2017) sostiene que todos los municipios tienen esta amenaza, aunque los municipios más afectados son Montería, San Pelayo, Cotorra, Purísima, Moñitos, Loricá; también asevera que la brecha social se incrementa en las poblaciones que habitan en estas zonas de riesgo, ya que viven y tienen alguna actividad doméstica en zonas semi urbanas inundables, en humedales o ciénagas. Si analizamos particularmente la Sub región Costanera, e incluimos como amenazas a la erosión litoral, el diapirosmo de lodo, encontramos a 154.940 habitantes en riesgo.

Por otro lado, según la misma fuente, San Antero y Puerto Escondido, evidencian una gran pérdida de la zona playera debido a la amenaza de la erosión litoral, mientras el riesgo o amenaza de inundación se concentra en los cascos urbanos; además, se mencionan movimientos en masa en la zona montañosa.

La población alcanzó los 1.380.000 habitantes en 2004 y los 1.784.783 en 2018 (PNUD, 2019). Según estas proyecciones, si se analiza la evolución en los departamentos, se espera para el total un 20% en 17 años y se estima que

Córdoba incrementará en un 13% su población para el mismo periodo, siendo de los departamentos con menor incremento estimado por debajo del valor nacional. A pesar del crecimiento de la población urbana, tanto en Colombia y en Córdoba, éste sigue siendo un departamento rural, donde hay un mayor uso del suelo para agricultura. Cuatro municipios: Montería, Sahagún, Lórica y Cereté concentran el mayor porcentaje de urbanización.

Porcentaje población en NBI y miseria. Total nacional por departamento.

Departamento	Población 2018	Población 2035	Evolución población %*
Total Nacional	48.258.494	57.804.147	20%
Vaupés	40.797	78.182	92%
Cundinamarca	2.919.060	4.404.902	51%
Amazonas	76.589	108.403	42%
Guaviare	82.767	113.543	37%
La Guajira	880.560	1.166.347	32%
Arauca	262.174	344.531	31%
Cesar	1.200.574	1.543.914	29%
Guainía	48.114	61.646	28%
Vichada	107.808	135.756	26%
Putumayo	348.182	435.254	25%
Antioquia	6.407.102	7.994.791	25%
Atlántico	2.535.517	3.132.211	24%
Magdalena	1.341.746	1.632.094	22%
Quindío	539.904	649.326	20%
Bolívar	2.070.110	2.485.716	20%
Sucre	904.863	1.080.026	19%
Caquetá	401.849	478.033	19%
Norte de Santander	1.491.689	1.770.313	19%
Bogotá, D.C.	7.412.566	8.726.402	18%
Chocó	534.826	618.335	16%
Caldas	998.255	1.148.903	15%
Risaralda	943.401	1.081.513	15%
Santander	2.184.837	2.495.628	14%
Cauca	1.464.488	1.660.401	13%
Boyacá	1.217.376	1.379.923	13%
Valle del Cauca	4.475.886	5.054.667	13%
Córdoba	1.784.783	2.014.153	13%
Casanare	420.504	473.315	13%
Huila	1.100.386	1.238.449	13%
Meta	1.039.722	1.165.998	12%
Archipiélago de San Andrés	61.280	64.998	6%
Tolima	1.330.187	1.382.543	4%
Nariño	1.630.592	1.683.931	3%

Fuente: Dane (2021)

En el departamento de Córdoba existen 151.060 indígenas Emberás y Zenúes. Los municipios de San Andrés de Sotavento, Sahagún, Ciénaga de Oro, Chinú, Chimá, Momil y Purísima forman un resguardo, encontrando asentamientos también en San Antero, Lórica, San Pelayo y Cereté (ADT,2016), este departamento registró 507.229 personas víctimas del conflicto armado en el año 2017, un 10.86%, por lo tanto se encuentren clasificadas en el nivel 1 del Sisben y por eso en el régimen subsidiado. Los municipios que presentan una problemática más elevada son Valencia, Montelíbano, San José de Uré, Puerto Libertador y Tierra Alta. SDS (2017) dice que hay escasos servicios de aseguradoras y prestadores para estas problemáticas.

La participación del PBI de Córdoba en el agregado nacional se elevó de 1.9% a 2.3% durante el periodo 1994-2001. En el caso de sus vecinos, Bolívar pasó de 3.4% a 3.8% y, Antioquia y Sucre, se mantuvieron aproximadamente en un 15% y 1%, respectivamente. El producto bruto interno de Córdoba creció a mayor ritmo que el nacional (4.3% contra 1.6%) explicado principalmente por la expansión del sector minero (9.3%), el PBI per cápita creció a un 3.6% anual promedio en el periodo, pero sigue por debajo del promedio nacional.

Se observa claramente como Córdoba con respecto a sus vecinos, y a Colombia mismo, tiene la mayor participación del sector primario en la economía, tanto en 1994 y 2001, alcanzando un 44.4% en 2001 contra un 18.7% a nivel nacional (Viloria de la Hoz, 2004).

Su economía depende de la ganadería y la agricultura. El primer cultivo es el algodón, con un alto porcentaje de la producción nacional, particularmente concentrada en Cereté. Le siguen al maíz, el plátano y el arroz. El coeficiente GINI para la propiedad de la tierra se ubica en un valor elevado (0.75).

La ganadería bovina está a la par, absorbiendo un alto porcentaje de la población, incluso por encima del promedio nacional. La producción de leche se realiza en paralelo. Tanto en la agricultura como en la ganadería han proliferado encadenamientos hacia delante, pero aun éstos son escasos.

Finalmente, la actividad minera está constituida básicamente por ferro-níquel, oro, gas natural y carbón. En los 90s e inicios de los 2000s hubo un auge del primero;

la informalidad laboral para el año 2017 ascendió a 81.3%. Según el DANE (2021) para 1993 la pobreza en Córdoba (medida por NBI) alcanzaba el 65% y la indigencia el 36.5% (Colombia mismo año 36% y 15% respectivamente), encontrando municipios donde el mismo dato de pobreza superaba el 85%, como por ejemplo, Canalete, Los Córdoba, Puerto Escondido y San Andrés de Sotavento.

Para el año 2018 Córdoba registra un 35.08% de pobres ubicándose en el séptimo puesto del total de los departamentos, muy por encima del nivel nacional. En cuanto al porcentaje de personas en miseria, se ubica por encima del valor nacional con un 11.41% en el sexto lugar.

Porcentaje población en NBI y miseria. Total nacional por departamento. Año 2018.

Departamento	Necesidades Basicas Insatisfechas por Categorías %	
	Prop de Personas en NBI (%) 2018	Prop de Personas en miseria 2018
Total Nacional	14,28	3,80
VAUPÉS	68,94	43,36
VICHADA	67,76	50,96
CHOCÓ	65,51	20,37
GUAINÍA	59,46	35,42
LA GUAJIRA	53,33	30,56
AMAZONAS	35,24	10,90
CÓRDOBA	35,08	11,41
ARAUCA	32,45	9,42
SUCRE	29,13	8,01
GUAVIARE	27,91	8,97
BOLÍVAR	26,73	8,11
MAGDALENA	26,71	8,72
CAQUETÁ	23,62	6,21
CESAR	23,04	7,27
NARIÑO	21,98	4,49
PUTUMAYO	18,96	3,49
CAUCA	18,81	3,28
NORTE DE SANTANDER	18,43	4,73
CASANARE	16,08	3,67
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS	14,89	1,09
META	13,45	3,65
HUILA	12,86	1,98
TOLIMA	12,22	2,21
ATLÁNTICO	11,37	2,18
ANTIOQUIA	10,73	2,50
BOYACÁ	10,15	1,90
SANTANDER	9,58	1,45
CALDAS	8,95	1,54
RISARALDA	8,19	1,68
QUINDIO	6,76	0,68
CUNDINAMARCA	6,36	0,74
VALLE DEL CAUCA	6,25	0,69
BOGOTÁ, D.C.	3,47	0,25

Fuente: elaboración propia en base a Dane (2021)

Cuando observamos la comparación entre los municipios de la sub región Costanera encontramos valores muy dispares. Los 4 municipios con mayor nivel de pobreza son Canalete 75.38%, Puerto Escondido 73.79%, Los Córdoba 70.79%, Moñitos 68.34%, mientras que los dos con menor porcentaje son San Bernardo del Viento 41.98% y San Antero con un 29.57%, siendo el municipio con menor pobreza de la región. Montería, la capital del departamento, muestra un nivel del 18.80%, siendo ambos los únicos por debajo del promedio departamental.

En cuanto a las personas en miseria, nuevamente encontramos a San Bernardo del Viento, San Antero y Montería como los municipios con menor porcentaje (13%, 7.44% y 4.49 respectivamente, los últimos dos por debajo de la línea departamental).

Porcentaje población en NBI y miseria. Cordoba y municipios de la subregión costanera. Año 2018.

Municipio	Necesidades Basicas Insatisfechas por Categorías %	
	Prop de Personas en NBI (%) 2018	Prop de Personas en miseria 2018
Dto. Córdoba	35,08	11,41
CANALETE	75,38	27,70
PUERTO ESCONDIDO	73,79	32,62
LOS CÓRDOBAS	70,79	19,89
MOÑITOS	68,34	30,89
SAN BERNARDO DEL VIENTO	41,98	13,00
SAN ANTERO	29,57	7,44
MONTERÍA	18,80	4,49

Fuente: elaboración propia en base al Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dane (2021)

Medido por línea de pobreza se evidencia una mejora en los indicadores desde el año 1991 al 1997 (a nivel país), pero del 97 al 2003 el indicador no paró de empeorar alcanzando el 64% para este último año. Para el año 1996 el 74.3% de la población cordobesa se encontraba por debajo de la línea de pobreza, luego para el año 2000 el mismo indicador descendió a 69.4% y en 2012 bajó a 60.2% para alcanzar 44.2% en el año 2018, cuando el mismo dato a nivel nacional se posicionaba en 27% (PNUD, 2019¹⁰).

¹⁰ Los datos actualizados surgen del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 y otras actualizaciones realizadas por el Dane (2021) y PNUD (2019)

Debe tenerse en cuenta que, si tomáramos a canasta de 11 dólares usada en Argentina, estos números se incrementarían ya que la pobreza en Colombia pasa a ser del 60% (Narodowski y Zugbi, 2020). La pobreza multidimensional en Córdoba muestra que es el doble para las zonas rurales cuando se compara con la urbana (para el año 2018 era de un 23.3% en cabeceras municipales y 51.9% en zonas rurales).

En cuanto al promedio de años en educación, en el año 2000 el nivel más alto lo tenía Bogotá (9.9) y en Córdoba era de 7.1. Para el año 2019 la mitad de las/los adolescentes no cuentan con educación media, y 3 de cada 10 no cuentan con secundaria.

En relación al hábitat, en el año 2018, 4 de 10 viviendas tienen problemas de calidad, el 25% de departamento no tiene cobertura de acueducto, con grandes disparidades entre zonas rurales y urbanas (53% en las rurales y 3% en las cabeceras municipales), mientras el promedio nacional asciende a 86.9%. En referencia al alcantarillado para el año 2018, el 63% no tiene cobertura cuando a nivel nacional el promedio asciende a 74.7%, nuevamente con grandes disparidades entre zonas rurales y urbanas (0.6% y 67.2% respectivamente). El porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas en el departamento de Córdoba asciende a 55%, mientras que a nivel nacional el valor se ubica en 17%.

Por otro lado, el 55% no tiene gas natural mientras que el mismo valor a nivel nacional asciende a 35% (79.9% en el campo contra 4.2% en las ciudades); la mayoría usa leña y gas propano. El 79% de los hogares no accede a internet (a un 8.4% en el campo), mientras que a nivel nacional el promedio alcanza a un 52.7%.

El gobierno departamental

A partir de las reformas basadas en la descentralización, el departamento ha visto limitada su tarea en relación a municipios certificados en educación y, en alguna medida, en cuanto a la salud, ya que la ejecución de la atención primaria de la salud pasó a estar en manos de los municipios. Sin embargo, mantiene en ambas

cuestiones responsabilidades de coordinación y control que no siempre puede realizar en condiciones, atribuyendo los problemas a la misma concepción de la reforma.

Los gobiernos departamentales han visto, en este esquema, aumentar fuertemente sus niveles de endeudamiento, Córdoba tiene casi un 3% del total de los pasivos y está entre los 10 más endeudados. Por otro lado el nivel de recaudación propia es bajo, casi el 40% del total está constituido por transferencias y el 22% por regalías (Córdoba las recibe por la explotación de níquel y oro y por los puertos); los recursos tributarios (propios) que reciben ascienden al 23% (provenientes del impuesto a la cerveza, los licores, cigarrillos, las registraciones inmobiliarias y a sellos). Córdoba figura muy mal en el indicador de recaudación por habitante con un promedio de 110 mil contra los 346.000 de Cundinamarca, los 263.000 de Santander, los 147 de Cesar y los 151 del vecino departamento de Sucre. En cuanto a las transferencias recibidas por habitante. está en el promedio de su condición de municipio con baja urbanización y alto nivel de pobreza. aunque con las dificultades de su baja recaudación propia (DNP.2016).

El indicador de esfuerzo fiscal departamental (ingresos propios/ingresos corrientes) era un 26% en 2003, cuando la media nacional se ubicó en 38%. Los tres municipios con mejor desempeño fiscal fueron Buenavista, Tierralta y Montería (puestos a nivel nacional 179, 247 y 270 respectivamente). Para el año 2017, Córdoba se ubica 12 de 32 en desempeño fiscal. El índice de transparencia departamental para el año 2017 ubica a Córdoba en el puesto 25 de 32 departamentos. Para el mismo año Córdoba se ubica en el puesto 21 de 32 gobernaciones en cuanto a capacidad institucional y 18 de 29 en acceso a la justicia.

La salud en el departamento y las políticas implementadas

La situación de salud no es alentadora. La mortalidad materna para el año 2016 evidenciaba que en Córdoba existían 65,59 casos entre 100.000 habitantes, mientras que a nivel nacional el dato se reduce a 51,27. Todavía hay una fuerte

presencia de Dengue, tuberculosis y SIDA, también las transmitidas por agua o alimentos contaminados (EDA, ETAS y hepatitis). La esperanza de vida al nacer presenta incrementos sostenidos para los últimos 25 años, se proyecta que en el periodo 2015-2020 el valor alcanzaría los 74,14 años.

