

DESCENTRALIZACIÓN Y GESTIÓN DEL CONTROL
DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
EN AMÉRICA LATINA

DESCENTRALIZAÇÃO E GESTÃO DO CONTROLE
DAS ENFERMIDADES TRANSMISSÍVEIS
NA AMÉRICA LATINA

DECENTRALIZATION AND MANAGEMENT
OF COMMUNICABLE DISEASES CONTROL
IN LATIN AMERICA

Editado por:

Zaida E. Yadón • Ricardo E. Gürtler • Federico Tobar • André C. Medici



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Banco Interamericano
de Desarrollo

**Special Programme for Research & Training
in Tropical Diseases (TDR) sponsored by**
UNICEF / UNDP / World Bank / WHO



Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Yadón, Zaida - ed

Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina.

Buenos Aires, Argentina: OPS, © 2006.
320p.

ISBN 92 75 07397 X

I. Título II. Gürtler, Ricardo - ed

III. Tobar, Federico - ed IV. Medici, André - ed

1. CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

2. DESCENTRALIZACIÓN

3. SISTEMAS DE SALUD

4. ENFERMEDAD DE CHAGAS - prevención & control

5. TUBERCULOSIS

6. MALARIA

7. LEPROA

8. AMÉRICA LATINA

NLM WA 110

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Área de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2006

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Contenido

Prólogo	v
----------------------	---

Introducción

Federico Tobar, Ricardo E. Gürtler, Zaida E. Yadón, André C. Medici	1
---	---

Sistemas de salud y descentralización

Health systems and communicable diseases – How to reduce burden and inequity under decentralization?	
Erik Blas	35

Descentralización y enfermedades transmisibles en América Latina y el Caribe

Descentralización y reformas del sector salud en América Latina	
Federico Tobar	65

Herramientas para lograr mejores resultados en los modelos descentralizados: el caso de las enfermedades transmisibles

La reforma del sector salud y el control de la tuberculosis en Colombia	
María Patricia Arbeláez M.	115
Descentralización, reforma sectorial y control de la malaria en Colombia	
Gabriel Carrasquilla	131
O impacto da descentralização do sistema de saúde na prevenção e controle da tuberculose: o caso do Brasil (1980-2005)	
Tereza Cristina Scatena Villa, Antonio Ruffino-Netto, Ricardo Alexandre Arcencio. . . .	151
Impacto da descentralização do Programa de Eliminação da Hanseníase no Brasil	
Vera Andrade, Tadiana Moreira, Rosa Castália França Ribeiro Soares.	165

El impacto de la descentralización de sistemas de salud en la prevención y control de la enfermedad de Chagas

Descentralización del Programa de Control de la Transmisión de <i>Trypanosoma cruzi</i> (Chagas) en la Argentina <i>Sergio Sosa Estani, Mario Zaidenberg, Elsa L. Segura</i>	189
El impacto de la descentralización de los sistemas de salud en la prevención y control de la enfermedad de Chagas: el caso del Brasil <i>Antonio Carlos Silveira</i>	203
Descentralización y enfermedad de Chagas, Brasil, 2005 <i>João Carlos Pinto Dias</i>	215
Modalidades de descentralización y control de la enfermedad de Chagas: análisis comparativo entre Guatemala, Honduras y El Salvador <i>Jun Nakagawa, Michio Kojima, Concepción Zúñiga, Kyoko Ota, Mario Serpas</i>	231
Impacto de la descentralización de los programas de control de las enfermedades transmisibles: el caso de la enfermedad de Chagas en Colombia <i>Felipe Guhl, Josué Lucio Robles, Ildelfonso Cepeda</i>	255
Descentralización de las acciones de prevención, control y vigilancia de la enfermedad de Chagas <i>Roberto Salvatella, Ángel Valencia</i>	279
La descentralización en el sector salud y el control de la enfermedad de Chagas en el Ecuador <i>Hugo Marcelo Aguilar V., Fernando Abad-Franch, Mario J. Grijalva</i>	285
Enfermedad de Chagas, descentralización y renta petrolera en Venezuela <i>Roberto Briceño-León</i>	325

Conclusiones

<i>André C. Medici, Federico Tobar, Ricardo E. Gürtler, Zaida E. Yadón</i>	343
--	-----

Prólogo

La descentralización del sector salud ha introducido nuevos desafíos en el control de las enfermedades transmisibles. En gran medida ello se debe a que el escenario donde se desarrollan los programas de control se ha modificado considerablemente a lo largo de los últimos veinte años. En este lapso la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe reformaron sus sistemas de salud, en general como parte de la reforma del Estado, y esas reformas han tendido a promover la descentralización de las acciones y los programas de salud hacia las esferas locales de gobierno (estados y municipios).

