

Partnership: una estrategia de asociación para fortalecer la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a escala municipal

Partnership: a strategy of association to strengthen health promotion and disease prevention on a municipal scale

Gloria Molina M.¹

Resumen

Las reformas en los sistemas de salud que se han impulsado en los diferentes países, tanto europeos como americanos y latinoamericanos, están enfocadas a lograr mayor equidad, eficiencia, efectividad, economía y calidad en la provisión de los servicios. Estas reformas involucran la introducción de los mecanismos del mercado como reguladores de la prestación de los servicios, y si bien se han obtenido avances positivos, también se han creado nuevos problemas y han surgido nuevas barreras en la accesibilidad y equidad de los servicios y el desarrollo de las acciones de salud pública. Esto se relaciona, entre otros factores, con la fragmentación de responsabilidades, el interés de lucro del sector privado, las políticas de contratación entre las aseguradoras y las prestadoras de servicios.

Frente a esta problemática se plantea una estrategia de asociación, a manera de *partnership* a escala municipal, aplicable al desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedad, que permita poner los sectores a trabajar mancomunadamente, como socios para desarrollar y recuperar las acciones de salud pública en el ámbito municipal, lo que genera un impacto positivo e importante en la salud de la comunidad.

Palabras clave

Asociación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, integridad de la atención, fragmentación de la atención.

Abstract

The health system reforms that have been impelled in several European, American and Latin American countries have their focus in achieving more equity, efficiency,

¹ Profesora, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

E-mail: molinag@guajiros.udea.edu.co.

Fecha de recibido: 4 de julio de 2001. Fecha de aceptado: 13 de septiembre de 2001.

effectiveness, economy and quality in the provision of services. These reforms involve the introduction of market mechanisms as regulators for delivering services, and in spite of the fact that positive advances have been achieved new problems have also emerged and new barriers of accessibility and equity have appeared specially in providing the health promotion and disease program prevention. This is related to different aspects such as: fragmentation of responsibilities among different actors; the profit interest of private sector; contracting policies among insurance companies and hospitals that discourage preventive actions.

To deal with these problems a strategy to create a partnership is proposed in order to develop action of health promotion and prevention of diseases, allowing all the actors involved in health issues to work together to achieve common objectives. Partnership would focus on developing and recovering public health programs at municipal level generating a positive and important impact on community health.

Key words

Partnership, health promotion, prevention of diseases, integrity of services, fragmentation of services.

Introducción

Las reformas del Estado que se han introducido en los países, tanto desarrollados como en aquellos en vía de desarrollo, buscan lograr mayor eficacia, equidad, economía, efectividad y calidad en la provisión de servicios públicos. Estas han sido el resultado de múltiples fuerzas nacionales e internacionales en el campo económico, político y social que exigen mayor cobertura de servicios.

En el Reino Unido —como en otros países europeos— la preocupación por garantizar servicios de salud modernos, que respondan a las necesidades de los ciudadanos con cobertura y acceso universal y de alta calidad, ha ocupado la agenda de los gobiernos.¹ Sin embargo, los mecanismos del mercado que se introdujeron durante el gobierno de Margaret Thatcher han producido fragmentación y burocratización en la provisión de servicios, lo cual lleva a la necesidad, hoy día, de introducir estrategias para asegurar el cuidado integral, lo cual podría lograrse con el trabajo conjunto entre diferentes instituciones y sectores.

En Colombia, las últimas reformas del sector salud se introdujeron en 1990 y en 1993, y al igual que en los demás países, sus principios, objetivos y estrategias están dirigidos a ampliar la cobertura a toda la población y a mejorar la eficacia, efectividad, economía, equidad y calidad de los servicios. Igualmente se han introducido los mecanismos del mercado, lo que ha generado fragmentación de responsabilidades y falta de integridad en los servicios.

Este ensayo presenta una propuesta de *partnership* para la prestación de los programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad a escala municipal, en el contexto de la reforma de salud de Colombia, basada en los conceptos de trabajo en forma multiagencias (*multiagency work*) o de redes de trabajo (*networks*), estrategia que está implementándose en algunos países europeos, especialmente en el Reino Unido. La propuesta de *partnership* contribuiría a resolver la problemática que enfrentan los municipios colombianos, en cuanto a la provisión de servicios preventivos, el acceso real a ellos y el control de recursos que se les asignan, lo cual podría impactar positivamente la salud pública de la comunidad.