Si analizamos la tasa de mortalidad para ciertas enfermedades durante el periodo 2005-2015, en el caso de enfermedades de vías respiratorias pasó de presentar un valor 17,49 en el 2005, a 15,89 para el 2011 mostrando una mejoría. Sin embargo, para el año 2015 la tasa empeora significativamente ubicándose en 34,02. En el caso de las enfermedades del sistema urinario la tendencia es negativa sin lugar a dudas, pasando de 7,70 en el 2005 a 20,74 en el 2014. Por último, encontramos el caso de la diabetes mellitus que en el año 2005 presentó una tasa de 11,39, disminuyendo a 9,31 en el 2011 y volviendo a incrementarse en el 2015 alcanzando un valor de 16,52.

Las muertes por enfermedades diarreicas agudas ($3,87 \times 100.000$ niños menores de 5 años) ascienden a 61.015 anuales en 2015. La falta de educación y las malas condiciones laborales en las zonas rurales provoca que la población se exponga a la letalidad por accidente ofídico ($2,21 / 100.000$) y letalidad por leptospirosis debido a estar en contacto con roedores o animales ($10 / 100.000$ para el 2016, con una tasa de incidencia del 0,58).

En 2017, el departamento estaba entre los cinco más problemáticos según el índice de maltrato infantil y se anunciaba oficialmente la cifra de 52 niños con desnutrición, aunque los movimientos sociales y los medios decían que el número era mayor (Contreras, 2017).

El Índice de necesidades de Salud (que se arma con población total, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda, tasa bruta de mortalidad, necesidades básicas insatisfechas, tasa bruta de natalidad, tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, tasas de mortalidad por neoplasias, casos de violencia intrafamiliar) nos arroja una situación grave (-7.64), mientras que por ejemplo el municipio de San Antero obtiene mejores resultados con un índice de 3,73.

Índice de Necesidades en Salud del Departamento Córdoba 2017

Tuchín	-13,42
Puerto Escondido	-10,96
Montelíbano	-10,12
Montería	-7,64
Tierralta	-7,56
San Pelayo	-6,05
San Andrés Sotavento	-5,59
Ayapel	-5,11
Puerto Libertador	-5,03
Pueblo Nuevo	-4,7
Los Córdoba	-3,33
Canalete	-1,25
Buenavista	0,11
Cereté	0,62
Valencia	0,99
Moñitos	1,34
Cotorra	1,72
San Carlos	2,31
Sahagún	2,99
San Antero	3,73
Lorica	3,86
Ciénaga De Oro	4,07
San Bernardo del Viento	4,67
Purísima	5,51
Planeta Rica	5,59
San José de Uré	5,73
La Apartada	7,35
Chinú	9,6
Chima	10,11
Momil	10,46

Fuente: SDS (2017)

En ese documento citado, se dice que si hubiera igualdad con el municipio que menor porcentaje de pobreza presenta, se reduciría en un 21,3% la mortalidad materna, en un 16,5% la tasa de mortalidad infantil, un 13% la tasa de mortalidad en la niñez. Por último, si todos los municipios tuvieran la misma tasa de mortalidad neonatal que el departamento, se reduciría la misma en un 39%.

Respecto a los datos de cobertura, Córdoba presenta un 96,3% de su población asegurada, tiene un altísimo 81,8% en el régimen subsidiado y un 18,1% en el régimen contributivo, reflejo de la situación social descrita (PNUD, 2019).

Para el año 2015 el sistema se cubrió en un 55,38% con recursos del FOSYGA, 41,43% con recursos del SGP, 0,74% con recursos propios de los municipios, y 0,20% con las cajas de compensación familiar. Existe actualmente una dificultad con los recursos que son parte de las rentas cedidas departamentales. Según proyecciones del Ministerio de Salud en la matriz de cofinanciación del régimen subsidiado, estas se vuelven insostenibles frente a lo que realmente se recauda ya que están sujetas al consumo y presentan un comportamiento oscilante, además de estar por debajo de las proyecciones del Ministerio (ADT, 2016).

La atención está organizada en 5 subregiones Red del Alto Sinú, Red San Jorge, Red del Medio Sinú, Red del Bajo Sinú y Red de la Sabana. Particularmente se observa en la Red del Bajo Sinú los avances en los datos de población cubierta para 2015 en los 6 municipios integrantes: Purísima, 15.073; Lorica 118.237; Momil 14.864; Moñitos 27.433; San Bernardo del Viento, 34.418 y 34.782. San Antero, pasó en 2014 de 30.798 a 2015 con 31.365.

El departamento cuenta con 31 Empresas Sociales del Estado (ESE). De ellas, 4 son hospitales de mediana complejidad y 27 de primer nivel (hay 30 municipios). Y hay 345 IPS privadas. Los datos totales de la oferta varían enormemente según la fuente. Para la atención de los pueblos indígenas el Departamento posee la EPS Manexka, que presta servicios a Emberás y Zenués.

También las fuentes difieren en cuanto a camas, por eso no podemos aventurar cifras. En lo que sí hay coincidencia es que en la red pública había antes de la pandemia 45 camas de cuidados intensivos y en el sector privado unas 105.

En total cuenta con 138 ambulancias, 79 de la red pública (74 de Traslado Asistencial Básico –TAB- y 5 de Traslado Asistencial Medicalizado –TAM-) y 59 en la red privada (30 TAM y 29 TAB). Al observar estos números se concluye que las ambulancias de la red pública son insuficientes para el flujo de pacientes.

En Montería se encuentra el 90% del total departamental de camas de cuidados intensivos; allí está el hospital de referencia del Departamento, el ESE San Jerónimo.

Existe a su vez una mesa técnica de seguimiento con las ESE, IPS y EPS para realizar la supervisión al giro de los recursos del régimen subsidiado y contributivo¹¹ (Serrano, 2019).

Como sucede en todos los departamentos, Córdoba tiene su Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) que realiza el proceso de referencia y contrareferencia, aunque con un enfoque instrumental, lejos de la concepción planteada sobre APS y redes en esta tesis.

Los planes de desarrollo siguen estableciendo, en líneas generales, programas y subprogramas con metas generales que impiden su análisis individual y, en ocasiones, hay ausencia de especificidad en los beneficios que recibirán las entidades del sector salud.

En el programa de desarrollo territorial 2016–2019, tenemos que entre los subprogramas de otros sectores, debemos mencionar salud con tics y alimentación saludable y dentro del componente Salud para el equilibrio social tenemos diversos subprogramas como Gestión transectorial, Gestión integral de riesgo en salud, Gestión de la salud pública e Infraestructura en salud.

Por ejemplo, se dice que 30 entidades del sector serán fortalecidas con sistemas de información de software de consultoría, pero no se puede reconocer cómo lo serán, con qué sistemas, para qué fines, ya que este tipo de especificaciones se desarrollan y establecen en actos administrativos que dan inicio y formalizan el proceso de contratación.

Esto mismo sucede en los subprogramas de salud se mencionan metas como cantidad de niños participando en actividades físicas, sin aclarar las actividades conducentes y esto se repite en la mayoría de los casos. Se da poca información sobre el operativo denominado “primeros 1000 días de vida”, no se aclara cuál es la estrategia para la prevención del suicidio, para prevención de riesgos laborales o para prevenir la violencia contra la mujer o intrafamiliar, tampoco queda claro cómo se implementaría la estrategia Combi, o las líneas de autocuidado. Se

¹¹ Una parte de esta información se toma de la cobertura que realiza Nidia Serrano en el Universal para Córdoba. Ver <https://www.eluniversal.com.co/regional/cordoba/>

menciona que 90 actores de la prevención de trastornos mentales serán fortalecidos, pero no se sabe cómo.

En cuanto al fortalecimiento de la atención primaria hay diversas metas, pero con el mismo nivel de generalidad, por ejemplo no queda claro cómo serán las actividades del modelo de Atención integral de salud para la alta ruralidad o las acciones conducentes a disminuir la desnutrición. En el subprograma Gestión de la salud pública se plantea que 30 entidades territoriales -es decir todas- serán evaluadas en el cumplimiento de las competencias.

Se menciona que 81 actores serán fortalecidos institucionalmente para la estrategia de implementación de la Estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia o que 25 actores será articulados interinstitucional e intersectorialmente para promover la Estrategia de maternidad segura bajo enfoque étnico y cultural y pasa lo mismo. Para dar un ejemplo en estas dos últimas, un trabajo de Padilla-Choperena, Amador-Ahumada y Puello-Alcocer (2018) encontró que la perspectiva multicultural era poco usada y que los progresos en términos de prevención habían sido bajos incluso para Montería.

Y tampoco se sabe cómo se procedería para avanzar con las 30 secretarías municipales de salud fortalecidas en la gestión del sistema de vigilancia o el fortalecimiento de los laboratorios de la red departamental asistidos y participando en controles de calidad.

Finalmente, en el subprograma Infraestructura en Salud, se incluía la construcción y adecuaciones de 10 edificios, sin aclarar si eran hospitales, CAMUS u otro tipo de centro de salud y qué de obras incluía. No hubo avances significativos en San Antero en el período consignado.

La evaluación que hace ADT (2016) es que Córdoba tiene las problemáticas ya analizadas para Colombia, específicamente se menciona la iliquidez de alto riesgo financiero en 19 IPS y problemas serios para las EPS del régimen subsidiado, con bajos porcentajes de contratación y deficiencias en el flujo de recursos, instituciones con plantas físicas deterioradas y sin tecnología de punta, etc.

SDS (2017) denunciaba graves problemas en la Secretaria de Salud: un considerable porcentaje de IPS que no cumplen con los estándares de habilitación (52%), problema de acceso oportuno a los servicios farmacéuticos (37%), faltantes de reportes al SIVIGILA (42%), porcentaje de laboratorios participando de los controles de calidad en un 59%, problemas de eficiencia financiera en los procesos de salud ubicado en un 52%. Se presta atención en el informe a la carencia de un modelo de atención para el ámbito rural, deficiente respuesta de las IPS en el cumplimiento de su participación en la vigilancia en salud y el control del riesgo.

En 2018 surgía la preocupación por la deuda de las EPS con hospitales y Empresas Sociales del Estado, especialmente con el hospital San Jerónimo de Montería, el hospital Sandiego de Cereté, con la ESE Camu Santa Teresita y el hospital San Vicente de Lorica (Contreras, 2018c).

Ese mismo año, se iniciaron las investigaciones correspondientes a la denuncia sobre la utilización de pacientes falsos con enfermedades crónicas, con el objetivo de realizar los cobros por concepto de exámenes y tratamientos (Contreras, 2018).

En 2019 la gobernación pidió una auditoría en el hospital San Jerónimo de Montería con el fin de evaluar actuaciones administrativas y la situación financiera del mismo. Finalmente se removió a la directora y, un mes después, al interventor. En diciembre de 2019 se intervino el hospital Sandiego de Cereté por sospechas similares; al mismo tiempo la Superintendencia Nacional de Salud ordenó el cierre de una EPS y hubo que reubicar 500 mil afiliados de la costa. Al mes cerraron otra.

También es un problema la deuda de estas EPS con las clínicas y hospitales de la región (Percy, 2019), en medio de la pandemia, las ONG Transparencia por Colombia, el Programa de Desarrollo y Paz de Córdoba y Urabá, Cordupaz, el Comité Transparencia por Santander, la Corporación Cívica de Caldas, Funcicar, la Alianza por una Cali Transparente y Participativa y la Corporación VIGÍA Cívica, emitieron un informe en el que se muestran irregularidades en Montería y San Antero, aunque los entes de control desecharon los argumentos en ambos casos.

En lo que hace a cuestiones de promoción y prevención, entre las campañas publicitadas, se viene ejecutando el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para las víctimas del conflicto armado, financiado por el Ministerio de

Salud. Un equipo de 80 personas atiende a los 30 municipios, por lo cual se plantea que el número es insuficiente frente a la cantidad de víctimas.

No se pudieron detectar al menos en 2018 y 2019 muchas capacitaciones o campañas publicitadas por el departamento. Hay una brindada por el Instituto Nacional de Salud para los referentes de vigilancia de los 30 Municipios para el uso de un programa informático: el SIVIGILA de la recolección y organización sistemática de datos (Contreras, 2018a). Ese año se anunciaban capacitaciones constantes sobre protocolos de vigilancia en Infección Respiratoria Aguda Grave inusitada y se llevaban adelante dos Comités en el Hospital San Jerónimo de Montería. También se propiciaba la vacunación correspondiente. Ese año se realizó el primer Foro/Simposio Departamental de Estilos de Vida Saludables con Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas para miembros de las secretarías de salud municipales. Y se anunciaron acciones para disminuir enfermedades producidas por vectores, especialmente con fumigaciones¹².

La Auditoría dice que desde el sector de la salud no se han desarrollado acciones para la población mayor a los 60 años. Se publicitan algunas que podemos considerar escasas en municipios como: Montería, Planeta Rica, Cereté, Sahagún, Lórica, Tierralta, Ciénaga de Oro, Buenavista, Tuchín, Puerto Escondido, Purísima, La Apartada, Montelíbano, Valencia, Pueblo Nuevo, Chimá, Chinú, San Andrés de Sotavento y Cotorra. Se hace hincapié en que la infraestructura de esos centros es insuficiente.

Si se analiza la página web de la Secretaría de Salud, se encuentran en la actualidad indicaciones acerca de cómo hacer los trámites con la seguridad social, información sobre el Sisben y los requisitos para la contratación de pasantes jóvenes en casa, con un diseño poco dinámico.

¹² Este recuento es consecuencia del análisis de las webs de diversos medios, entre ellos, el Universal <https://www.eluniversal.com.co/regional> y la Piragua <https://www.lapiragua.co/cordoba>.

5-San Antero

Territorio, actividad productiva y situación social

San Antero contaba con una población de 28.024 habitantes al 2015 y una de 33.878 al 2018 (un crecimiento poblacional de 18.2% para los últimos 12 años). En cuanto a proyección de la población San Antero se ubica en una zona intermedia, con una variación estimada del 14% en su población para el periodo 2018-2035, levemente por encima del valor departamental ubicado en 13%. Los municipios con mayor incremento esperado son Los Córdoba, Puerto Escondido y Moñitos (con un 16% los tres), mientras que el de menor crecimiento esperado es San Bernardo del Viento con un 10% (Dane, 2021)¹³.

Este municipio costanero se encuentra a una distancia de 81 kilómetros de Montería y el tiempo de demora es de 94 minutos, menos desde la cabecera y más desde Las Delicias, ubicada a 20 Km de la cabecera municipal (SSM, 2020). Si comparamos con el resto de los municipios, los trayectos que más demora presentan desde Montería son: Puerto Libertador con 247 minutos, Ayapel con 245 minutos, San José de Uré 231 minutos. Los trayectos que menos demora implican son a Cereté en 30 minutos, Ciénaga de Oro en 45 minutos y San Pelayo con 50 minutos.