Las reformas de los sistemas de salud en general, y la descentralización de programas y servicios en particular, provocaron en casi todos los países una situación que podría denominarse de verdadera destrucción creadora, cuyas consecuencias es preciso evaluar. Diversos estudios nacionales e internacionales han abordado el tema de la descentralización sanitaria, destacando sus efectos positivos y negativos sobre la eficiencia, la equidad en el acceso a los servicios, la participación social y el mejoramiento de los indicadores epidemiológicos. Sin embargo, la descentralización de los sistemas de salud es un fenómeno tan complejo que a menudo resulta difícil de abordar con los modelos de análisis disponibles. Es necesario clasificar los procesos de descentralización sectorial en América Latina en función de las características tanto territoriales como políticas de los países (federales o unitarios), de su situación socioeconómica y demográfica (ingreso, urbanización), y de la naturaleza de sus sistemas de salud (una amplia gama de modelos que va desde los totalmente fragmentados hasta los plenamente integrados). Clasificaciones de este tipo podrían ayudar a establecer estándares de desarrollo de los procesos de descentralización, permitiendo una mejor evaluación de sus logros y problemas.

Por otro lado, la mayor parte de los estudios sobre descentralización en salud se concentran en los servicios y el financiamiento, pero descuidan el análisis de los programas de salud pública. No se ha evaluado la descentralización de sus componentes específicos, tales como los programas de prevención y promoción, ya que buena parte de las evaluaciones se centran en la prestación de servicios. Un tema poco investigado en América Latina y en el Caribe es el pasaje de los programas verticales de control de las enfermedades transmisibles

a los programas horizontales, incluidos sus resultados, las formas de implementación y los nuevos problemas planteados.

La falta de evaluación de los procesos de descentralización en los programas de prevención y control de las enfermedades transmisibles resulta aún más crítica cuando se considera la heterogeneidad de las estrategias descentralizadoras empleadas en los distintos países y los diversos tipos de enfermedades transmisibles. En ese marco, se hace necesario revisar historias diferentes y los resultados de las experiencias de descentralización en el control de las enfermedades transmisibles, según los contextos institucionales y materiales donde se produjeron, con el fin de identificar los factores que condujeron a mejores o peores resultados en los distintos países de la Región. Avanzar en este tipo de análisis es un primer paso para luego elaborar futuras guías de buenas prácticas, procedimientos, normas y protocolos asociados a la descentralización de los programas de control de las enfermedades transmisibles.

Sobre la base de estas consideraciones, la Universidad de Buenos Aires, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), organizó una Reunión sobre Descentralización y Gestión de los Programas para el Control de las Enfermedades Transmisibles en América Latina y el Caribe, cuyos resultados se presentan en este libro. La reunión se llevó a cabo en la sede del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), en Martínez (Provincia de Buenos Aires), República Argentina, del 29 al 31 de agosto de 2005. Esta reunión fue patrocinada por el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR, OMS/Banco Mundial/UNICEF). Los objetivos de la reunión fueron: (a) analizar el impacto de las reformas de salud sobre la eficiencia, el funcionamiento y los resultados de los Programas de Control de las Enfermedades Transmisibles (PCET) en distintos países de la Región, y (b) proponer una agenda de investigación y de actividades gubernamentales a fin de mitigar o evitar los riesgos y potenciar los efectos positivos de la descentralización sobre los programas de control de las enfermedades transmisibles en los países de América Latina y el Caribe.

Este libro recupera y sistematiza los debates planteados en la reunión, con el propósito adicional de promover la formación de una masa crítica que investigue la descentralización y los PCET. Para ello se ha organizado el material de la siguiente manera. Primero una introducción en la que se presenta en forma sintética la situación actual en lo que atañe a la gestión de los PCET, haciendo

hincapié en el contraste entre programas verticales y abordajes horizontales. Se procede luego a revisar los enfoques analíticos de la descentralización y los procesos de reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Los trabajos de Erik Blas (TDR/OMS) y de Federico Tobar (consultor internacional en políticas de salud) tienen ese propósito. En ellos se analiza la taxonomía de las formas de descentralización en salud a partir de cuatro conceptos básicos (desconcentración, delegación, devolución y privatización), y su aplicación a las experiencias de reforma del sector salud en la región, con especial énfasis en la organización vertical u horizontal de los programas de control de las enfermedades transmisibles.