Trabajo en multiagencias

Heller y otros² argumentan que la democratización de la vida organizacional está relacionada con el crecimiento de la competencia internacional y la adversidad financiera. Esto ha llevado a muchas compañías a experimentar nuevas formas de organización en alianza con varias instituciones. Así, se han introducido formas diferentes de participación según el contexto y los objetivos, tales como: equipos o grupos de trabajo autónomos o semiautónomos, círculos de calidad, cooperativas, consejos o comités consultivos. Según Taket,³ el trabajo en forma de multiagencia a menudo incluye socios de dos o más sectores diferentes. En los diferentes países es posible identificar varias formas de redes de trabajo, las cuales se entienden como una colaboración interempresarial. Ejemplo de ello son las alianzas estratégicas, los grupos de trabajo conjunto, de asesores o consultivos, sociedades; grupos de planeación, colaboración multi e intersectorial, *outsourcing*, contratación, asociaciones o *partnership*, en todo los cuales los sectores privado y público, la comunidad, las ONG, etc., están comprometidos en trabajos conjuntos.

Formas de trabajo en multiagencia

Algunos autores, como Heller⁴ y Taket,⁵ distinguen diferentes formas de trabajo en multiagencia según su alcance, la relación entre los socios, las metas, etc. algunas de estas son:

. *Grupos de planeación*: donde múltiples agencias están comprometidas en la planeación y generación de estrategias y sólo se juntan para esta actividad. Solo una de estas agencias lleva a cabo el plan, actuando independientemente.

. *Coadministración de una compañía o trabajo conjunto*: es una forma de organización del trabajo donde en que las partes hacen arreglos para laborar conjuntamente y lograr las metas comunes.

. *Outsourcing y contratación*: son formas de trabajo en multiagencias, en que un conjunto de servicios, actividades y tareas son desempeñadas por otra agencia bajo un contrato o una franquicia. La contratación se ha utilizado ampliamente en el sector público en América del Norte, en los países europeos y latinoamericanos. Por su parte, en Colombia hay una amplia experiencia entre el sector público y privado para proveer servicios de

salud, educación, transporte, etc. Sin embargo, según los estudios de Walsh y otros⁶ la contratación no parece ser la solución para el problema de la administración de los servicios públicos en un ambiente de incertidumbre, más bien es la llave para crear un nuevo conjunto de problemas que deben ser manejados. La contratación genera grandes gastos administrativos y necesidad de más sistemas de auditoría y control, cuya relación costo-efectividad aún no se conoce.

. *Redes de trabajo:* el término red se utiliza para referirse a una variedad de circunstancias, que va desde una moderada relación de dos organizaciones hasta una muy estrecha unión de varias. No comparten el presupuesto y forman una red para proveer servicios complementarios. El trabajo en red evita la duplicidad de infraestructura, equipos, recursos humanos y servicios, mejorando el uso de los recursos y contribuyendo a mayor eficiencia del sistema.

. *Partnership o asociación:* esta forma de trabajo en multiagencias se entiende como un sinónimo de trabajo conjunto, trabajo coordinado, consorcio, coalición o alianza entre sector público, sector privado, organizaciones comunitarias, ONG, etc., que se asocian para llevar a cabo proyectos completos. En este caso, todas las agencias están comprometidas desde la planeación y generación de planes y estrategias, hasta su ejecución y evaluación. Los socios establecen un acuerdo, que incluye misión, objetivos, metas, procedimientos y presupuesto comunes, el compromiso para lograr los resultados y el impacto definidos. Ellos también comparten los riesgos. Este tipo de asociación puede involucrar otras formas de trabajo conjunto, como las redes, la contratación, etc. En Colombia hay experiencias de trabajo en multiagencias para la provisión de servicios públicos, tales como suministro de agua, transporte, electricidad, educación, manejo de desastres naturales etc.

Existen diferentes estudios, como el *outsourcing* en el Reino Unido y la encuesta nacional de investigación en niños víctimas de abuso sexual en Inglaterra,⁷ en los que diferentes investigadores han señalado la necesidad e importancia del trabajo en multiagencias.