Evolución población Córdoba y Municipios de la subregión costanera

Municipio	Poblacion 2018	Poblacion 2035	Evolución población %*
Dto. Córdoba	1.784.783	2.014.153	13%
Los Córdoba	18.717	21.760	16%
Puerto Escondido	23.649	27.481	16%
Moñitos	29.833	34.487	16%
San Antero	33.878	38.734	14%
Canalete	15.353	17.366	13%
Montería	490.935	546.902	11%
San Bernardo del Viento	37.007	40.553	10%

Fuente. Dane (2021)

¹³ Se recuerda que los datos actualizados surgen del Dane.

SPM (2007) dice que el perímetro urbano del Municipio comprende un área de 397.450 hectáreas, representando el 1.93% del área total. La proporción de habitantes que residen en zonas urbanas es mayor al que reside en las zonas rurales (55.9% frente a 44.1%) (SSM, 2020). En 2005, de sus 5.888 viviendas, 3.208 eran urbanas. Para comparar, el municipio de Montería (capital departamental) totaliza 82.575 viviendas distribuidas en 62.917 urbanas y 19.658 rurales. Para el año 2020 del total de viviendas en San Antero es 7353, y la proporción urbana aumentó.

Salvo el porcentaje de población en hacinamiento que se mantuvo (19,69%), el municipio presenta valores deteriorados en comparación con el departamento en cuanto a población con necesidades básicas insatisfechas y miseria. El primero se ubica en 65, 6% casi 6 puntos por encima del nivel departamental, y el segundo 5 puntos por encima al posicionarse en 35,35%, ambos para el año 2011. La informalidad laboral asciende a un 65% de la población ocupada de entre 15 y 70 años de edad, y se focaliza en el mototaxismo, el comercio y la agricultura (SSM, 2020).

En 2012 un 42% de su suelo en uso estaba en conflicto, valor superior al del departamento que se ubica en un 33%. El 29% se encuentra en conflicto por subutilización –ligera- y un 18% en conflicto por sobreutilización (para el departamento estos valores se ubican en 34% y 28% respectivamente). El conflicto de sobreutilización en el municipio se da principalmente por mosaicos de cultivos y pastizales ubicados en zonas de protección-producción. A su vez el municipio como la zona costanera, está clasificado como zona de riesgo medio, por la gravitación en los puertos marítimos de la economía ilegal y por problemas de titularización de viviendas. Específicamente en San Antero se mencionan los barrios Miriam Pardo¹⁴ y Tierra Santa (CINEP/PPP, 2016).

Los datos generales de servicios para todo el municipio muestran que el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada se ubica en 2018 en un 36,92%,

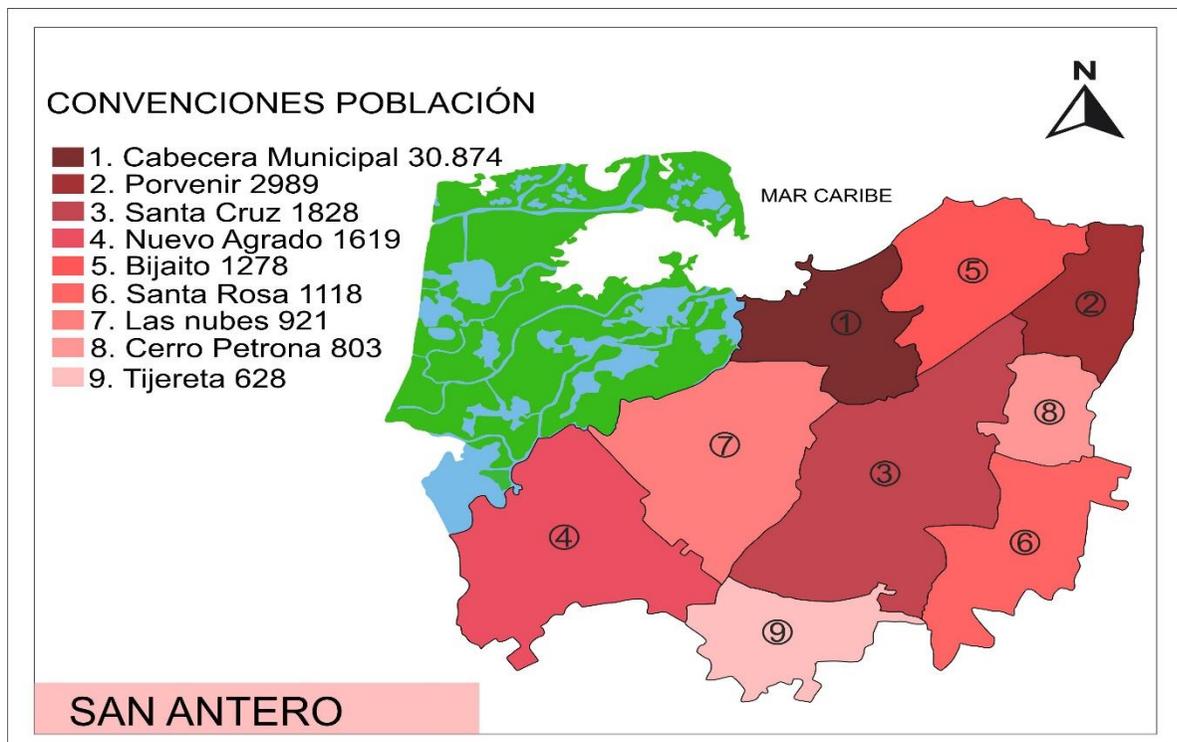
¹⁴ “Miriam Pardo se construyó con casas entregadas a personas de escasos recursos y como quedaron muchos espacios libres entonces mucha gente empezó a invadir del mismo San Antero, más que todo parejas jóvenes”

los hogares con inadecuada eliminación de excrementos ascienden a 48,55%, valor que se ubica por debajo del departamental.

El fenómeno de las inundaciones durante el verano, debido a la sucesión de lluvias y días secos, se da porque el suelo se satura provocando una circulación de agua sobre la superficie mucho mayor. Las zonas de colinas sufren la sequía, porque presentan una baja capacidad de almacenamiento, junto a las deforestación y erosión del suelo (SMS, 2020). En base a esto, los lugares que más riesgo de incendio tienen son los corregimientos de Santa Rosa, Santa Cruz, Cerro Petrona que ya mencionaremos.

La cabecera está al norte y cuenta con Playa Blanca, una zona turística, este centro urbano gira alrededor del mercado, en él había según MSA (2012) 54 locales. Se trata del centro comercial de la ciudad y muestra por la mañana una gran actividad, el paciente 1 (persona de edad), nos dice: “La gente que viene hay muchos vendedores que vienen en la mañana y se regresan por la tarde se vienen a traer sus productos en el mercado la berenjena, el ñame, limón, la calabaza, lo que ellos tengan, vienen en sus burros, traen sus cositas y en la tarde se regresan después que vendan”.

Hay además grandes tiendas y graneros no agrupados en un área comercial específica, y hoteles, agencias y otras actividades ligadas al turismo. La actividad informal no altera el orden urbanístico debido a que se ubica alrededor del mercado público, en la calle central o playas. Desde Playa Blanca se transporta a pequeña escala productos tales como café, sal o azúcar.



Fuente: SSM (2020)

En esta parte urbana hay una división en barrios, los que deben contar al menos con 20.000 metros cuadrados para poder ser considerados como tales. Los barrios sin considerar el centro son:

1. Barrio Obrero
2. Barrio Petare
3. El Campano
4. Cervella
5. Polo Norte
6. Bejiga
7. Paraíso
8. Nueve de Junio
9. Minuto de Dios
10. Cardales
11. El Trébol
12. Sierra Morena
13. La Esperanza
14. Sagrado Corazón

15. Pata de Vaca
16. Miramar
17. Las Flores
18. El Panteón
19. Nueva Esperanza

También se mencionan como barrios El Silencio, El Higuierón y Miriam Pardo.

Los barrios presentan una fisonomía simple, en la que entremezclan los niveles económicos y los estilos sin grandes desvíos. Según el diagnóstico realizado por SSM (2020) hay 1824 viviendas urbanas en mal estado y 1290 en condiciones solo regulares. Los barrios más preocupantes son Barrio Paraíso y Miriam Pardo. La mencionada fuente menciona que el municipio llevó adelante un proyecto de construcción y mejoramiento con fondos propios y del Banco Agrario.

En ellos se dieron inundaciones por el desborde del arroyo Don Diego impactando sobre barrios tales como Campano, Cervella, Nueva Esperanza. Este mismo arroyo junto con el Cardales y el Villero, afectan a la zona rural donde las áreas más afectadas son las correspondientes a los corregimientos de Cerro Petrona, Vereda Amaya, Vereda Caño Lobo (SSM, 2020). Se observan, además, los flujos terrosos que en época invernal descargan grandes cantidades de sedimento en el mar, en los arroyos Bijao Chiquito, Grau y Carbonero. Los arroyos Mamón y Bijao a su vez han estado afectados por los problemas que hubo con la disposición final de residuos. Actualmente se los envía al municipio de Tolú mediante la empresa "Aqualia S.A.". También se plantea el problema del depósito de Ecopetrol que actualmente se encuentra en inactividad y representa una amenaza aguas abajo (SMA, 2012).

Al norte del municipio encontramos los Corregimientos de El Porvenir y Bijaito. Según SPM (2007), el primero con un área de 913,179 Has., atravesado por la vía regional Lorica-Coveñas que lo conecta a solo 6 kilómetros del área urbana, está compuesto por los asentamientos de El Porvenir (cabecera), El Peñón y las Playas del Provenir. El segundo compuesto por 1.558,031 Has., también atravesado por la misma vía regional que el anterior, lo componen los asentamientos de Bijaito (cabecera), La Parrilla, Grau, Punta Bolívar, Boca de Calau y Punta Bello.

Ambos cuentan con Escuela Primaria, Plaza Pública, Cementerio y Puesto de Salud, pero El Porvenir cuenta además con restaurantes, estaciones de servicio, supermercados, tiendas y estaderos. Las actividades económicas principales de los dos corregimientos son la ganadería minifundista, pesca artesanal y agricultura de subsistencia. Esto se repetirá en todos los corregimientos, sólo cambia la importancia comercial o turística según la ubicación cercana o no a una vía importante. En El Porvenir hay una zona de almacenamiento y un puerto para hidrocarburos, lo cual representa un ingreso considerable en regalías para el municipio.

Luego al este del Municipio encontramos a Cerro Petrona y Santa Rosa del Bálsamo, con un total de 704,489 Has para el primero y 1.595,597 Has en el caso del segundo. Cerro Petrona se compone de los asentamientos de Cerro Petrona (cabecera), Nueva Esperanza, Chimborazo y la vereda de Villero abajo; mientras que Santa Rosa del Bálsamo (de origen indígena) está compuesto por Santa Rosa del Bálsamo (cabecera), el caserío La Planada y las veredas de Santa Rita y Villero Arriba. Santa Rosa del Bálsamo cuenta además con la fabricación de artesanías típicas.

Al centro del Municipio encontramos al Corregimiento Santa Cruz, con una superficie de 3.337,319 Has y compuesto por los asentamientos de Santa Cruz (cabecera), el caserío El Naranja, Parcelas de Cocorilla, y las veredas de Bajo Grande, Santa Cruz N°1, N°2 y Mosquito.

Al sur, se encuentra el Corregimiento de Tijereta cuya superficie asciende a 1.137,663 Has, y se compone de Tijereta (cabecera), Nueva Cocorilla y Arroyo Hondo Arriba.

En el centro occidente del Municipio encontramos al Corregimiento de Las Nubes que con 2.326,180 Has de superficie total, aloja a los asentamientos de Las Nubes (cabecera), Tijó, El Progreso, Canaán, San José y El Volcán. Ubicado en la vía Lórica-Coveñas, cuestión que aporta buena conectividad a sus pobladores.

Por ultimo encontramos al Corregimiento de Nuevo Agrado con una superficie total de 7.956,272 Has, atravesado por la vía Lórica-Coveñas (primaria), se compone de Nuevo Agrado (cabecera), Leticia, Las Delicias, Los Secos, y toda el área de

manglares pertenecientes a Cispatá. Además de tener ganadería y agricultura de subsistencia, explota la pesca y los manglares pero de manera muy limitada por restricciones de empresas asentadas en la zona de Palermo.

Las áreas rurales están caracterizadas por poseer una agricultura de subsistencia y ganadería extensiva sobre terrenos pocos propicios para su desarrollo, lo cual permite observar áreas deterioradas por procesos erosivos con pérdida de productividad de los suelos. Según SMA (2012) la producción resultante no alcanza a cubrir la demanda interna provocando que se deba consumir productos de otras regiones. En línea con esto, la infraestructura es totalmente limitada (por ejemplo, no existen centros de acopio), y los productos se comercializan mediante intermediarios. En cuanto a la actividad ganadera, y específicamente la porcina, el municipio contaba según SPM (2007) con 4 granjas productoras donde anualmente se sacrificaban más de 3 mil animales. En la zona rural hay desde siempre un conjunto importante de viviendas en condiciones precarias.

Las playas se ubican en la cabecera municipal, Bijaito, El Porvenir y en la bahía de Cispatá. Son unos 20 kilómetros erosionados por las altas mareas generando una pérdida de atractivo, cuestión que ha motivado a muchos pobladores a la construcción de espolones para proteger las costas. En la mencionada bahía se halla un emprendimiento hotelero (Hotel Cispatá Marina Resort) que ha sido acusado por la destrucción de los manglares, finalmente se ha regulado con una licencia ambiental que exige la reforestación. Este hotel cuenta con un muelle privado desde el cual se realizan paseos turísticos con embarcaciones que parten desde él.

La vía y el transporte urbano-rural encuentran dificultades ya que de 99,55 kilómetros que posee la red que conecta la cabecera municipal con los corregimientos y veredas, 42,31 son de afirmado, 47,57 de tierra, solamente 5 kilómetros son de pavimento o empedrado. El camino que une la bahía de Cispatá y Playa Blanca con la cabecera municipal, es pavimentado debido a su importancia como atractivo turístico.

Luego, limitando con Coveñas, Purísima, Lorica y la carretera Lorica-Coveñas se encuentra la zona forestal, esta actividad se realiza mediante licencias, pero hay

limitaciones ya que en Bahía de Cispatá y Delta del Río Sinú (tinajones) existen problemas de erosión y deforestación. La madera se aprovecha en la construcción de cabañas, kioscos y viviendas.

