

## La Planeación territorial en salud como un componente del Plan de Desarrollo Municipal

**Marta Cecilia Jaramillo**

Directora de Programas de Salud,  
Universidad Icesi.

La implementación de la elección popular de alcaldes en 1988, con su efecto sobre la descentralización, sentó las bases para el cambio de la organización del Sistema Nacional de Salud. Con la Ley 10 de 1990, se crea el Sistema de Salud de Colombia, se asigna como función a las Direcciones Locales de Salud la formulación de los planes de salud locales, iniciando así un proceso de planeación local participativa en la salud, con el desarrollo e implementación de los Comités de Participación Comunitaria, en una estructura que venía desde el nivel Nacional, Departamental y se ubicaba en el ámbito local, pretendiendo tener por primera vez una planeación de abajo hacia arriba.

En este momento la comunidad asumió grandes compromisos, pero tenía el inconveniente de que en la conservadora Constitución de 1986 la planeación era centralista. Con la reforma de la Constitución Política de Colombia en 1991 (1) aparece la formulación de un Plan de Desarrollo Nacional y se sientan las bases del modelo descentralizador, por el que los municipios y departamentos deben tener asignados recursos específicos para la salud y educación para ejecutar de acuerdo con unos Planes territoriales. En ese marco, se desarrolla la Ley 60 de 1993, por medio de la cual se establecen las competencias y se asignan los recursos para la salud y educación, se reglamenta el "Situado Fiscal" y los recursos de participaciones de los Ingresos Corrientes de la Nación, en el Presupuesto General de la Nación, llamados Recursos de Ley 60. Dichos recursos eran para inversión social en salud, educación, grupos vulnerables y programas sociales. Posteriormente, estas participaciones, con el advenimiento de la Ley 100 de 1993 se transformaron de recursos orientados a la oferta a recursos de la demanda en salud, es decir, se convirtieron en subsidios de salud que empezaron a ser transformados a partir de la ley 344 de 1996.

Con la Ley 60 de 1993 vino por primera vez la obligatoriedad de elaborar el "Plan Sectorial de Salud", como uno de los requisitos fundamentales para la descentralización de la salud municipal y el manejo autónomo de los recursos del situado fiscal y de la Ley 60 de 1993. Dicho plan, debería contener las líneas de acción, programas y proyectos que se desarrollarían durante el período del alcalde electo y que respondía al acuerdo programático inscrito para la candidatura, es decir, el compromiso adquirido con los electores. Además, debía estar en línea con los Planes de Salud del Departamento y de la Nación, puesto que los recursos de las participaciones estaban también incluidos en el Plan de Desarrollo Nacional.

No obstante, para los municipios ésta fue una de las barreras para que se decidieran a asumir el reto de la descentralización municipal, puesto que tenían que asumir el compromiso de la planeación sectorial y el manejo del Fondo Local de Salud. Con el temor de no poder asumir el costo del recurso humano a su cargo, que de acuerdo con los cambios en la política pública pasaban de los Departamentos y de la Nación a los municipios descentralizados, con el compromiso del Ministerio de Salud de asumir el pasivo pensional.

El Plan Sectorial de Salud tenía los contenidos básicos del PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA, que estaba regulado por la Ley 100 de 1993 y que contemplaba todas las acciones colectivas de la población, independientemente de su régimen, y las acciones individuales o las líneas de acción de las prioridades en salud pública, donde la población no afiliada era la responsabilidad directa y la población afiliada a los regímenes de salud, contributivo o subsidiado, debía recibir las acciones a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o de la Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), con acciones de vigilancia y control de la salud pública por parte de los entes territoriales.

Hasta el año pasado, las políticas territoriales de salud pública, estaban contenidas en los Planes Sectorial de Salud Municipal y Departamental y eran aprobadas a través del Plan de Desarrollo del Alcalde o Gobernador electos, por el Consejo Municipal y la Asamblea Departamental, teniendo un seguimiento estricto durante el período de gobierno. Pero realmente sólo han sido tenidos en cuenta los recursos del Municipio o del Departamento para su ejecución, solo en algunos pocos casos como la cobertura de vacunación, se contabilizan las acciones de salud que realizan las EPS y ARS, lo que llevó por más de 10 años a expresar: "La salud pública se acabó con la Ley 100".