Partnership en salud y servicios sociales

En los documentos “The New NHS: Modern and Dependable 1997” y “The Guidance on the Health Act Section 31, Partnership Arrangements 1999”, el gobierno inglés dio las directrices para crear y hacer realidad el trabajo en *partnership* en el Reino Unido. Esto permite eliminar barreras en el sistema existente, creando incentivos para el trabajo conjunto entre el sector salud y los servicios sociales con el fin de lograr mayores avances en la prestación de estos servicios. Sus propósitos son:

. Proveer servicios de salud y sociales apropiados y oportunos para la población local. Para ello el sector salud y las áreas de servicios sociales y otras dependencias del gobierno local pueden trabajar juntos en forma de asociación.

. Eliminar las barreras para el trabajo conjunto, introduciendo oportunamente la legislación que permita y facilite la creación de los tres elementos básicos de la asociación: *un presupuesto mancomunado, una comisión líder y la provisión integral de servicios.*

. Crear los incentivos para estimular el trabajo conjunto y mejorar la salud de la población.

. Asignar nuevos recursos para el trabajo asociado y su supervisión y control. En el Reino Unido se crean acuerdos de asociación con el fin de que las dependencias del Servicio Nacional de Salud y las autoridades locales puedan responder con flexibilidad y efectividad a las políticas de mejoramiento de los servicios. En este país la experiencia sobre *partnership* ha sido desarrollada ya en otros sectores como vivienda, remodelación y mejoramiento de espacios públicos, la investigación, etc.

Para la mayoría de las organizaciones, el propósito de la administración se concentra en la organización interna de las instituciones y en la forma más eficiente para lograr los objetivos. Este enfoque es visto como una practica peligrosa. Hoy día es indispensable ser consciente del medio ambiente y asumir la organización como un todo, logrando una comprensión sistémica de ésta. Igualmente, es necesario satisfacer las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades y por ello el trabajo en asociación y las redes de organizaciones son importantes.

“ The Partnership Action” fue publicado por el Departamento de Salud, máximo nivel de dirección del sistema de salud en el Reino Unido, en septiembre de 1998. Ha habido legislación reciente para dar el soporte legal a la nueva política de trabajo en *partnership*, tales como “A first Class Service, Putting Patients First, Quality Care and Clinical Excellence”, publicados en julio de 1998, y “Partnership for Improvement” publicado en octubre de 1998. Esta legislación fortalece el enfoque del *partnership* así:

- La ley crea nuevos deberes de cooperación entre las dependencias y organismos del Servicio Nacional de Salud y las otras dependencias y organismos del gobierno.
- Provee estrategias locales para mejorar los servicios de salud y los servicios sociales, permitiendo flexibilidad operacional entre estas áreas.

El modelo de *partnership* en el Reino Unido, aplicado en salud y en los servicios sociales, incluye tres herramientas operacionales básicas:⁸

1. Presupuesto mancomunado que permite a las autoridades locales, de salud y a los demás socios aportar recursos, que se ponen en un fondo común conocido y accesible a todos los socios. Estos recursos ya no pertenecen a un sector o socio específico, pueden ser asignados por la comisión que lidera la Asociación bajo los acuerdos hechos. Las organizaciones acordarán un conjunto de servicios que serán proveídos y el gasto estará basado en las necesidades de los usuarios y no en el nivel de contribución de cada socio. Los socios contribuyentes al fondo pueden ser las autoridades de salud de nivel regional y municipal, las instituciones de salud, el sector privado, las ONG, las organizaciones

comunitarias, entre otros. El tamaño o cantidad de dinero que constituye el presupuesto mancomunado depende de los servicios que han sido incluidos en los acuerdos.

2. Comisión Líder: es el ente en el cual la asociación delega funciones directivas. Puede tener poder para transferir fondos y asume la responsabilidad de manejar la asociación. Tiene una posición estratégica y una función de coordinación en pro de mejorar los servicios a los usuarios y asegurar eficientes y efectivos medios de comunicación entre los socios y las comunidad. Las autoridades locales de salud local y las organizaciones de salud pueden hacer parte de la Comisión Líder. Los socios deciden cuáles funciones se delegan a la Comisión y cuánto dinero se destinará para los servicios de salud, poniendo las necesidades de los usuarios en el centro, eliminando solapamientos, superposición o vacío de funciones. La Comisión Líder ha sido utilizada en la provisión de servicios para discapacitados y en salud mental.