La pesca, rudimentaria y artesanal, se centra en las zonas de la Bahía de Cispatá, el Delta de Tinajones y los caños del río Sinú, con más de 700 personas abocadas a esta actividad concentradas principalmente en Puerto Cispatá y Caño Lobo. Las embarcaciones más utilizadas para esta actividad son de madera, que por sus características permite la circulación sobre estas zonas mediante la utilización de remos y velas.

Para el turismo hay en total 51,40 Has de playas, la Zona de Utilización Recreacional incluye El Porvenir, Grau, Boca de Calao, Punta Bolívar y Punta Bello. La infraestructura de esta zona presenta falencias en cuanto a su registro y coordinación con los organismos nacionales encargados del sector.

Gobierno Local y Sistema de salud

San Antero es un municipio pequeño desde el punto de vista de su PBI per cápita y sus finanzas, no está certificado para el manejo autónomo de la educación. Desde 1999 comparte regalías con Tolú (por su condición de puerto petrolero), pero su desempeño fiscal desde el año 2002 se tornó preocupante por un aumento del gasto y una caída de las regalías.

En lo institucional, SMA (2012) menciona 33 juntas de acción comunal, que en la práctica no funcionan muy bien ya que presentan un nivel organizacional bajo. Además, encontramos asociaciones de mujeres articuladas por la Secretaria de la Mujer y Género, como también la ASOTRADES (Asociación de Trabajadores Desocupados de San Antero) y COOTRASAN (Cooperativa de Trabajo Asociado y Servicio de San Antero) que agrupan socios de diferentes ocupaciones.

El municipio se encuentra en mejores condiciones que el departamento en los niveles educativos primarios y secundarios alcanzando una cobertura del 122,94 y 106,76 respectivamente para el año 2015, mientras que en el nivel terciario

(80.59%) la situación lo posiciona levemente por debajo del departamento y con una tendencia a la baja (SSM, 2020).

En cuanto a la salud, según SSM (2020) la tasa bruta de natalidad se ubica en el año 2014 en 17,5, por encima del valor departamental. La tasa bruta de mortalidad fue en 2016 del 3,88 por encima de la departamental. Dentro de las causas específicas encontramos los tumores malignos, de mama, de próstata, de estómago. De manera similar se muestra la tasa de mortalidad infantil y en la niñez, ambas por encima del nivel departamental. Para el caso de otras enfermedades hay diversas situaciones por encima y por debajo del promedio.

En relación a la cobertura, el 98.4% de la población presenta afiliación. Había en 2015 410 personas y actualmente 184 que no se encontraban afiliadas, por lo que la administración debe garantizar el servicio de salud para las mismas (MSA, 2016). El Municipio realiza tareas para que las personas que quedan desafiliadas por un corto periodo de tiempo, debido a la no actualización de los datos de identificación o por cambiarse del régimen contributivo al subsidiado, puedan resolver su caso, pero ese número parece constante.

El municipio cuenta con una activa Secretaría de Salud. La página de la alcaldía municipal de San antero tiene el mismo formato que la de Córdoba, pero hay una mayor dedicación al tema salud y covid-19. Antes de la pandemia había un tratamiento importante, pero naturalmente menor. Se publicitaba la aplicación de la larvicidas, se invitaba a una brigada de salud animal para formar parte en el control de los burros antes de la fiesta nacional, se anunciaba una jornada de tamizaje para diabéticos, donación de sangre, la jornada de vacunación 2019, advertencias acerca del dengue solicitando el descacharreo y una jornada de fumigación.

Y hay una IPS pública de primer nivel, ESE CAMU Iris López Duran. Tiene una zona de emergencias con una antesala de camillas muy simples, otra parte de camillas separadas por bombos y consultorios; tiene una zona para maternidad y partos, área de vacunación, consultorio odontológico y tres consultorios médicos. Se realizan pruebas muy simples de laboratorio. Hay dos ambulancias, un número superior al de los municipios de la zona.

En el Camu se han organizado carpas externas para pacientes que vienen con sintomatología de Covid, en las mismas hay algunas camas y un escritorio. La auxiliar que está en el área hospitalizados es la encargada de entrar a la carpa, si hace falta se pide el traslado.

Hay dos médicos de guardia y 3 para el ambulatorio, 3 o 4 auxiliares de enfermería. Para la atención médica ambulatoria hay dos horarios, de lunes a viernes y ese es el horario de los profesionales médicos. Hay una pequeña farmacia y entrega de medicinas.

El personal de enfermería hace turnos corridos diurnos de 12 horas, descansa 48 horas, y después hace 12 horas de noche, otros de 6 en 6. Parece haber estricto cumplimiento de los horarios y las formalidades.

Las remuneraciones son bajas.

Respecto al trabajo en equipo, e/la enfermero/a 1 respondió “acá nosotros cada quien tiene un área, pero nosotros trabajamos en equipo” el tipo de ejemplos que se nos brindó indica solidaridad: “si alguna compañera este en maternidad y yo estoy desocupada, la puedo ayudar; lo mismo con los hospitalizados, si van a hospitalizar y la compañera está ocupada y yo soy del área de urgencias, y estoy desocupada, la puedo ayudar también”. El/la médico/a 1 nos planteaba “por el horario que tengo en las tardes, generalmente cada quien hace su trabajo”.

En relación a charlas, capacitaciones, en la Secretaría parece haber mucho más dinamismo. El /la enfermero/a 2 dijo en la entrevista “somos un servicio de urgencia”, como su nombre lo indica, aunque debería cumplir tareas de un primer nivel de atención. Sin embargo, el/la médico/a 1 hizo hincapié en la promoción en el área de embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual, básicamente. Tanto este médico como el/la médico/a 2 del sistema de salud municipal nos cuentan que hay tareas de prevención incluso barriales.

La página web del Camu Iris López Durán de San Antero responde al mismo formato departamental, lo que la hace poco atractiva. En la portada aparecen fotos de la estructura en buen estado y las fotos de la gerente, el coordinador médico y

la enfermera jefe, también se muestra la rendición de cuentas 2020 y el informe de transparencia. Hay sólo una campaña, de higiene oral.

La información sobre los servicios médicos es muy vaga lo mismo que no hay datos sobre el personal. La misión y visión, los objetivos, la filosofía institucional, los principios y valores son muy generales, no hay vínculo alguno con el contexto o con las comunidades.

En el organigrama hay sólo una descripción de las funciones contables y de control interno que demuestra que se ha pensado en una planta importante para estas tareas (14 personas). En el ítem usuarios se ve la foto de un médico y una recomendación para los pacientes, de que llegue acompañado de un amigo o familiar, que llame a las personas por su nombre, que participe en su propio tratamiento y que exija un trato digno, además hay una descripción de derechos y deberes del paciente. En las noticias reaparecen las cuestiones administrativas y contables, también hay recomendación para la toma de muestras. Entre ellas hay dos notas sobre el Covid-19.

El/la Paciente 3 (de un corregimiento rural) no sabe bien el funcionamiento del Camu. Manifiesta que el funcionamiento de las 24 horas le parece errático y que la maternidad ha ido cambiando y no siempre está disponible. Muchos años atrás, había una conocida farmacia donde se les recomendaba el tratamiento.

La mayor parte se queja de la demora de los turnos: “Uno lo considera como no eficiente porque tiene que esperar un turno, una urgencia es como para que enseguida te atiendan entonces no porque tiene que esperar el turno que te toca por hay gente que viene primero o en muchas veces se ve gente que llega después de uno y como tiene conocido” (Paciente1).

Pero la mayoría no parece tener grandes quejas respecto a la atención: nos comentaba el paciente 2, (persona de edad): “bueno, la atención en salud en el municipio está muy bien, por el momento a mí me han tratado bien, pero hay unos pequeños detalles que a veces dan una ficha un día después en el momento que uno va el día de la cita, no que veinte mañana, ese es el único problema que tiene”

Sin embargo, el/la Paciente 4 en cambio nos dice: “en el Camu son malos, ese servicio ahí es pésimo, el alcalde nuevo metió un poco de auxiliares, pero ahí que eso no dan bola, que a la que verdaderamente sirve las tienen por fuera, como es pura política”.

En las zonas rurales cuentan con diferentes puestos de salud, pero la mayoría no se encuentra en funcionamiento, salvo las del Corregimiento de Porvenir y de Nuevo Agrado. En el Puesto de El Porvenir hay un médico, enfermeras y vacunatorio, ni urgencias, ni ambulancia, pero atienden rápido con el turno del día anterior. El/la Paciente 5 nos dice “la mayoría de las veces en la noche tenemos que trasladarnos al Camu San Antero en moto o alguien que nos preste un carro”. La atención médica en las zonas rurales es limitada y muy dispersa, y en muchos casos no se cuenta con recursos económicos para trasladarse a la zona urbana.

Además, hay una IPS privada (orientada a servicios de consulta externa, PYP y odontología) y seis EPS para tramitar los procesos administrativos de los afiliados. A 2019 el municipio no presenta problema con las EPS, salvo el caso de la Nueva EPS, sí hay un problema por la falta de oficinas de atención para usuarios del régimen subsidiado. Y el municipio plantea un conflicto por el giro de fondos del departamento por atención de mediana complejidad (SSM, 2019).

En el Plan de desarrollo 2016-2019 se proponía poner énfasis en la salud infantil, sexual y reproductiva mediante sub programas y se mencionaban actividades de promoción y prevención. Por otro lado, se proponía crear, activar y fortalecer los comités y brigadas de emergencia frente a las eventualidades que surjan de acuerdo al factor de riesgo.

En el cuadro adjunto puede verse un conjunto de ejemplos y una síntesis de los programas planteados en el 2016.

Programa	Meta	Meta a 2019
Paz y equidad en la prestación de los servicios de salud	Disminuir el Embarazo adolescente en menores de 18 años	8%
	Vincular a Personas afectadas con problemas relacionados a la salud mental, a programas de integración y protección de la salud pública	58 Personas
	Dotar a los centros de salud municipales y la ESE CAMU	80%
	Regionalizar e Integrar los servicios de la salud en el municipio de San Antero	75%
Salud integral para todos y todas en salud pública	Vincular a actividades de Promoción de Hábitos y estilos de vida saludables	5.000 personas
	Disminuir la tasa de fecundidad global en mujeres menores de 20 años en un 50%	90 personas menores de 20 años
	Disminuir Riesgos nutricionales con niños con bajo peso al nacer.	1 x mil
	Promover el buen trato en casa en por lo menos en 20% de las familias	20%

En la práctica, la Secretaria de Salud del municipio tiene problemas para movilizarse así como para hacer grandes presencias territoriales y visitar a pacientes que presenten problemáticas especiales, aunque durante la pandemia, como veremos, ha logrado un nivel de movilización importante.

Para brindarle atención a la población infantil se llevaron adelante distintos proyectos, entre los cuales encontramos la creación de un hogar para 90 niños y niñas en la zona urbana, a partir del 2012 se asignan recursos al municipio a través de la estrategia nacional “de Cero a Siempre” cuestión que incrementó los beneficiarios de 90 a 587 en el 2014 (SSM, 2020).

La misma fuente menciona que para las enfermedades no transmisibles el municipio implementa medidas de detección temprana en la casa del adulto mayor y el CAMU. Los datos del SISPRO dicen que hay registradas 502 personas en los

programas de hipertensión y diabetes, y algunas personas con enfermedades renales crónicas.

Si se analizan los indicadores de acceso a servicios para cuidado de la primera infancia y servicios de salud, respecto al departamento, se ve que en el caso de la primera variable, un 20, 82% de los hogares presenta dificultades en el acceso y Córdoba en general 29.1% y en el caso de la segunda variable se observa un porcentaje muy bajo de apenas un 2.75% mientras que el departamental asciende a 6.8%. San Antero, en este sentido, parece un contexto razonable a pesar de la falta de infraestructura, de todos modos, el problema del cuidado de los infantes es delicado.

En el Plan de desarrollo San Antero 2020-2023 (MSA, 2020) se repetía –como si no se hubiese solucionado- que el municipio presentaba varios puestos de salud en condiciones muy complejas de infraestructura e insumos. Tal es el caso de los corregimientos Porvenir, Cerro Petrona, Santa Rosa del Bálsamo, Tijereta, Nuevo Agrado, pero también se incluye al ESE Camú. Se plantea como resultado del trabajo de las mesas, focalizarse en el problema de la violencia intrafamiliar.

El Informe ASIS San Antero del año 2020, escrito con información previa a la pandemia, entre un gran número de temas, planteaba una situación de mayor dinamismo que Córdoba, pero aun había importantes y desafíos:

-El municipio realizó proyectos para extender y optimizar el agua segura y la gestión integral de los residuos sólidos.

-La presencia de dengue indica que puede existir un problema con la disposición de las aguas servidas o el almacenamiento de agua potable en los hogares.

-Hay actividades de prevención y promoción de la salud, en temas como consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias químicas, así como en el maltrato y violencia intrafamiliar, con apoyo de la comisaria de la familia e instituciones de la salud, pero naturalmente las mismas deben profundizarse. Mencionan la falta de personal idóneo y que el seguimiento de los pacientes es muy limitado.

-La UMATA del municipio brinda asistencia técnica en las actividades agropecuarias fomentando el autoconsumo, pero posee pocos recursos y además la articulación con entes nacionales es deficiente. Se dice que para garantizar la seguridad alimentaria se debe mejorar el nivel de ingresos de las familias.

-Hay acciones de promoción del sexo seguro y responsable, así como de lucha contra la discriminación de personas con SIDA, pero se reconoce que la población no conoce bien las rutas de atención y no hay un sistema de referencia-contrareferencia que sea claro o esté bien definido.

- Ha faltado diseñar una buena planificación del riesgo para minimizar el daño, especialmente en barrios vulnerables.

6-La pandemia en Córdoba y San Antero

Medidas y resultados en la escala nacional

La declaración de emergencia sanitaria se decretó en Colombia el 12 de marzo 2020 en todo el territorio nacional, primero hasta el 30 de mayo, luego fue extendida. El 17 de marzo se produjo la declaración del estado de emergencia nacional. Se estableció la responsabilidad del Presidente de la República y de un gerente para la atención integral de la pandemia, así como la constitución de un panel de expertos. Se tomaron medidas de aislamiento preventivo obligatorio y cuarentena para las personas que arribasen de países con circulación del virus (especialmente de Europa o Asia). Luego, la suspensión de eventos con aforo mayor a 50 personas, cancelación de eventos masivos, cierre de frontera con Venezuela y refuerzo de las medidas de control en la frontera con Ecuador, suspensión de clases presenciales, finalmente el cierre de fronteras terrestres, aéreas, marítimas y fluviales. También se intentó en Bogotá la clausura temporal de establecimientos comerciales, de esparcimiento y diversión. Por otro lado un conjunto de actividades para garantizar el testeo y su procesamiento, alistamiento de 22 laboratorios para tal fin, adecuación del Hospital Militar de un hospital de campaña y alistamiento de hoteles y centros de convenciones como centros semi hospitalarios (OPS, 2020).