Posteriormente, aparece el Decreto 3039 de agosto de 2007, por medio del cual se adopta el PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010, el cual es de carácter obligatorio para la Nación, las entidades Departamentales, Distritales y Municipales de salud, las EPS del régimen contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las que manejan los regímenes especiales y las entidades prestadoras de servicios de salud. Por primera vez, el PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, incluye las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.

En él se define que debe haber un PLAN DE SALUD TERRITORIAL (2) (en reemplazo del plan Sectorial de Salud), a cargo de las direcciones territoriales de salud y que incluye acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el plan obligatorio de salud – POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales.

Tabla 1. Propósitos del Plan Nacional de Salud Pública(2)

- Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
- Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
- Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
- Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

El Plan Nacional de Salud Pública conjuga varios momentos de encuentro del país con otros homólogos, es así como se dice que es el resultado del análisis de las iniciativas de Salud de las Américas, donde se incluyen las funciones esenciales de salud pública, de la agenda de acuerdo de ministros de salud del área andina, definidos y acordados en las Reunión anual de Ministros de salud del Área Andina –REMSAA-, de los objetivos y las metas del milenio y del reglamento sanitario internacional. Está elaborado con un enfoque poblacional, de determinantes y de gestión social de riesgo, que busca su intervención para lograr disminuir la carga de la enfermedad y crear condiciones favorables para modificarla en el futuro en la población.

Se basa en los mismos principios del sistema General de Seguridad Social y contempla las siguientes líneas de política (2):

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos. Recuperación y superación de daños.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.



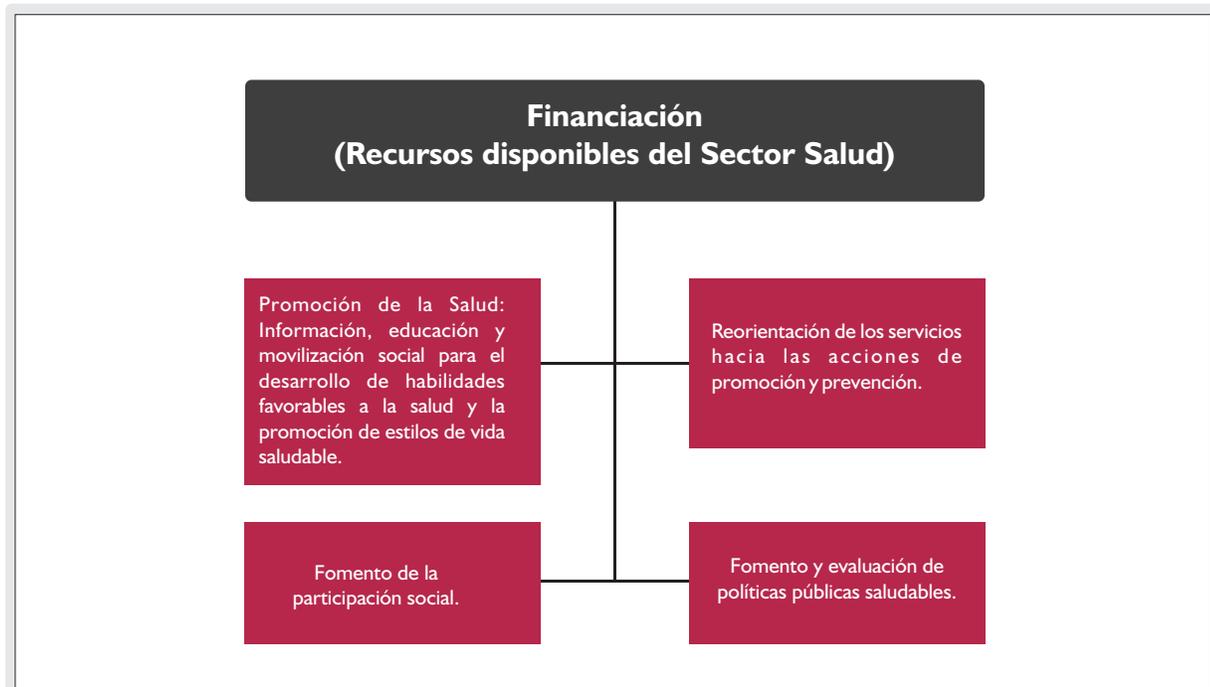
Foto ganadora concurso Ojo Público para Cali.  
Adriana Caicedo, III Semestre de Economía.