3. Provisión integral de servicios: esto implica que varias organizaciones se integren y creen acuerdos para proveer servicios integrales en un solo lugar y con uno o varios proveedores. Es la oportunidad para resolver problemas de fragmentación de la atención que ha generado malas experiencias en los usuarios y deterioro de la calidad de los servicios. Este mecanismo, por tanto, permite mejorar la eficiencia y la calidad, permitiendo a diferentes profesionales trabajar bajo un mismo acuerdo, fomentando la transdisciplinariedad.

La organización de proveedores integrados puede estar compuesta por las autoridades de gobierno local, las autoridades de salud local, las organizaciones de salud públicas y privadas, tanto prestadores como aseguradores. Un socio del *partnership* puede ser parte tanto de la Comisión Líder como de la organización de los prestadores de servicios. Se deben realizar los acuerdos escritos y la regulación respectiva. La Comisión Líder y la organización integrada de proveedores actúan bajo la orientación de los acuerdos hechos en la asociación. Los servicios pueden ser provistos mediante contratos con organizaciones privadas, ONG, organizaciones de voluntariado, etc., garantizando la integridad de la atención. Es importante destacar que las autoridades del gobierno local y las autoridades locales de salud, aun siendo miembros del *partnership*, siguen siendo los responsables principales de asegurar el cumplimiento de los acuerdos y el logro de las metas de salud a escala local.

Por qué es necesaria la asociación o *partnership*

La complejidad de los asuntos económicos, sociales y políticos de las comunidades hoy día demanda un *enfoque integral y sistémico* de la provisión de servicios. El enfoque tradicional unisectorial y burocrático ya no es apropiado para gestionar grandes asuntos como la provisión de servicios públicos. Igualmente hay necesidad de sintonizar los intereses de los diferentes actores público y privado en función del bienestar de la comunidad. Gray⁹ ha identificado un conjunto de factores que llevan a la necesidad de alianzas de múltiples agencias en diferentes formas. Entre estos factores estarían:

- . Los rápidos cambios económicos y tecnológicos y la interdependencia global.
- . El descenso de la tasa de crecimiento y aumento de las presiones competitivas.
- . Las fronteras poco definidas entre los negocios privados y los del gobierno.
- . La disminución progresiva de recursos para programas sociales frente a las necesidades y expectativas crecientes de las comunidades que exigen mayor eficiencia y efectividad en la provisión de servicios públicos.
- . En el campo de la salud, la fragmentación de los servicios generada por el auge del mercado interno entre las organizaciones del sector público y privado.

Una crítica importante a la provisión de servicios públicos es la duplicación de servicios provistos por diferentes organizaciones, las cuales han generado ineficiencia, altos costos y vacíos en la atención. Otro aspecto es la falta de consulta a los usuarios, dado que los proveedores no han sido sensibles a las necesidades diversas y múltiples de éstos. Ello genera la necesidad de crear nexos en la cadena de servicios desde la planificación estratégica de éstos para asegurar el acceso de las comunidades locales. Los esfuerzos pasados para acometer estos problemas han mostrado la necesidad de tomar el sistema como un todo, y trabajar juntos, con el fin de ocuparse de la diversidad de necesidades de la población.

Sin embargo, el trabajo a manera de *partnership* puede presentar dificultades que pueden afectar los logros del trabajo conjunto y pueden generar conflicto de interés, por tanto requieren un manejo preventivo. Entre las fuentes de conflicto se destacan:

- . El manejo del presupuesto mancomunado, lo que demanda claridad y honestidad en su manejo para generar confianza entre los socios.
- . Las diferencias en los valores culturales y las expectativas de los socios.
- . La distribución desigual del poder entre los socios, lo que generaría diferencias en la capacidad de influir.

Estas fuentes de conflicto deben ser previstas, analizadas y trabajadas para evitar interferencias en el logro de las metas.

Problemática principal del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia

Hasta 1990, los servicios de salud públicos cubrieron 40% de la población, el Seguro Social y las empresas de seguros, 20% y el sector privado, 20%. Por consiguiente, 20% de la población no tenía acceso a la salud.¹⁰ De la problemática que el Sistema de Salud enfrentó en este período podrían destacarse los siguientes aspectos:

- . Inequidad en la accesibilidad y calidad de servicios.
- . En el perfil de morbilidad y mortalidad predominaban las enfermedades evitables.