Cómo se ve, el esquema de respuesta inicial no incluyó especialmente a los CAMU como equipos de atención primaria, aunque de a poco los municipios los fueron incorporando a los procesos de vigilancia, toma de muestras y seguimiento de casos; también los municipios organizaron en algunos momentos brigadas para realizar el rastreo. Algo similar sucedió en Chile. En ninguno de estos dos casos se siguió un enfoque promocional, de participación comunitaria que hubiese sido muy interesante. En Brasil las actividades fueron suspendidas, aunque en otros municipios asumen un rol importante. Más allá de Cuba que es tomada como ejemplo, también Uruguay muestra un elevado nivel de resolución de testeos en la atención primaria (Giovanella y otros, 2020).

En lo económico según IMF (2021) se creó un Fondo Nacional de Mitigación de Emergencias (FOME), que se financiará parcialmente con fondos regionales y de estabilización (alrededor del 1,5 por ciento del PIB) y se complementará con el 1,3 por ciento del PIB de la emisión de bonos nacionales y otros recursos presupuestarios. Se anunció un apoyo presupuestario adicional para la salud, incluido el pago parcial de las pruebas, una bonificación única para los trabajadores de la salud, nuevas líneas de crédito y una serie de beneficios fiscales para sectores medios y vulnerables. Además hubo un subsidio de nómina equivalente al 50% del salario mínimo por trabajador para las empresas con una caída de más del 20% en los ingresos por un período de tres meses. A su vez el Banco Central recortó la tasa de interés y llevó a cabo otras medidas de expansión monetaria. El producto bruto cayó en 2020 un 6,8% respecto al año anterior, en 2021 se proyecta uno de 5,1% con lo cual no se alcanzará aun el nivel del 2019.

Según el informe de la OPS del 29 de marzo del 2020 en Colombia se reportaron 702 casos de los cuales sólo uno era del departamento de Córdoba, en mayo según la misma fuente, se registraba un promedio de 550 casos nuevos y 16 muertes diarias. Se calculaban 23 contagiados cada 100 mil habitantes y 9,5 muertos por millón, con una letalidad alta: 4%, se reportaban 14 nuevos municipios, el nivel de hospitalización era abajo. Córdoba registrada sólo 39 de los 11000 casos totales y 1 de las 479 muertes pero con un índice de letalidad alto, casi el doble del promedio nacional. Para entonces Chile tenía 157 contagiados cada 100

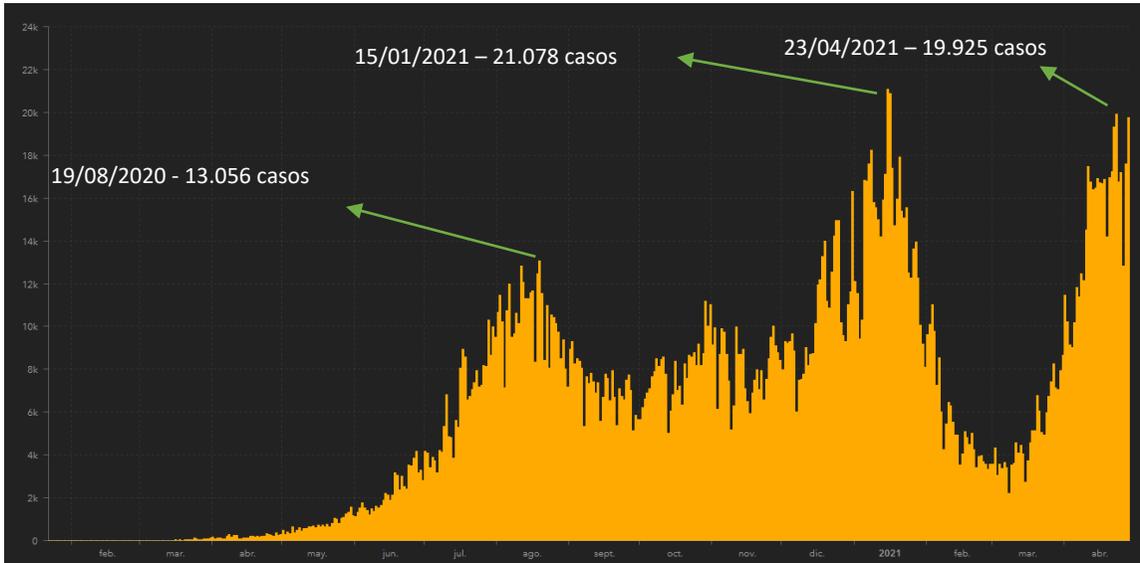
mil de habitantes. El país bajo análisis estaba posicionado en contagios por encima de Argentina, Uruguay, Venezuela, Paraguay y levemente de Bolivia.

Se permitió que los sectores de construcción y manufactura reiniciaran sus operaciones el 27 de abril, y una lista ampliada de sectores de servicios industriales y comerciales se reinició el 11 de mayo. Otros servicios, incluidos segmentos minoristas seleccionados, pudieron reabrir el 1 de junio, aunque las jurisdicciones locales (incluidas Bogotá) han sido más lentas.

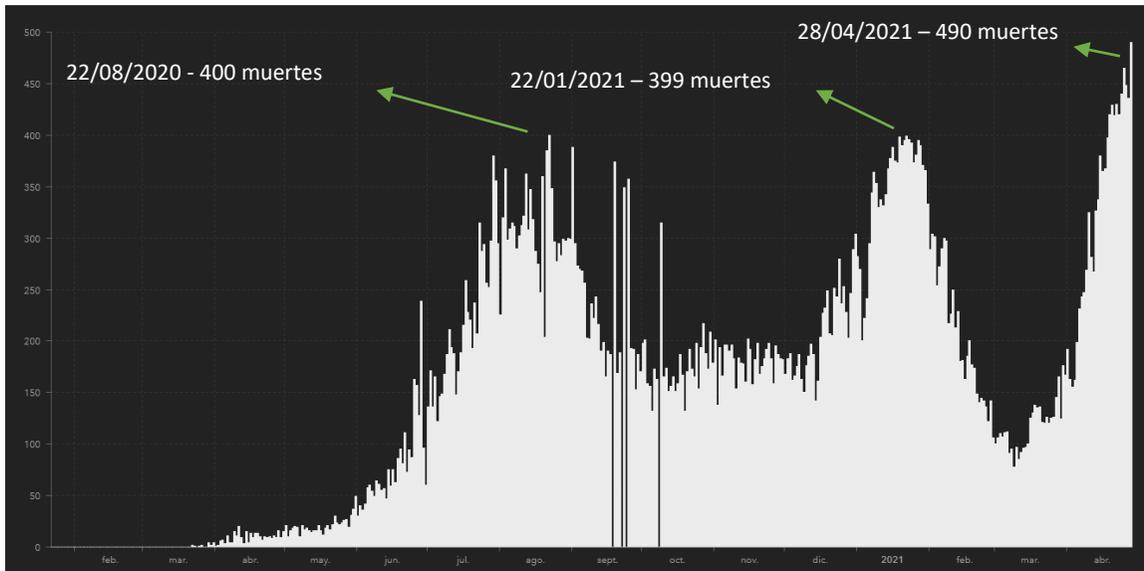
El 25 de agosto se anunció el fin de la cuarentena a partir del 1 de septiembre con algunas restricciones (en consonancia con la extensión de la emergencia sanitaria), incluidas las reuniones de más de 50 personas, el funcionamiento de los bares y las fronteras terrestres y marítimas permanecieron cerradas (IMF, 2021). Los viajes aéreos internacionales limitados se reanudaron el 19 de septiembre. Las fronteras terrestres y marítimas permanecerán cerradas hasta el 1 de junio de 2021.

A continuación puede verse picos y valles.

Colombia. Casos diarios Covid 19



Muertes diarias Covid 19



Fuente: John Hopkins University (2021).

El día 21 de diciembre estamos en un primer pico: se registraban en Colombia un millón y medio de casos de los cuales casi 11000 en las últimas 24 horas y algo más de 40000 muertes en el mismo período. Se trata de 3000 casos cada 100 mil habitantes y las camas de terapia intensiva ocupadas representaban el 60% del total, estando el departamento de Córdoba lejos del promedio nacional con el 41%. Córdoba contaba con 29000 casos y 1669 muertos con un nivel de letalidad del

5,7% y una mortalidad por millón de habitantes de 912, entre las más altas del país.

El 7 de enero de 2021, se anunciaron toques de queda en ciudades seleccionadas donde la utilización de UCI es alta. El descenso de casos comenzó el 20 de enero en que se había llegado a 17900 diarios y el valle se alcanzó el 10 de marzo con 3588, mientras se escribe esta tesis hay un promedio cada 7 días de 17254 diarios; según el último reporte de Ops del día 20 de abril 2021 había 2684000 de casos totales y 17000 diarios con 69.177 de defunciones y 429 muertes diarias. Entre los municipios con mayores aumentos están Bogotá, Medellín, Barranquilla, Cali, con el 77, 4% de las camas de terapia intensiva es decir 9721 ocupadas y con una disponibilidad de las restantes 2841. En Córdoba hay una disponibilidad del 33%, inferior al anterior informe resumido en estas páginas. Los niveles de letalidad siguen por encima pero descendiendo al 4,4 por ciento.

En el cuadro adjunto se ve la distribución por departamento.

Covid 19. Casos e indicadores por departamento

Desde el inicio de la pandemia hasta el 18 de abril de 2021						
Cod_Depto	Nombre_Depto	Población2020	Casos acumuladosTotal general	Tasas de casos Covid19 por 100 mil habitantes	Casos en los acumulados 4 semanas de estudio, sin contar la última semana	Tasa casos COVID19 últimas 4 semanas por 100 mil habitantes
5	Antioquia	6.677.930	456.195	6.831	83.871	1.256
8	Atlántico	2.722.128	223.686	8.217	62.812	2.307
11	Bogotá, D.C.	7.743.955	766.778	9.902	30.668	396
13	Bolívar	2.180.976	77.795	3.567	6.966	319
15	Boyacá	1.242.731	52.113	4.193	3.359	270
17	Caldas	1.018.453	59.209	5.814	8.027	788
18	Caquetá	410.521	17.405	4.240	160	39
19	Cauca	1.491.937	29.984	2.010	1.555	104
20	Cesar	1.295.387	50.826	3.924	6.108	472
23	Córdoba	1.828.947	50.340	2.752	6.009	329
25	Cundinamarca	3.242.999	123.087	3.795	10.086	311
27	Chocó	544.764	7.646	1.404	799	147
41	Huila	1.122.622	53.078	4.728	1.876	167
44	La Guajira	965.718	27.128	2.809	7.122	737
47	Magdalena	1.427.026	56.597	3.966	9.648	676
50	Meta	1.063.454	46.030	4.328	1.609	151
52	Nariño	1.627.589	52.862	3.248	2.074	127
54	Norte de Santander	1.620.318	54.361	3.355	2.148	133
63	Quindío	555.401	38.552	6.941	3.068	552
66	Risaralda	961.055	55.570	5.782	5.561	579
68	Santander	2.280.908	101.280	4.440	6.413	281
70	Sucre	949.252	26.785	2.822	3.191	336
73	Tolima	1.339.998	68.741	5.130	1.874	140
76	Valle del Cauca	4.532.152	232.486	5.130	22.335	493
81	Arauca	294.206	6.285	2.136	482	164
85	Casanare	435.195	14.561	3.346	1.226	282
86	Putumayo	359.127	9.133	2.543	764	213
88	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	63.692	3.357	5.271	496	779
91	Amazonas	79.020	6.101	7.721	138	175
94	Guainía	50.636	1413	2.791	67	132
95	Guaviare	86.657	2.329	2.688	24	28
97	Vaupés	44.712	1.218	2.724	39	87
99	Vichada	112.958	1.533	1.357	66	58

Fuente: Minsalud (2021)

Según Reuters, Colombia ha administrado 4.714.640 dosis de vacunas, 96.043 dosis por día durante la última semana, estaría vacunado el 6%¹⁵.

La pandaemia en el departamento Córdoba

El departamento se movió, como todo el país, al compás de las normas nacionales, pero siempre con niveles de peligrosidad inferiores. Inicialmente hubo que monitorear a 600 asiáticos que trabajan en la central eléctrica Gecelca, en el municipio de Puerto Libertador. En marzo los departamentos de Córdoba, Cesar y Sucre cancelaron algunos eventos, en San Antero, el Festival del Burro. Se anuncia que entre los laboratorios habilitados estaba el del Instituto de Investigaciones Biológicas del Trópico de la Universidad de Córdoba, ubicado en el corregimiento de Berástegui, municipio de Ciénaga de Oro, la cantidad de testeos de este ente fue trascendente.

El 29 de marzo se detectó el primer caso en Sahagún, y otro en Loricá. Las pruebas duraban 8 días para tener los resultados. El 4 de abril se confirma la primera muerte en Montería. Para entonces, el departamento era mencionado como un ejemplo por no tener casos y se valoraba la estrategia de vigilancia. En el departamento también se anunciaban diariamente las multas a los infractores.

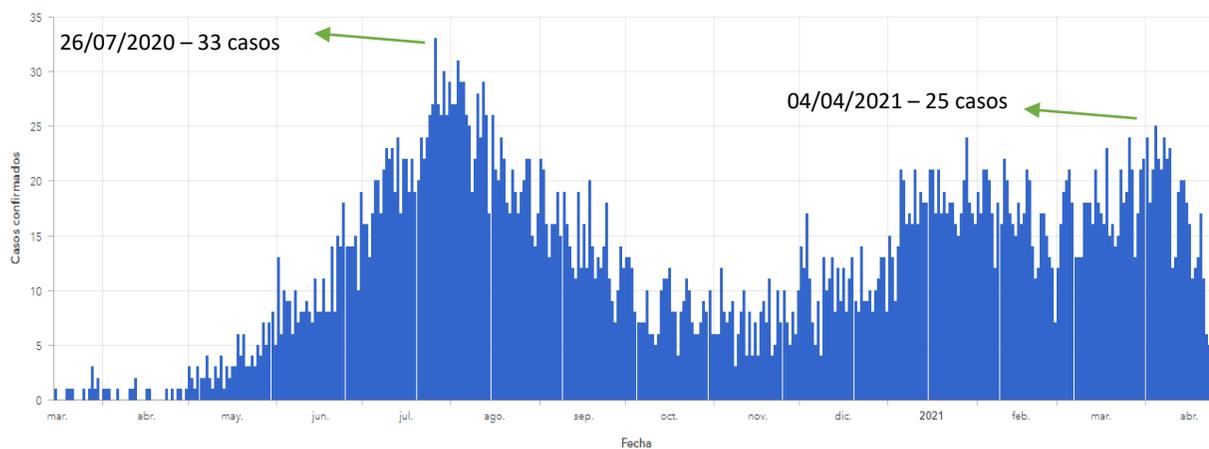
Como en otras partes del mundo, empiezan a verificarse hechos de discriminación contra el personal de salud, el 16 de abril los pasajeros de una buseta y su conductor impidieron abordar a una enfermera. También surgieron las tutelas para que los hospitales entreguen elementos de bioseguridad. Y se denunció especialmente las condiciones de infraestructura e insumos del hospital San Diego de Cereté, intervenido. En mayo se denunciaba que 11 de los 20 contagiados de COVID-19 en Córdoba eran personal de la salud. El 12 de mayo se cierra el área de hospitalización y la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital de Sahagún ya que se habían contagiado 12 profesionales.