En otro grupo de trabajos se plantean cuatro preguntas básicas que se discuten a la luz de experiencias nacionales concretas:

- ¿Qué procesos o tipos de descentralización se aplicaron en los programas de control de las enfermedades transmisibles en los países de la región?
- ¿Los procesos de descentralización de estos programas fueron acompañados por cambios en la calidad, capacitación y cantidad de recursos humanos en los niveles central y local?
- ¿Qué tipos de mecanismos de financiamiento se utilizaron en la descentralización de los programas? ¿Fueron efectivos esos mecanismos? Los recursos ¿fueron suficientes para cubrir las necesidades de los programas si se los compara con los sistemas centralizados anteriormente existentes?
- Los procesos de descentralización ¿fortalecieron, mantuvieron o debilitaron las funciones del nivel central de coordinación de los programas? ¿Qué tipo de asistencia técnica se ofreció desde el nivel central?

En los estudios de casos de descentralización de los PCET se consideraron afecciones tales como la tuberculosis, la malaria, la lepra y la enfermedad de Chagas. Dos artículos analizan el efecto de la descentralización sobre los programas de control de la tuberculosis: el de Patricia Arbeláez, sobre la experiencia en Colombia, y el de Tereza Cristina Scatena Villa et al., sobre lo actuado en el Brasil. Los programas de malaria fueron estudiados en Colombia por Gabriel Carrasquilla. Por su parte, Vera Andrade et al. analizaron la lucha contra la lepra en el Brasil.

Deliberadamente hemos decidido hacer hincapié en la reflexión sobre la enfermedad de Chagas, pues es la segunda enfermedad transmisible por cantidad de personas afectadas en los países de América Latina y el Caribe, después de la tuberculosis. La mortalidad asociada a la enfermedad de Chagas es cinco veces mayor que la causada por la malaria, según las estimaciones de la OMS. Todos los expertos de la región que participaron en la Reunión sobre Descentralización y Gestión de los Programas para el Control de las Enfermedades Transmisibles en América Latina y el Caribe coincidieron en que la lucha contra la enfermedad de Chagas debería figurar entre las prioridades para la ayuda internacional, en procura de alcanzar los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio en los países de la región.

Con tal enfoque se incluyen en este volumen cuatro grupos de trabajo: por un lado, Roberto Briceño-León analiza el caso singular de Venezuela vinculándolo con el fenómeno de la renta petrolera, lo cual ilustra cómo las oscilaciones macroeconómicas influyen en las respuestas a los problemas de salud.

La segunda categoría de estudios sobre el control de la enfermedad de Chagas se refiere a Centroamérica, donde se presenta otra situación particular debido a la influencia de la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA), que logró promover un notable aprendizaje institucional. Eso lo analizan Jun Nakagawa en el caso de Guatemala, Concepción Zúñiga y Michio Kojima para Honduras, y Mario Serpas y Kyoko Ota para El Salvador.

Como testimonio sobre los países del Pacto Andino se incluye el análisis de Colombia realizado por Felipe Guhl y sus colaboradores, y la experiencia de Ecuador, por Marcelo Aguilar et al.

En los países del Cono Sur, la experiencia de los programas de lucha contra la enfermedad de Chagas en la Argentina fue analizada por Elsa Segura y sus colaboradores, y en el Brasil, por João Carlos Pinto Dias y Antonio Carlos Silveira.

A modo de conclusión, al final de este volumen se retoman algunos de los hallazgos y de las hipótesis desarrolladas, que esperamos den lugar a nuevos proyectos que permitan concretar un verdadero programa de investigación sobre estos temas. Ello debería constituir una prioridad para los gobiernos y las organizaciones que en la región operan en el ámbito de la salud.

Zaida E. Yadón, Ricardo E. Gürtler, Federico Tobar, André C. Medici

Introducción

Federico Tobar,¹ André C. Medici,² Zaida E. Yadón,³ Ricardo E. Gürtler⁴

A lo largo de los últimos veinte años, muchos países en América Latina y el Caribe reformaron sus sistemas de salud. Una de las estrategias empleadas en algunos de ellos fue la descentralización de las acciones y los programas de salud hacia las esferas locales de gobierno (estados y municipios).

Diversos estudios nacionales e internacionales han abordado el tema de la descentralización sanitaria, destacando sus efectos positivos y negativos sobre la equidad en el acceso a los servicios, la participación social y el mejoramiento de los indicadores epidemiológicos. Sin embargo, no se dispone aún de modelos analíticos que permitan clasificar los procesos de descentralización sectorial en América Latina en función de las características tanto territoriales como políticas de los países (federales o unitarios); la situación socioeconómica y demográfica (ingreso, urbanización), y la naturaleza de sus sistemas de salud (una amplia gama de modelos que va desde los totalmente fragmentados hasta los plenamente integrados). Clasificaciones de este tipo podrían ayudar a establecer estándares de desarrollo de los procesos de descentralización, permitiendo una mejor evaluación de sus logros y problemas.