- . La centralización de la administración de los organismos de salud, principalmente del Ministerio de Salud y el Instituto del Seguro Social.
- . Los costos crecientes, la baja eficiencia y efectividad del sector de salud.
- . Insatisfacción de los usuarios.
- . Escaso desarrollo de la participación de la comunidad.

Por intermedio de la Ley 10 de 1990, el gobierno reformó y descentralizó la gestión de los servicios de salud, transfiriendo al gobierno municipal la responsabilidad de manejar el primer nivel de atención en salud y al departamento la responsabilidad de proveer los servicios de 2º y 3º nivel.¹¹ Con la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sustentado en los principios de solidaridad, universalidad, integridad, unidad, eficacia y efectividad, competencia y participación. La Ley 100 también modificó la manera de financiar los hospitales públicos, pasando de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda.¹² Sus objetivos principales están centrados en mejorar la equidad en la provisión de servicios de salud y lograr cobertura universal en el año 2001, aumentar la eficiencia y efectividad del sector de salud, incluir el sector privado en la prestación de servicios públicos; mejorar la calidad de los servicios de salud públicos y *fortalecer el cuidado preventivo de la salud*.

El proceso de implementación de la reforma ha sido complejo y ha producido resultados importantes, pero al mismo tiempo ha generado conflictos entre los diferentes actores involucrados en el sistema. Entre los logros identificados pueden mencionarse los siguientes: incremento de la afiliación al SGSSS, la mayoría de hospitales públicos se han convertido en Empresas Sociales del Estado (ESE), el fortalecimiento de los procesos de acreditación y de requisitos básicos esenciales en las organizaciones de salud. Sin embargo, según el Ministerio de Salud¹³ y Jaramillo,¹⁴ con la implementación del SGSSS se han perfilado problemas importantes que incluso vulneran los principios que rigen la misma Ley, de los cuales se resaltan los siguientes:

- . Regulación excesiva y compleja que hace difícil su implementación.
- . Fragmentación y falta de integridad de la atención. Los usuarios deben acudir a varias instituciones para acceder a los servicios de primer nivel. En una institución reciben la consulta, en otra se realizan los exámenes de laboratorio y en otra reciben los medicamentos.
- . Selección adversa por parte de las EPS privadas en el proceso de afiliación de la población.
- . Deficiencias en los procesos de contratación de servicios en que los entes privados tienen el poder.
- . Altos costos por la intermediación entre los entes territoriales, las aseguradoras públicas y privadas y las instituciones que prestan los servicios.
- . Escaso desarrollo de las organizaciones y mecanismos de participación ciudadana y comunitaria en la gestión de salud.

La descentralización del sector salud establecida por Ley 10 de 1990 y las Leyes 100 y 60 de 1993, han introducido estrategias para llevar a cabo y fortalecer las acciones de

promoción de salud y prevención de la enfermedad y se han asignado recursos económicos específicos para estos programas.¹⁵ Los paquetes de servicios establecidos en la Ley 100 de 1993, tales como el Plan Obligatorio de Salud, POS, y el Plan de Atención Básica, PAB, contienen los tipos de servicios de salud que se deben garantizar a la población, los cuales que las acciones preventivas. El POS del régimen contributivo está bajo la responsabilidad de las empresas promotoras de salud, e involucra todos los servicios curativos y los programas preventivos para población afiliada a cada EPS. El POS subsidiado está bajo la responsabilidad de las administradoras del régimen subsidiado e igualmente incluye las acciones preventivas. El PAB está bajo la responsabilidad de los municipios e involucra la promoción de salud y programas de prevención y control de enfermedades que tienen impacto en la salud pública. Es decir, tres actores tienen similares responsabilidades, lo que ha generado problemas en la implementación, especialmente a escala municipal, entre los cuales destacan:

- . Aunque los recursos asignados para los programas preventivos han aumentado, la provisión y cobertura de estos servicios ha disminuido, ejemplo la vacunación (tabla 1), dada la fragmentación de responsabilidades entre diferentes actores, la falta de incentivos a su realización y los intereses económicos de los entes privados, lo que pone en riesgo la salud pública.

- . Las EPS privadas no realizan a cabalidad los programas preventivos correspondientes, evitando el gasto del dinero asignado para ello tratando de aumentar las ganancias económicas.