¹⁵ Ver <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/vaccination-rollout-and-access/>

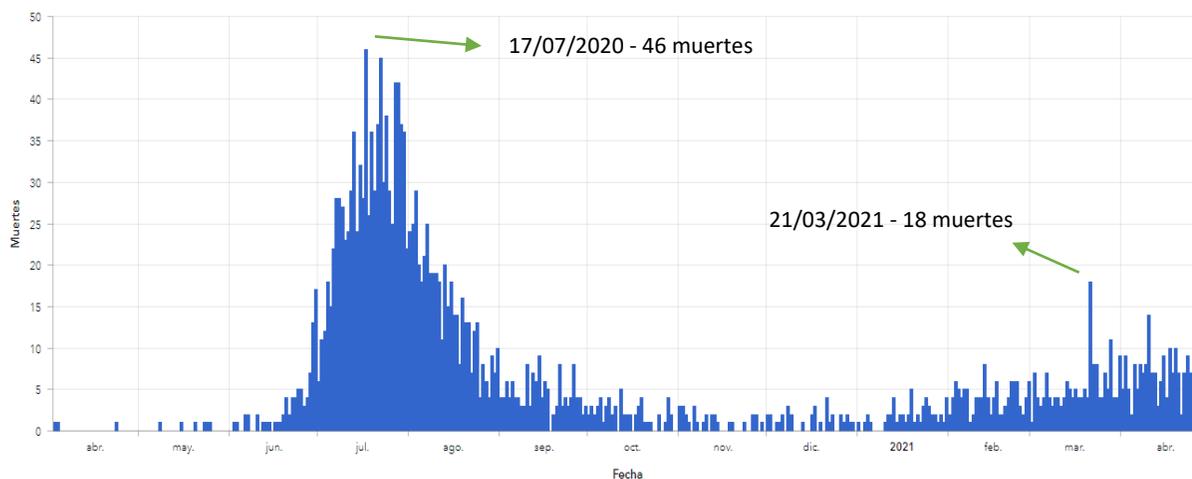
De la información de la página web de la Secretaría de Salud de la gobernación de Córdoba surge que, en junio de 2020, se anunciaban 19 casos semanales promedio diario, un total de 362 casos positivos y 25 fallecidos; el 6 de julio se declara la alerta roja y unos días antes se entregaban 81 camas de las 126 prometidas, para las unidades de cuidados intensivos que se suman a las 45 existentes (y 150 más en la red privada).

Córdoba. Casos y muertes

Casos confirmados de Covid 19 según fecha de inicio de síntomas



Casos confirmados de Covid 19 según fecha de inicio de síntomas



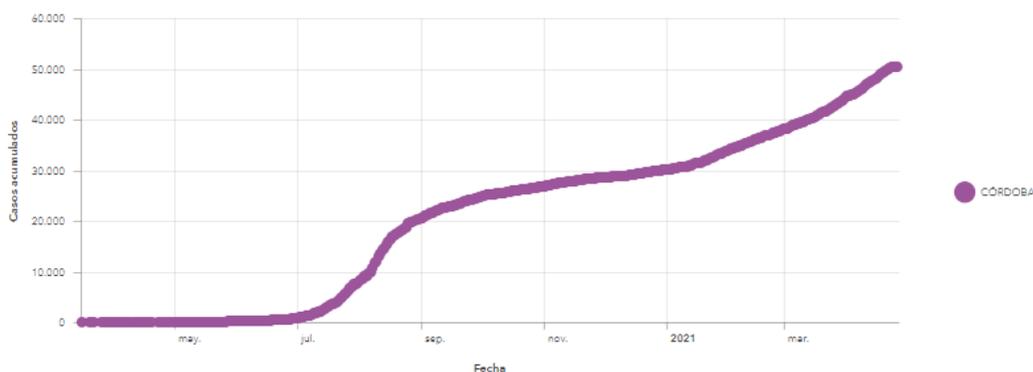
Fuente: John Hopkins University (2021).

Desde el 1 de junio el pico y cédula (suerte de restricción a la circulación) pasó de dos a cuatro dígitos por día, y el toque de queda desde las ocho de la noche hasta las cinco de la mañana, de lunes a viernes, y desde las seis de la tarde durante los fines de semana. El mismo decreto contempla la prohibición del consumo de bebidas alcohólicas para consumir en espacios abiertos. El 3 de julio los centros asistenciales reportaron una ocupación del 90% de las camas en las unidades de cuidados intensivos, a su vez informan que no tienen ventiladores. El 6 de julio se informaba una ocupación en el 81,8% y el índice de letalidad en un 6,1%, por encima de la media nacional que era del 3,4%. El 13 de julio alcanzó el 10,62% de mortalidad, el indicador más alto de Colombia. El 17 de julio la tasa sube a 12,9%.

El 15 de julio se inaugura la renovada unidad de cuidados intensivos del hospital San Jerónimo de Montería con 23 camas, para posteriormente repartir 6 más en las distintas unidades, mientras el Gobernador se quejaba de que el gobierno nacional no le enviaba insumos; el 28 de julio entregaba 8 camas de cuidados intensivos en el hospital San Diego de Cereté, el 8 agosto se inaugura el hospital del municipio de Ciénaga de Oro y el centro de convenciones con capacidad de 105 camas como hospital de campaña. A mediados de agosto la ocupación de camas de UCI rondaba por suerte el 50%.

Evolución Córdoba

Distribucion de casos acumulados de Covid 19. Departamento de Cordoba



Fuente: John Hopkins University (2021).

Para entonces surge todo un debate ya que las tomas de muestras (que no llegan al 1% de la población) y la entrega de los resultados son tardías y se responsabiliza a las EPS privadas. Se les pide desde la Secretaría de salud que entendiendo las dificultades, reforzar la atención en casa y barrial, a fin de ampliar el rastreo. El gobernador se quejaba “nos ha tocado cubrir un vacío de ellos de manera extraordinaria y lo hacemos con toda la competencia y compromiso, pero sería mucho menos difícil donde tuviésemos esa respuesta por parte de ellos”. La Secretaría de Salud decía en agosto que en Montería las clínicas estarían “escondiendo” camas, le pedía al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (Crue), que controle más eficazmente (Serrano, 2020).

Para diciembre se comenzaba a discutir la alternancia escolar pero Fecode, la federación colombiana de educadores, se oponía, y el 5 de enero se disparan los casos. El gobierno nacional impone la obligatoriedad de hisopar a 1100 personas por día. A los pocos días había ya 1222 casos activos, cifra inédita, pero aun una baja ocupación en UCI (46,78%), 80 camas ocupadas de 171 disponibles.

El 17 de febrero se vacunó en Montería con la vacuna Pfizer en el coliseo Miguel Happy Lora, donde hoy funciona el hospital de campaña. Luego llegarían las primeras 6243 vacunas Sinovac destinadas 2962 a las terapias intensivas de Montería, Serete, Sahagún y Lórica, las restante para los adultos mayores de 80 años. En abril se convocó al comité de seguridad y se propuso una estrategia de unificación del proceso vacunatorio.

El 4 de abril de 2021 se extienden toque de queda desde las 10:00 de la noche hasta las 5:00 de la mañana y la ley seca desde las 6:00 de la tarde hasta las 5:00 de la mañana. Y se mantendrá el pico y cédula para evitar que la gente se aglomere en los supermercados, bancos y notarias. La ocupación de UCI ya estaba en el 73,99 %, es decir, de las 223 camas actuales, están ocupadas 165.

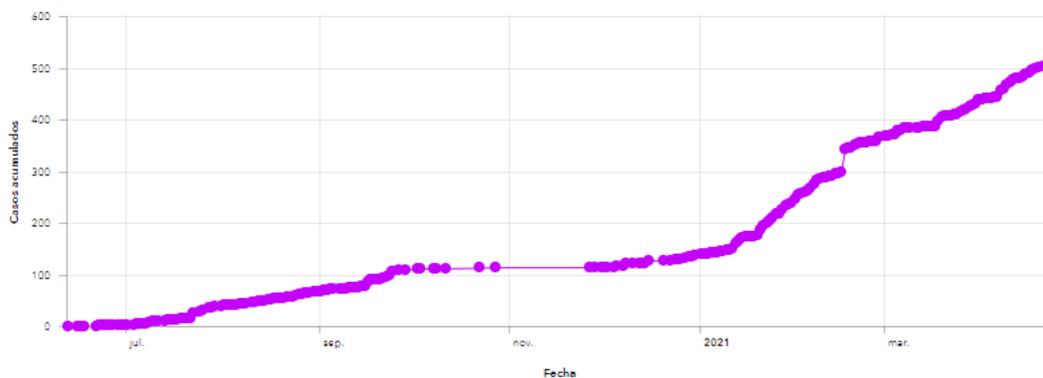
La evolución en San Antero

De la web de la Alcaldía de San Antero puede extraerse que durante los primeros días de marzo, se produce una reunión en el Camu en la que se propone crear un equipo de respuesta inmediata, elaborar un plan de contingencia, crear una ruta de atención, articular con el hospital de Lorica, armar un área de triage; estas propuestas no están visiblemente a disposición del público en la página, sólo se presenta un equipo de emergencia formado por 6 profesionales y se dan los números celulares para el contacto rápido. El día 2 de abril del 2020 se inicia el control de entrada y salida del municipio y también comienza una entrega de tapabocas que los entrevistados consideran insuficiente.

El 13 de junio el Camu recibe una ambulancia, el primero de julio se informa el primer caso y el 7 se anuncia un procedimiento de testeo en el que según informa el municipio, se tomaron 202 muestras de los cuales resultaron 13 positivas y había 160 resultados en espera. El 21 de agosto se hace entrega por parte del municipio de equipos de menor porte y el 28 se entregaron 500 pruebas rápidas al Camu. El 11 de septiembre hubo otra brigada de testeo incluyendo El Porvenir. El día 2 de octubre había un total de 121 casos positivos desde el inicio y ocho fallecidos, un número no menor para el municipio. En noviembre el municipio anuncia por primera vez la entrega de alimentos. Mientras se desarrollaba el pico antes del descenso se anunciaba un total de casos positivos globales de 201 y 12 muertes.

Evolución San Antero

Distribucion de casos acumulados de Covid 19 por municipio



Fuente: Minsalud (2021)

El 22 de diciembre se arrancó nuevamente a testear con la estrategia PRASS, con el apoyo de las juntas de acción comunal, líderes importantes del municipio, etc. El 3 abril de 2021 se reportaron un total ya de 479 positivos y 18 fallecidos.

El 4 de marzo bastante tardíamente el municipio recibe 50 vacunas sinovac en principio para el personal de la salud, al 23 de ese mismo mes se habían aplicado 497 dosis, los casos habían comenzado a subir en todo el país y la Secretaría de salud municipal por primera vez anuncia una campaña para el uso de tapabocas en las playas, preocupado especialmente por la gente que trabaja informalmente, especialmente los cocteleros. En la página web del Camu Iris López Durán de San Antero hay muy poco referido al Covid, sólo dos notas.

En conclusión, se nota una alta correlación entre aglomeraciones urbanas y casos y muertes, lo cual representa un elemento azaroso de esta pandemia que hizo que los precarios sistemas de salud rurales, como es el caso de San Antero, hicieran evidentes sus falencias. Los casos confirmados en el país tienen una tasa de incidencia de 5328 cada 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad nacional es de 1373 cada millón; en el ranking de muertos cada millón de habitantes Colombia estaba casi al mismo nivel que Argentina y Brasil. En América latina era superada por Perú, México y Panamá. En el departamento de Córdoba ha habido 2964 casos confirmados cada 100 mil y casi 106 muertes, la situación de San Antero presentaba naturalmente números menos holgados.

Para terminar, se analizan las opiniones recogidas del modo en que se enfrentó la pandemia en el municipio. Se valora mucho la acción de la Secretaría en el control de ingreso, en las playas, en el mercado, etc. También se considera positiva la estrategia inicial del comité de enfermeras que estaban en las calles, educando en puntos críticos. Los entrevistados mencionan las entregas de alimentos y el bono del gobierno.

En el Camu no ha habido quejas por la entrega de tapabocas y otros implementos, se han hecho cursos virtuales y otro sobre las tomas de las muestras, en la actualidad hay uno sobre elementos de protección personal. Los médicos parecen conocer más los protocolos que las enfermeras. El/la enfermero/a 1 nos dijo

respecto a las capacitaciones para Covid 19 “Bueno si las hicieron, pero no pude asistir”.

Desde los profesionales de la gestión del Camu se asegura la presencia de un esquema de coordinación claro a partir del PRASS que incluye seguimiento, vigilancia de la incapacidad, etc.

Sin embargo, de las entrevistas surge que no parecen todos los profesionales comprometidos en tareas Covid. El/la paciente 6 de un corregimiento rural nos dijo que luego de ser positivo para Covid, se aisló “no tuve contacto con nadie, ni con mi esposa ni con mis hijos y, por ende, no dieron positivo”. Él, personalmente no había recibido la visita del médico, pero sí un llamado telefónico.

Respecto al testeo, los/as médicos/as entrevistados/as hablan del compromiso del municipio, el/la paciente 5 nos dice: “- No, sí que esas son cuestiones voluntarias, uno se la hace”. El/la paciente 7 se movió en forma privada cuando la madre tuvo los síntomas: “los hermanos nos pusimos de acuerdo entonces llamamos una doctora en San Antero, se vino paca pal monte la doctora, entonces ella le mandó de una vez la medicina directo para el Covid, había veces que se nos quedaba y nosotros llorábamos y otra vez ella reaccionaba entonces ahí estuvimos, nos pusimos una enfermera en casa nosotros mismos, buscamos otro médico que era venezolano que también atiende en Coveñas, entonces esa medicina si le iba funcionando”. “No fuimos al al Camú por temor, nos la iban a entubar y ahí se nos quedaba” “Esa medicina toda fue comprada, nosotros no tuvimos ayuda de nadie, llamamos a Mutual para hacer la prueba, quedamos esperando”.