Tabla 2. Líneas de Política (2)

- La promoción de la salud y la calidad de vida.
- La prevención de los riesgos.
- La recuperación y superación de los daños en la salud.
- La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

El Plan Nacional de Salud Pública(2) establece así una metodología de planificación que incluye un diagnóstico que debe ser levantado en cada uno de los municipios y Departamentos: y con base en él establecer las prioridades en salud en Colombia con el fin de ser más eficiente en los recursos y se logre el bienestar de la mayoría, para impactar en la forma más amplia posible en los habitantes del territorio nacional, por la cual se definen por primera vez responsabilidades en materia de salud pública para todos los actores del sistema (2):

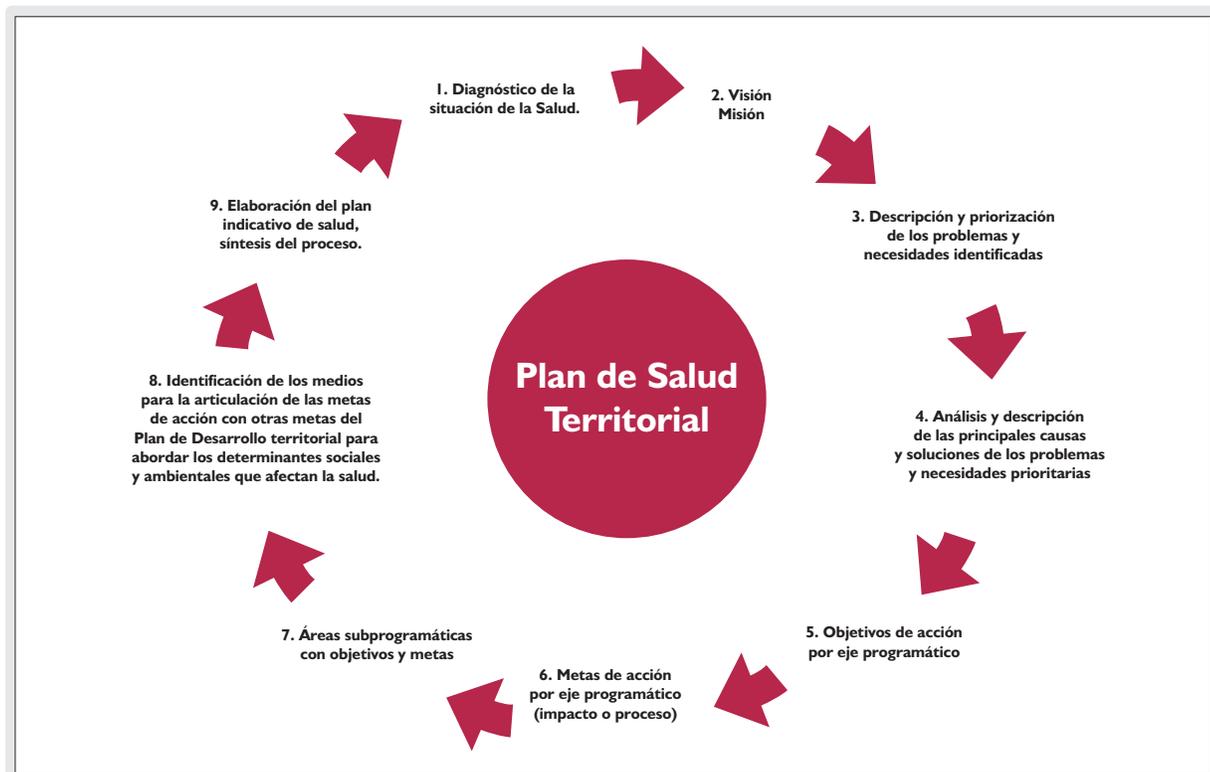
1. Nación: Es responsable de la concurrencia del Programa de Ciencia y Tecnología de la salud, proveer evidencias para el ajuste del plan a través del desarrollo de la investigación en forma periódica y sistemática sobre las necesidades y problemas de salud de la población y la respuesta del sector.
2. Departamentos, distritos y municipios de categoría E, 1, 2, y 3: Adoptar y adaptar el Plan Nacional de Salud Pública a cada uno de los territorio y formular su plan territorio y operativo anual, consultado y concertado con los distintos actores, según los lineamientos del MPS.
3. Entidades promotoras de salud: Deben analizar y mantener actualizada la situación de salud de la población afiliada, articulada con la entidad territorial correspondiente para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas de las acciones individuales de salud pública.
4. Administradoras de Riesgos Profesionales: Por primera vez se integran al sistema de salud de los territorios y le asignan como responsabilidad definir y desarrollar un plan anual de prevención de riesgos profesionales, frente a sus empresas afiliadas, basado en los principales riesgos a los que está expuesta la población en función de la actividad económica, el tamaño de la empresa y el índice de accidentalidad.