- . Han surgido nuevas barreras para acceder a estos servicios, tales como las políticas de contratación, la selección adversa de la población que ha de afiliarse, etc.

- . El subdesarrollo de los sistemas de auditoría y control de estos programas.

- . Falta de acceso de los grupos de población que no pueden acceder al aseguramiento.

Tabla 1. Cobertura de vacunación en Colombia, 1991–1998

<i>Año</i>	<i>bcg</i> (%)	<i>dpt</i> (%)	<i>polio</i> (%)
1991	95	84	91
1992	85	77	83
1993	94	83	85
1994	---	---	---
1995	103,8	93,9	94,5
1996	103,7	92	93
1997	97,9	83,9	84,8
1998	85,5	73,5	74,7

Fuentes: Ministerio de Salud, 1994. Diez años de información en salud; Ministerio de Salud, 1999. Municipios Centinela.

Esta problemática demanda soluciones que lleven a garantizar el acceso a los servicios, controlar el efecto negativo de los mecanismos del mercado en las acciones de salud pública, garantizar la utilización óptima de los recursos, controlar la apropiación privada de los recursos públicos, generar mecanismos efectivos de control en el contexto del proceso de descentralización, etc.

***Partnership* como estrategia para desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades a escala municipal**

La reforma de salud tiene amplio alcance y está basada en principios importantes que podrían impactar el estado de salud de la población. Sin embargo, dentro de un contexto de modelo económico neoliberal, en el que se privilegian las ganancias privadas y se desestimula el beneficio público, las acciones de salud públicas se han reducido.

Los problemas descritos indican que es necesario desarrollar otros enfoques para garantizar la provisión de acciones preventivas. Se carece de un enfoque integral de la prevención y ésta se ha reducido a actividades individuales que generen facturación y que limitan su impacto colectivo. Un desarrollo exitoso de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la cual estén comprometidos todos los actores, podría marcar la diferencia en la equidad, accesibilidad, calidad, eficiencia, efectividad y economía del sistema de salud.

La organización de una asociación a manera de *partnership* permitiría sintonizar a los diferentes actores para trabajar en función de contribuir conjuntamente a mejorar la salud y el bienestar de la población de cada municipio. Esta estrategia buscaría asegurar la provisión de acciones preventivas para toda la población, aun aquella no afiliada al SGSSS, garantizando el derecho a estos servicios. El propósito es crear una asociación a manera de *partnership* a escala municipal que permita mejorar la eficiencia, efectividad, economía y calidad en la provisión de acciones preventivas y de promoción de la salud, haciendo un uso comprensivo de recursos, dado que los actores socios de la asociación trabajan mancomunadamente para lograr objetivos comunes. Esto contribuiría de manera importante a lograr los principios y metas de la reforma de salud.

Objetivos de la asociación

- . Integrar los diferentes actores del sistema: aseguradoras, prestadores de servicios, autoridades municipales, ONG y la comunidad en la provisión de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- . Asegurar la provisión integral de servicios.
- . Garantizar que los recursos asignados para acciones preventivas sean utilizados en estos programas logrando mayor eficiencia y efectividad.
- . Establecer mecanismos conjuntos de vigilancia y control de los recursos evitando la corrupción.

. Fortalecer o crear una red de organizaciones de salud, con responsabilidades específicas para proveer los servicios, evitando la duplicidad de funciones y la fragmentación de responsabilidades.

Existen algunos factores que favorecen el desarrollo de una asociación o *partnership* a escala municipal en el caso colombiano, tales como:

- . Autonomía municipal dada por el proceso de descentralización del sector salud.
- . La legislación ha asignado recursos financieros específicos para las acciones preventivas y de promoción de la salud.
- . El sistema de salud está en la agenda política actual a escala nacional, departamental y municipal.
- . Todo los municipios deben tener un plan de salud, diseñado con la participación de todos los sectores y actores que tienen relación con la salud de la comunidad.
- . La comunidad tiene más interés en tomar parte en las decisiones de salud.
- . La puesta en marcha de otras estrategias que abordan la salud pública en un sentido amplio, como es el caso de las municipalidades saludables.

Igualmente se deben tener en cuenta algunas limitaciones, tales como: las limitadas habilidades para trabajar conjuntamente en una asociación, la falta de valores democráticos en la sociedad que privilegien el bienestar colectivo y la carencia de habilidades para la negociación, lo cual requiere capacitación.