El/la paciente 4 plantea que las personas, si pueden “se curan en sus mismas casas con bebidas natural, puro remedios caseros y por eso es que si hacen un censo de prueba de Covid eso está lleno” Y preguntado respecto a las ayudas “nunca he oído decir que le han dado una manito ni para el entierro ni para nada”. El/la médico/a 2 recuerda en el mismo sentido el mínimo apoyo de un organismo internacional.

7-Conclusiones

A lo largo de la tesis se ha visto cómo ha evolucionado el pensamiento y las reformas reales en la salud de los distintos países y cómo se fue consolidando un pensamiento bastante consensuado que fue sintetizado como buenas prácticas.

El sistema en Colombia partió a inicios de la década de los noventa, como una versión fuertemente pro-mercado y también se fue modificando a la par que lo hacían los otros países logrando progresos interesantes, pero tal vez insuficientes.

El gasto público per cápita aumentó, pero aún está muy por debajo del promedio incluso de muchos países latinoamericanos, la cobertura de los sectores vulnerables se fue ampliando tanto en términos de cantidad de personas que están en el régimen no contributivo como a partir de la unificación de las listas positivas debido a la presión judicial especialmente, pero aún la diferencia en el gasto de cada régimen explica las diferencias sociales y regionales en cuanto a la calidad. Eso además se superpone a la heterogeneidad los recursos propios de departamentos y municipios producto de la descentralización fiscal acometida desde 2001.

Estos datos se reflejan después en los promedios de cantidad de profesionales a disposición y de sus ingresos y también en los mecanismos que se siguen usando de intermediación para sus contrataciones. Además, se va a verificar en la delicada situación de muchas infraestructuras.

Y otro efecto es la importancia que tienen las actividades de administración y control, muchas veces en el centro de las tareas de las unidades de gestión de la salud, por encima de lo asistencial.

Pero tal vez lo más importante es que por todo lo expuesto y el rol que aún tiene el sector privado, se le hace muy difícil al sistema colombiano poner en práctica los valores de la atención primaria, de trabajo en equipo, de la atención centrada en el paciente, que son claves en la bibliografía sobre las reformas. Son cuestiones conceptuales que han adquirido gran importancia a nivel mundial y que requieren la existencia condiciones distintas a las que acabamos de describir.

La situación en el departamento de Córdoba y San antero nos enfrenta a territorios con más componente rural, pero que al mismo tiempo tiene un PBI per cápita inferior, menor capacidad fiscal y algunos indicadores sociales que requerirían transferencias compensatorias que no existen.

Se repiten las mismas restricciones que acabamos de mencionar para el país, pero tiene especial importancia la concentración de infraestructura y profesionales en Montería (aunque también allí la situación general presenta un difícil panorama). Y eso repercute en San Antero donde hay un solo Camu en el centro urbano y dos centros de salud rurales funcionando con dotaciones mínimas.

En lo que hace a los valores intangibles, puede verse que la Secretaría de salud departamental tiene un escaso dinamismo, muy ocupada en la gestión administrativa y financiera de los hospitales y en el control de aseguradores y prestadores privados. La secretaría municipal parte de una situación limitada, pero muestra una mayor presencia aunque restringida por su capacidad de movimiento escasa.

El Camu tiene una estructura muy simple y poca especialización y termina adoptando un rol fundamentalmente de emergencia y de traslado, con un enfoque muy tradicional de atención. Si bien esos conceptos que mencionábamos sobre atención primaria y red, promoción y prevención, aparecen en los documentos, no puede verse su realización efectiva muy nítidamente ni en las páginas web ni en las opiniones de los pacientes entrevistados.

Todo lo expuesto explica el accionar durante la pandemia, en la que la secretaría municipal tuvo rápidos reflejos y diversas acciones en respuesta a las recomendaciones del gobierno nacional, pero el Camu parece haber adherido menos y al mismo tiempo como ha sucedido en buena parte del mundo, no pudo ejercer los valores de participación comunitaria que se pregonaban en la teoría. De todas maneras la población está dividida en cuanto a sus opiniones.

Bibliografía

Álvarez Montero S (2016) Una vuelta a los valores centrales en medicina de familia Aten Primaria. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876009/>

Arriagada I, Arnada V y Miranda F. (2005). Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Políticas Sociales CEPAL 114. Recuperado de:

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6119/1/S051049_es.pdf

Asamblea Departamental de Córdoba- ADT (2016) Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Unidos por Córdoba”. Ordenanza 10 numero 2016. Recuperado de:

https://assets.ctfassets.net/27p7ivvbl4bs/2W1USA85pmKMCY0OekcwC/35a2a62b31fa3a996965cc5c3b083728/23_Cordoba_PDT_2016-2019.pdf

Ase, I., & Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la Salud colectiva, 5(1), 27-4. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003

Barroeta Urquiza J (2012) Características e innovaciones de los sistemas sanitarios. 12 de abril Recuperado de:

<https://es.slideshare.net/miguelme/sistemas-de-salud-en-europa-joseba-barroeta>

Báscolo, E. (2011). Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. Cien Saude Colet, 16(6), 2763-2772. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/15.pd>

Bass del Campo C (2014) ¿Es conveniente mantener la municipalización de la Atención Primaria de Salud en Chile? El Mostrador, 10 diciembre, 2014. Recuperado de:

<https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2014/12/10/es-conveniente-mantener-la-municipalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud-en-chile/>

Bengoa, R. (1998). Tendencias recientes y reformas de los sistemas de salud. Mercados internos con competencia y sin competencia y los sistemas integrados de salud. In Anales del sistema Sanitario de Navarra (Vol. 21, No. 2, pp. 197-202). Recuperado de: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/download/7388/9136>

Bertakis KD, Azari R (2011) Patient-centered care is associated with decreased health care utilization en J Am Board Fam Med. May-Jun;24(3)

Betancourt, J. A. (2013). Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. Rev. Panam Salud Pública, 34(5), 359. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a09v34n5.pdf>

BID (2001) "Resumen de Conclusiones. Descentralización y efectiva participación ciudadana: Seis relatos cautelares" Oficina de Evaluación y Supervisión, OVE, New York. Disponible en:

<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5638/Resumen>

BID (2008, 15 DE JULIO) "La descentralización vista como eje fundamental para el desarrollo". Noticias. Recuperado de:

<http://www.iadb.org/es/noticias/articulos/2008-07-15/la-descentralizacion-vista-como-eje-fundamental-para-el-desarrollo,4684.html>

Boisier, S. (2004), "Desarrollo territorial y descentralización. El desarrollo en el lugar y en las manos de la gente", Revista Eure, Vol. XXX, No. 90, Santiago de Chile

Caldas N (2020) ¿Cómo avanza la descentralización del país? 30 de junio. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/politica/gobierno/como-avanza-la-descentralizacion-del-pais-512620>

Calderón, Botero, Bolaños, y Martínez, (2011) "Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems." Ciênc. saúde coletiva 16.6. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>

Cante D., Jiménez E. M. (2020) Descentralización administrativa y categorización municipal en Colombia. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. Recuperado de:

<https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/5879/980>.

Casaburi, G.; Riggiozzi, M. y Tuozzo, M. (2005) BMDs-sociedad civil: Luces y sombras de una nueva relación. Tussie D. Luces y sombras de una nueva relación. El Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la Sociedad Civil. Buenos Aires. Grupo. Disponible en:

http://legacy.flacso.org.ar/uploaded_files/Publicaciones/conclusionesfinales.pdf

CINEP/PPP (2016) Tierra y territorio en el departamento de Córdoba en el escenario del posconflicto. CINEP/PPP. Recuperado de:

http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/cinep/20160928054004/20160301.tierra_territorio_cordoba.pdf

Cohn, A. (2008) La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal. Medicina Social, 3(2). Recuperado de:

<https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/201/0>.

COLPRENSA (2019) Inhabilitan por 13 años al exgobernador de Córdoba Alejandro Lyons. 26 de junio. Recuperado de:

<https://www.eluniversal.com.co/regional/inhabilitan-por-13-anos-al-exgobernador-de-cordoba-alejandro-lyons-DF1326401>

COLPRENSA (2021) Así comenzará, por ciudades, la vacunación contra el COVID-19 en el país. 16 de febrero. Recuperado de:

<https://www.eluniversal.com.co/colombia/asi-comenzara-por-ciudades-la-vacunacion-contra-el-covid-19-en-el-pais-KH4180518>

Comisión del Gasto y la Inversión Pública-Fedesarrollo (2018), Informe Final, diciembre de 2017. Recuperado de:

<https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/LIB2017COMISION.pdf>

Contreras E (2017) Córdoba entre los 5 departamentos con mayor índice de maltrato infantil. La piragua, 2 de octubre. Recuperado de:

<https://www.lapiragua.co/cordoba/mas-50-ninos-desnutricion-aguda-departamento-cordoba/>

Contreras E (2018a) Córdoba mejora sus sistemas de vigilancia en salud pública del. La piragua, 22 de febrero. Recuperado de:

<https://www.lapiragua.co/cordoba/cordoba-mejorar-sistemas-vigilancia-salud-publica-del-departamento/>

Contreras E (2018b) Expuesto nuevo “Cartel del Bastón” en Córdoba. La piragua, 27 de febrero. Recuperado de: <https://www.lapiragua.co/cordoba/expuesto-nuevo-cartel-los-baston-cordoba/>

Cruz, Rafael; Pineda Mannheim, Carlos R.; Pöschl, Caroline (2010) La alternativa local: Descentralización y desarrollo económico - Introducción. BID, Washington DC. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/handle/11319/242>

Dabas, E., & Perrone, N. (1999). Redes en salud. Córdoba, Argentina, Escuela de negocios FUNCER, Universidad Nacional de Córdoba, 3. Recuperado de: <http://www.baemprende.gov.ar/areas/salud/dirca/mat/matbiblio/redes.pdf>

Dane (2021) Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>

Departamento Nacional de Planeación DNP (2016) Desempeño fiscal de los departamentos y municipios 2015. Recuperado de:

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Desempe%C3%B1o%20Fiscal%202015%20V.2016.11.09.pdf>

de Sousa Campos, Wagner G (2005). "El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil." Rev bras epidemiol 8.4 (2005): 477-83. Recuperado de:

www.scielo.br/pdf/0D/rbepid/v8n4/16.pdf

De Sousa MF, Merchán E, Machado AV (2011). El programa Salud de la Familia en el Brasil: de las conquistas a los desafíos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 30(1), Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a08.pdf>

Delgado, A (2010). "Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema." Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 26.1. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n1/v26n1a14>

Di Gropello y Cominetti. (1998). La descentralización de la educación y la salud: Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31142/1/S9800076_es.pdf

Dirección Nacional de Planeamiento (2016) Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. DNP, Bogotá

Díaz, L. 2008. La seguridad social en salud en Colombia. Recuperado de: <https://www.princeton.edu/cmd/working-papers/idlac08/wp0805g.pdf>

Dupuy L (2005) Empatía, habilidades emocionales y actuación. Revista Evidencia, volumen 8 Nro 6 noviembre Diciembre.

Durán y Saltman B (2013) Innovative Strategies in Governing Public hospitals. En Eurohealth 2013. Recuperado de: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/186021/EuroHealth-v19-n1.pdf?ua=1

Edgar, C. (2011). La reforma al sistema de salud en Colombia y la calidad de la atención. Revista Normas & Calidad. Recuperado de: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20No%2088.pdf>.

Escobar M, Giedion U, Giuffrida M y Glassman A (2010) Colombia: una década después de la reforma del sistema de salud en Escobar M, Giedion U, Giuffrida M y Glassman. Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia Eeditores BID, Washington DC

Etienne C (2015) Eliminar los copagos es un gran paso hacia el acceso y la cobertura universal de salud. OPS, 24/4. Recuperado de: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=622:eliminar-los-copagos-es-un-gran-paso-hacia-el-acceso-y-la-cobertura-universal-de-salud-afirmo-la-directora-de-la-opsoms&Itemid=1005

Finot, I. (2002) "Descentralización y participación en América Latina: una mirada desde la economía". Revista de la CEPAL 79, diciembre 2002 disponible en http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/19317/lcg2187e_finot.pdf

Forero Caballero, H. (2009). Momentos históricos de la medicina colombiana. Bogotá. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/638/11/9789587194036.11.pdf>

Franco Giraldo A (2012) Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. Recuperado de: www.scielo.org.co/pdf/rqps/v11n22/v11n22a03.pdf

Franco, A (2010)."Seguridad social y salud en Colombia estado de la reforma." Revista de salud pública 2.1. Disponible en: www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/download/18768/1984

Freire, J. M., & Repullo, J. R. (2011). El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. *Ciência & Saúde Coletiva*,16(6), 2733-2742. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/12.pdf>

Galilea, S.; Letelier, L. y Ross, K. (2011) "Descentralización de servicios esenciales. Los casos de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México en salud, educación, residuos, seguridad y fomento". CEPAL, Colección documentos de proyecto. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3835/S2010976.pdf;jsessionid=A9A8CC7B204BED716C0F254F7A7B53DE?sequence=1>

Giovanella L y otros (2020) ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? Trab. educ. saúde vol.19. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>

Glassman. Pinto, Stone y López (2010) Instituciones, gasto, programas y salud pública en Escobar M, Giedion U, Giuffrida M y Glassman A (2010) Salud al alcance de todos : una década de expansión del seguro médico en Colombia Editores BID, Washington DC

González López-Valcárcel B (2010) Impacto económico en la incorporación de la tecnología. IV Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 20-22 enero. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/incorporacionnuevatecnologias.pdf>

Guerrero, R.; Gallego, A.; Becerril-Montekio, V y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. Salud pública de México, 53, s144-s155 en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010

Guzmán, K. (2014). Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. e Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Banco de la Republica. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_202.pdf

Hernández Bello, A y Vega Romero R (2012) "El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión." Gerencia y Políticas de Salud 1.1 (2012). <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/download/2913/2093>

Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad. saúde pública, 18(4), 991-1001

Ibarrarán P (2019) Los retos para la salud de una población envejecida. IADB, 25 de marzo. Recuperado de: <https://blogs.iadb.org/salud/es/poblacion-envejecida/>

International Monetary Fund (2021) Policy Resposes to Covid-19. IMF. Recuperado de:

<https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19>

Jimenez, W., & Rodriguez, F. (2012). Unificación del pos: una tardía solución que afecta la equidad en salud y ahonda la problemática del SGSSS. *Odontología colombiana*.