Fuente: Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública

**PLAN DE SALUD TERRITORIAL(2):** La Resolución 425 de 2008 define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan

Obligatorio de Salud – POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.



**PRIORIDADES Y METAS NACIONALES DE SALUD (3).** El Plan de Salud Territorial, deberá adaptar las prioridades y metas en salud establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública, con los siguientes ejes programáticos:

1. Aseguramiento
2. Prestación y desarrollo de servicios de salud
3. Salud pública
4. Promoción social
5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales
6. Emergencias y desastres

## Conclusión

Al revisar lo anterior quedan varios cuestionamientos y retos que merecen ser mencionados:

1. ¿Están en capacidad los municipios y los departamentos para consolidar su plan territorial de salud y plan de salud pública antes de la aprobación del Plan de desarrollo del territorio?

2. ¿Están en capacidad las EPS del régimen contributivo y del régimen subsidiado y las ARP de elaborar el plan de salud pública de su población objetivo, con el fin de que sea incluida en el plan de inversiones y ser responsables de las acciones que se le asignan en cada uno de los ejes programáticos?

3. ¿Están los organismos de control y las autoridades mismas en capacidad de hacer el seguimiento y evaluación a la gestión del plan de salud pública y del plan territorial de acuerdo con los indicadores propuestos?

La actual normatividad es una buena iniciativa para consolidar la salud pública, involucrar a todos los actores

que manejan los recursos de salud para intervenir los determinantes sociales de la población pobre y vulnerable, con el fin de mejorar su calidad de vida. Sin embargo esto no será posible si los programas de gobierno no se integran y se mejoran los niveles educativos y se generan los ingresos necesarios para lograr una adecuada nutrición y techo para los habitantes del territorio nacional.

La equidad, la igualdad y el desarrollo social serán las metas para alcanzar. Sólo cuando esto se logre podremos decir que los planes de salud de los territorios tuvieron los resultados esperados y fueron efectivos.

## Referencias

Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, Decreto 3039 de 2007 (agosto de 2007). Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud pública 2007-2010.

Ministerio de la Protección Social, Resolución número 0473 de 2008 (13 de febrero de 2008), Por medio de la cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se adopta para ello un instrumento de medición y evaluación

República de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991.

Senado de la República de Colombia. Ley 152 de 2004 (Julio 15), “Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo”. Julio 15 de 1994. ■