Los socios de la asociación de orden municipal serían:

- Las autoridades de salud local: dirección local de salud.
- La autoridad de salud departamental.
- Las instituciones prestadoras de servicios: hospitales públicos y privados, los centros de salud, etc.
- Las empresas promotoras de salud privadas y públicas.
- Las organizaciones comunitarias: juntas de acción comunal, asociaciones de usuarios, asociaciones de mujeres, asociaciones de jóvenes, etc.
- Las organizaciones no gubernamentales.
- Las asociaciones gremiales.

El fondo mancomunado se crearía principalmente con los recursos financieros que la legislación ha asignado para las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), situado fiscal, participaciones municipales, etc. La autoridad de salud municipal podría liderar la sociedad, dadas sus responsabilidades con toda la población. La provisión integrada de servicios se forma con la red de organizaciones de salud privadas, públicas, ONG y las organizaciones de la comunidad que tiene el municipio. La creación de esta asociación demanda una serie de actividades y la superación de limitaciones y conflictos, como los intereses individuales de los socios y los intentos de manipulación política, entre otros.

Pratt¹⁶ describió los modelos de organización de trabajo conjunto o en asociaciones, de los cuales el de coordinación (figura 1) sería muy apropiado para el caso colombiano.

Este modelo de coordinación sería apropiado debido a:

- . Los objetivos se enfocan en lograr metas colectivas.
- . Los objetivos son predecibles y están establecidos en los planes de salud y en la regulación.
- . Hay cuerpos de salud municipales definidos, como son: La dirección local de salud, el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, el Fondo Local de Salud, los Comités de Participación Comunitaria en Salud (Copacos), etc.
- . Existe un defensor del pueblo que participa en la toma de decisiones de salud y vela por el cumplimiento de los derechos ciudadanos.

Este modelo demanda acciones administrativas de planeación conjunta a corto, mediano y largo plazo, coordinación de todas las acciones entre todos los socios y continuidad y alta capacidad de predicción y establecimiento de metas colectivas más que individuales.

	Predictibilidad	
	Baja	
Meta	Coevolución	Cooperación Gremios Educación
	Colectivas	Individuales
	Coordinación	Competencia
	Alta	

Figura 1: Modelo de asociación o de *partnership*

DLS: Dirección Local de Salud

ARS: Administradoras del Régimen Subsidiado

EPS: Empresa Promotora de Salud

AM: Autoridad Municipal

Conclusiones

El contexto cambiante del sector público y del papel del Estado en la provisión de servicios de salud, las expectativas crecientes de usuarios, la disminución de los recursos fiscales para los servicios sociales y la necesidad de lograr mayor equidad, eficacia, efectividad, economía y calidad han exigido la aplicación de nuevas estrategias para la provisión de servicios. Una asociación a manera de *partnership* para la realización de trabajos conjuntos entre diferentes organizaciones y sectores es una estrategia que ha tomado fuerza en diferentes países que buscan estos objetivos. En el Reino Unido, por ejemplo, se ha introducido una nueva legislación para crear *partnership* y proveer los servicios sociales y de salud por medio de esta asociación como una estrategia para corregir deficiencias del mercado y la ineficiencia y duplicidad de servicios.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia apunta a mejorar la eficiencia, efectividad, equidad y calidad en la provisión de servicios de salud. Sin embargo, los mecanismos del mercadeo creados por ella, dentro de un contexto de modelo económico neoliberal que privilegia la generación de ganancias privada, la falta de capacidad técnica de orden municipal, la falta de un sistema de control eficaz y de participación de la comunidad, entre otros aspectos, han generado problemas en la provisión de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortaleciendo el sistema de atención curativo y poniendo en alto riesgo la salud pública de las comunidades. Por otro lado, a pesar de que la legislación ha asignado los recursos financieros para fortalecer estos programas, dichos recursos no han tenido un manejo apropiado. Se presenta una fragmentación y duplicación de responsabilidades entre los diferentes actores del sistema. Las compañías de los seguros privados no gastan los recursos asignados a estos programas con el objeto de aumentar sus ganancias.