John Hopkings Univesity (2021). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Recuperado de:

<https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Lenita A (2006) Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil. estudio de un caso. *Revista Española de Salud Pública*; Vol 80, No 6. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000600009&script=sci_arttext

López Arredondo A (2009). "Modelos y conceptos en salud pública y sistemas de salud: hacia una perspectiva transdisciplinaria." *Cuad Méd Soc (Chile)* 49.1. Recuperado de: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2009/49/1/49_1_4.pdf

López Puig, P., Alonso Carbonell, L., García Milián, A. J., & Fernández Díaz, I. E. (2009). Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicio. Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400009
[os de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 25\(4\),86-97](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400009)

Lugo, J. E. P. (2007). La necesaria reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. *Gaceta laboral*, 13(1). Recuperado de:

<http://www.produccioncientificaluz.org/index.php/gaceta/article/download/3586/3584>

Machado, M. H., and S. Pereira (2002). "Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil." *Gaceta Sanitaria* 16. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112002000100012&script=sci_arttext&tlng=pt

Macinko J, Starfield B, Shi L (2003) The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998 Health Serv Res. 2003 Jun; 38(3): 831–865. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360919/#b66>

Martínez, F. (2013). La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? Fedesalud. Recuperado de: http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf

Medina A y Narodowski P (2019a) Escalas, territorio y construcciones relacionales, implícitas en los debates y el diseño efectivo de las políticas públicas de la posguerra y actuales, en el centro y en la periferia. El caso de las políticas de salud Ciencia y Trópico Nro. 43. Recuperado de: <https://periodicos.fundaj.gov.br/CIC/article/view/1846>

Medina A y Narodowski P (2019b) Enfoques y herramientas para el gobierno de la salud. Comparación internacional en el nuevo contexto de las redes. Editorial Miño y Dávila

Ministerio de Salud (2021) Número de casos y tasas de contagio según departamentos y distritos de Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/publicacion-deptos-resolucion-1517.pdf>

Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural-MADR (2013) Sistema de información geográfica municipal 2013. Proyecto Oferta Agropecuaria.

Minué Lorenzo S (2013) Gestión privada: ¿más eficiente? AMF. Recuperado de: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1098

Moran Peña (2017) La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? Enfermería Universitaria; 14(4):219-223. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.09.004>

Municipio de San Antero MSA (2012) Plan de Desarrollo Municipal “Haciendo de San Antero el mejor lugar de Colombia”. Consejo municipal de San Antero. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/211666746/Plan-de-Desarrollo-2012-2015-SAN-ANTERO>

Municipio de San Antero MSA (2016) Plan de Desarrollo 2016-2019 “Por el sentir de un pueblo paz y equidad social periodo 2016-2019”. Acuerdo municipal No 006 de 2016. Recuperado de: <http://www.sanantero-cordoba.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-municipal-20162019-por-el-sentir>

Municipio de San Antero MSA (2020) Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023 “San Antero Confianza y Desarrollo”. Recuperado de: https://sananterocordoba.micolombiadigital.gov.co/sites/sananterocordoba/content/files/000431/21538_pdm-20202023.pdf

Naciones Unidas (2020) La COVID-19 y la cobertura sanitaria universal. ONU. Recuperado de: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/uhc_spanish.pdf

Narodowski P. y Zugbi L. (2020) La caída del salario en dólares puesta en contexto. Grupo Geopolítica y Economía desde el Sur Global. Nota en El País Digital. Recuperado de: <https://www.elpaisdigital.com.ar/contenido/la-cada-del-salario-en-dlares-puesta-en-contexto/29058>

Navarrete, M. L. V., Lorenzo, I. V., Calpe, J. F., & Núñez, R. T. (2005). Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis Revista Española de Salud Pública, 79(06), 633-643. Recuperado de: www.scielosp.org/pdf/resp/v79n6/colaboracion3.pdf

Ocampo-Rodríguez M, Betancourt-Urrutia V, Montoya-Rojas J, Bautista-Botton D. (2013) Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud, 12 (24), enero-junio. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>.

OCDE. (2015) “Chile. Prioridades de políticas para un crecimiento más fuerte y equitativo”. Serie Mejores Políticas. Septiembre 2015. Recuperado de:

<https://www.oecd.org/fr/chili/chile-prioridades-de-politicas-para-un-crecimiento-mas-fuerte-y-equitativo.pdf>

OCDE (2016) Inversión Pública más Eficiente en Colombia. Mejorar la Gobernanza multinivel. Serie de Estudios Gobernanza Multinivel. Recuperado de: <https://www.oecd.org/gov/mlg-colombia-summary-es.pdf>.

OPS (2006) “Análisis del sector salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas”, Lineamientos metodológicos. Edición especial n°9. Washington d.c., febrero. Recuperado de:

http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_USAID_analisis_sector_salud_herramienta_formulacion_politicas.pdf

OPS (2006b) “Propuesta política de Participación social en Salud”. Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. El salvador, mayo 2066. Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/documents/events/steering_role07/El_Salvador-Politica_Participacion_Social_Salud.pdf

OPS (2016) Advanced Practice Nursing Summit 2016, Michigan, EEUU, 7-9 de abril.

OPS. (2003). Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Recuperado de:

http://www.paho.org/PAHO-USAID/documents/extension/ESLAC_esp.pdf

OPS (2007) La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Julio. Washington. OPS

OPS. (2008). Salud en Sudamérica 2008. Recuperado de:

http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud_en_sudamerica_2008.pdf?ua=1

OPS. (2010). “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. Recuperado de:

http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250

OPS. (2010). La renovación de la Atención primaria de la salud en las Américas. OPS Serie 4. Recuperado de:

http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250

OPS (2017) Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. OPS. Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_es&p=309&lang=es

OPS. (2011). Aportes para el desarrollo humano en Argentina. OPS Nro. 6. Recuperado de:

<http://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/EI%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf?ua=1>

OPS. (2011). Aportes para el desarrollo humano en Argentina. Recuperado de: <http://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/EI%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf?ua=1>

OPS (2017) Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. OPS. Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_es&p=309&lang=es

OPS (2021) Reporte de la situación del COVID-19. Recuperado de:

<https://www.paho.org/es/documentos/reporte-situacion-covid-19-colombia-no-217-20-abril-2021>

Organización Panamericana de la Salud OPS (1998) Salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. Washington, D.C.: OPS.

Otero, R. A. (2013). Redes de Salud. Recuperado de:

<http://www.itaes.org.ar/biblioteca/5-2013/ITAES-5-2013-enfoques.pdf>

Padilla-Choperena C, Amador-Ahumada C y Puello-Alcocer E (2018) Enfermería Global vol.17 no.52 oct.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.304901>

Percy L (2019) Una nueva crisis, 7 de febrero. Recuperado de:

<https://www.eluniversal.com.co/opinion/columna/una-nueva-crisis-JY724380>

Pérez P (2002) Descentralización y gobierno local. VI Congreso Iberoamericano de Municipalistas. Rep. Dominicana. Recuperado de:

<http://municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/VI%20Cong%20Iberoa%20MunicipP%EDrez.pdf>.

PNUD (2019) CÓRDOBA, Retos y Desafíos para el Desarrollo Sostenible. Recuperado de:

https://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/library/democratic_governance/cordoba--retos-y-desafios-para-el-desarrollo-sostenible.html

Ramírez-Moreno, J. (2010). El Plan Obligatorio de Salud (POS) colombiano: entre el cambio y la continuidad. Rev. Gerenc. Polit. Salud vol.9 no.18. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000100002.

Regalia F (2018) ¿Qué opinan los pacientes de sus sistemas de salud? BID, octubre. Recuperado de: <https://blogs.iadb.org/salud/es/perspectiva-del-paciente/>

Roa Buitrago R (2009) Gestión del aseguramiento en salud. Rev. esc.adm.neg no.67 Bogotá Sept./Dec. Recuperado de:

www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300003

Rocha Buelvas, A. (2010). Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. CES Odontología,23(1) en <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/649/755>

Romero Vega (2001) "Evaluación de Políticas de Salud en Relación con Justicia Social1." Revista de Salud Pública 3.2. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v3n2/v3n2a01>

Rosenberg, H. y Andersson, B. (2000). Rethinking social protection in health in Latin America and the Caribbean. Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1-2), 118-125. Recuperado de:

www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-&script=sci_arttext

Ross, Zeballos e Infante. (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1-2), 93-98. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700012#back1

Secretaría de Desarrollo de la Salud- SDS (2017) Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Departamento de Córdoba 2017. Departamento de Córdoba.

Secretaría de Desarrollo de la Salud- SDS (2017) Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Departamento de Córdoba 2017. Departamento de Córdoba.

Secretaria de Planificación Municipal SPM (2007) Revisión ordinaria y Ajustes del plan básico de ordenamiento territorial. Acuerdo N° 033 de 2.007. Municipio de San Antero.

Secretaria de salud municipal SSM (2020) Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud. Municipio de San Antero 2019.

Serrano N (2020) EPS solo han hecho 12 mil pruebas de COVID-19 en Córdoba. 18 de julio. Recuperado de: <https://www.eluniversal.com.co/regional/cordoba/eps-solo-han-hecho-12-mil-pruebas-de-covid-19-en-cordoba-HY3133090>

Sollazzo, A., & Berterretche, R. (2011). El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria The Integrated National Healthcare System in Uruguay and the challenges for Primary Healthcare. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6), 2829-2840. Recuperado de:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/21.pdf>

Starfield B (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press.

Suárez Jiménez, J. M. (2010). Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el siglo XXI*. Revista Cubana de Salud Pública, 36(3), 248-254. Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-&script=sci_arttext&tlng=pt

Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I., & Vázquez Navarrete, M. L. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria, 20(6), 485-495. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-1112006000600012&script=sci_arttext

Vega y Frenz. (2014). América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud. Recuperado de: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33>

Velásquez F. (2008) Fortalecer la descentralización: el gran reto. Colombia: Red de Iniciativas para la Gobernabilidad, la Democracia y el Desarrollo Territorial (RINDE). Recuperado de:

http://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1264785508.fortalecer_la_descentralizacion_0.pdf.

Viloria De La Hoz J. (2004) La economía del departamento de Córdoba: ganadería y minería como sectores clave. Banco de la Republica, No. 51. Recuperado de: <https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/DTSER-51.pdf>

Anexo: Guía para entrevistas

Para pacientes

Preguntas generales:

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Edad?
- ¿A qué actividad se dedica?
- ¿En qué barrio vive?
- Respecto a la atención en el Camu: ¿Por qué acude o acudió a este centro de salud?
- ¿Cuánto tiempo debe esperar entre el pedido y el turno?
- ¿Fue oportuna la atención? ¿Cuánto tiempo fue su espera para ser atendido?
- ¿El médico le prestó atención?
- ¿Hubo un seguimiento de parte del Camu de su situación?
- ¿Realiza el Camu tareas de educación o prevención en su barrio?
- En situaciones normales, ¿qué hace o a quien acude cuando necesita atención (horario nocturno o días festivos) y no hay servicio?
- ¿Y en casos de urgencia?
- ¿Se operó en los últimos años? ¿Donde?

Preguntas específicas (covid 19)

1. ¿Al inicio y luego, hubo campañas informativas? ¿Cómo fueron?
2. ¿Qué otras medidas se tomaron y que resultados tuvieron?
3. En caso de haber sido positivo: ¿En qué momento se da cuenta usted que presenta síntomas que podían ser causados por el virus del Covid 19? ¿Cómo sabía o cómo se enteró cuáles eran los síntomas o señales de alerta?
4. ¿Qué entidad le realizó la prueba? ¿A través de la EPS? ¿Por la Secretaría de Salud Municipal o Departamental? ¿Particular?
5. ¿Cómo o por qué medio se le informó que era positivo para Covid 19?
6. Una vez con diagnóstico positivo, ¿qué clase de medicamentos le recetaron? ¿cómo se los hicieron llegar?
7. En el proceso de medicación y durante la enfermedad, ¿qué entidad supervisó o acompañó dicho proceso?
8. ¿Los medicamentos fueron oportunos, suficientes y adecuados?
9. Al iniciar el aislamiento por el resultado de su examen, ¿se hizo el cerco epidemiológico a sus familiares y contactos cercanos? ¿Se les practicaron las pruebas?
10. ¿Cuánto duró el tiempo de incapacidad?

11. En ese lapso, ¿qué tipo de beneficio le brindaron? Mercados, bonos, prórrogas, beneficios económicos, ¿cuáles y por cuánto tiempo?
12. ¿Ha existido alguna clase de acompañamiento posterior a su enfermedad?

Personal de la salud

Preguntas generales:

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Edad? ¿Profesión?
- ¿En qué área se desempeña?
- ¿Cuál es su horario de trabajo?
- ¿Cuánto es su salario mensual?
- ¿Hay tareas de educación o prevención en los barrios?
- ¿Existe trabajo en equipo o se elaboran cronogramas de actividades individuales a seguir?
- ¿Exigen cumplimientos de metas o mínimos en dichos cronogramas?
- ¿Conoce usted de algún programa o plan de acción en salud de iniciativa local que se aplique o se haya aplicado en este municipio?
- Describa como es en general el trato con los pacientes ¿Los conoce? ¿Realiza un seguimiento? ¿Ellos cumplen con los tratamientos?

Preguntas específicas (Covid 19)

1. ¿Ha recibido usted capacitación en el manejo de pacientes Covid o en temas relacionados con la pandemia? ¿Se ha socializado el tema?
2. ¿Conoce usted las normas de protocolo sanitario, establecidas con motivo del Covid 19, para el ejercicio de su labor?
3. ¿Las asignaciones de su labor corresponden a tareas generales o específicas? ¿En qué consisten? ¿Se desarrollan en actividades de grupo o de carácter individual?
4. ¿Tiene usted conocimiento del programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo y Sostenible -PRASS?
5. ¿Qué tipo de acciones preventivas se han desarrollado en esta dependencia?
6. Una vez detectado un caso positivo, ¿cuál es el camino o ruta a seguir por esta dependencia?
7. Superada la enfermedad, ¿se presta algún tipo de apoyo al paciente pos Covid? En los casos de fallecimiento, ¿cuál es el tipo de ayuda que se brinda a los familiares? ¿Existe algún programa pos Covid?

- 8.** La Alcaldía Municipal ha implementado políticas estrictas con base en el interés general y la salud pública. ¿Considera apropiada y eficiente su implementación?
- 9.** ¿Cómo han coordinado los planes y políticas de las diferentes entidades y territoriales? ¿Han recibido ayuda, asistencia de personal e insumos por parte de dichas entidades? ¿De qué clase?