Se requieren entonces otras formas de organización de los servicios de alcance municipal, que asegure el cumplimiento de los principios del SGSSS en el contexto de la descentralización. La creación de asociaciones a manera de *partnership* en los municipios permitiría un aprovechamiento de los potenciales de los diferentes actores, que de manera mancomunada trabajarían para ofrecer a la comunidad los servicios de salud integrales, de alta calidad y acordes con las necesidades de la comunidad y los derechos establecidos en la constitución y la legislación respectiva. El contexto actual favorecería el desarrollo de esta estrategia en el ámbito municipal, especialmente en municipios medianos y pequeños —categoría 4, 5 y 6— que representan alrededor del 70% de los municipios colombianos. A pesar de los problemas que el sistema está enfrentando, es posible aprovechar las fortalezas existentes para desarrollar diferentes estrategias que garanticen la provisión de servicios, fortaleciendo un modelo de salud preventivo. Esta estrategia permite llevar a los actores involucrados hacia el logro de metas comunes, que impacten positivamente la salud pública de la comunidad.

Referencias

1. United Kingdom. Department of Health. Guidance on the health act section 31. partnership arrangements. London: Department of Health; 1999.
2. Heller F, Pusic E, Strauss G, Wilpert B. The organisational participation: Myth and reality. Oxford: Oxford University; 1998. En: Taket A, White L. Partnership and participation. Decision-making in the multiagency setting. England: John Wiley & Sons; 2000.
3. Taket A, White L. Partnership and participation. Decision-making in the multiagency setting.. England: John Wiley & Sons; 2000. p. 3-5.
4. Heller F, Pusic E, Strauss G, Wilpert B. Op. cit.
5. Taket A, White L. Op. cit. p. 19-27.
6. Walsh K, Deakin N, Smith P, Spurgeon P, Thomas H. Contracting for change: contracts in health, social care and other local government services. Oxford: Oxford University; 1997.
7. Taket A, White L. Op cit. p. 17
8. National Health Department. 1999. Op cit. p. 2,5,6.
9. Gray B. Cross-sectorial partners: collaborative alliances among business, government and communities. 1996. En: Taket A, White L. Partnership and participation. Decision-making in the multiagency setting. England: John Wiley & Sons; 2000.
10. Bossert T. Decentralization of health system in Colombia. Geneve: World Health Organization; 1996.
11. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 10 de 1990, enero 10, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 1990.
12. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 1993.
13. Colombia. Ministerio de Salud. Municipio centinela. Bogotá: El Ministerio; 1999.
14. Jaramillo I. La descentralización y transformación de sistemas de salud: La descentralización del sector salud en Colombia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Fundacion Friedrich Ebert de Colombia FESCOL; 1998.
15. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 60 de 1993, agosto 12, por la cual se dictan normas organicas sobre la distribución de competencias. Bogotá: El Ministerio; 1993.
16. Pratt J, Plamping D, Gordon P. Whole system thinking.. London: Kings Fund Publishing; 1998.

Otra bibliografía consultada

1. Bayley M, Seyd R, Tennant A. Local health and welfare. Is partnership possible? England: Gower Publishing; 1989.
2. Easterby-Smith, Molina D. Cross-cultural collaborative research: toward flexibility. Academy of Management Journal; 1999.
3. Evans D, Kearney J. Working in social care, a systemic approach. Aldershot: Arena; 1996

4. López MR. Fiscal decentralization in Latin America. Washington: World Bank; 1995.
5. Colombia. Ministerio de Salud. Proceso de descentralización en salud 1993-1997. Bogotá: El Ministerio; 1997.
6. Colombia. Ministerio de Salud. Municipio centinela. Bogotá: El Ministerio; 1998.
7. United Kingdom. Department of Health. Guidance on the health act section 31. partnership arrangements. 1999. [Internet site]. Available from: www.doh.gov.uk/jointunit/pship1.htm.
8. United Kingdom. National Health Services. Guidance on the Health Act Section 31. Partnership Arrangements. 1999. [Internet site]. Available from: www.doh.gov.uk/jointunit/pship2.htm.
9. United Kingdom. Department of Health Guidance on the Health Act Section 31. Partnership Arrangements. 1999. [Internet site]. Available from: www.doh.gov.uk/jointunit/piaction.htm.
10. United Kingdom. National Health Services. Partnership in action, new opportunities for joint working between health and social services. London: National Health Services; 2000.
11. Colombia. Constitución Política Nacional de Colombia. Bogotá; 1991.
12. World Bank. World Development Report. Washington; 1997.