La descentralización del sector sanitario, a su vez, no ha sido evaluada en sus componentes específicos, como los programas de prevención y promoción, ya que buena parte de las evaluaciones se asocian a aspectos relacionados con la prestación de servicios. Uno de los temas poco conocidos en América Latina y el Caribe es el pasaje de programas verticales de control de enfermedades transmisibles a programas horizontales, incluidas sus formas de implementación, sus resultados y sus problemas.

La falta de evaluación de los procesos de descentralización en los programas de prevención y control de las enfermedades transmisibles resulta aún más

¹ Economista de Salud, Doctor en Ciencia Política, Consultor Internacional en Políticas de Salud.

² Especialista en Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

³ Asesora Regional en Enfermedades Transmisibles, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

⁴ Profesor de la Universidad de Buenos Aires e investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina

crítica cuando se considera la heterogeneidad de las estrategias descentralizadoras empleadas en los distintos países y los diversos tipos de enfermedades transmisibles. En este marco, se hace necesario revisar distintas historias y los resultados de las experiencias de descentralización en el control de las enfermedades transmisibles, según los contextos institucionales y materiales donde se produjeron, con el fin de identificar los factores que condujeron a mejores o peores resultados en los distintos países de la Región. Avanzar en este tipo de análisis es el primer paso para luego elaborar futuras guías de buenas prácticas, procedimientos, normas y protocolos asociados a la descentralización de los programas de control de las enfermedades transmisibles.

Sobre la base de estas consideraciones, la Universidad de Buenos Aires, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), organizó una reunión sobre Descentralización y Gestión de los Programas para el Control de las Enfermedades Transmisibles en América Latina y el Caribe, que se llevó a cabo en Buenos Aires, en agosto de 2005. El presente documento reúne parte de los aportes que allí se realizaron.

El control de las enfermedades transmisibles

Conceptos elementales

Las enfermedades transmisibles son aquellas causadas por un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, y se manifiestan por la transmisión de ese agente o sus productos, de una persona o animal infectados, o de un reservorio, a un huésped susceptible, directamente o indirectamente a través de una planta intermediaria, un animal huésped, un vector o el ambiente inanimado.

Por sus implicancias para el control, el modo de transmisión suele utilizarse como criterio de clasificación de las enfermedades transmisibles. Así, se las divide en enfermedades de transmisión sexual, como el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA); zoonóticas, como la rabia; vectoriales, como la enfermedad de Chagas; aéreas, como la tuberculosis, etc. Por la misma razón, se distinguen también las enfermedades inmunoprevenibles, como la poliomielitis. Si bien sus tasas han experimentado reducciones sustanciales durante el siglo pasado, continúan siendo una importante causa de mortalidad: en el período 2000-2003 cuatro enfermedades transmisibles provocaron más de la mitad de las muertes de niños

menores de 5 años en el mundo (Bryce et al., 2005). A este cuadro se suma la emergencia de nuevas enfermedades (como el síndrome respiratorio agudo grave [SARS]) y la reemergencia de enfermedades que se consideraban controladas (como la malaria o la tuberculosis).

Para el control de las enfermedades transmisibles (CET) existe un conjunto de intervenciones tanto a nivel individual —que en general se aplican a grupos de alto riesgo— como de la población en su conjunto. Estas medidas pueden dirigirse a: atacar la fuente de infección mediante, por ejemplo, el tratamiento de los casos o portadores, reduciendo el reservorio del agente patógeno; interrumpir la transmisión mediante la introducción de medidas de higiene personal y ambiental, o el control de vectores; y proteger a la población susceptible mediante la inmunización o la profilaxis química (cuadro 1).

La utilización de una u otra estrategia depende de la epidemiología de la enfermedad y de las tecnologías disponibles. Así, por ejemplo, las estrategias de control de la enfermedad de Chagas han descansado tradicionalmente en la intervención sobre el vector, dada la gran cantidad de reservorios animales, la falta de medicamentos eficaces para las formas crónicas y de uso masivo, y la carencia de vacunas para proteger a la población susceptible. La pertinencia y oportunidad, el diseño y la aplicación efectiva de cualquiera de estas intervenciones descansa, a su vez, sobre el sistema de vigilancia epidemiológica.

Se denomina prevención primaria al conjunto de actividades orientadas a la interrupción de la transmisión, la protección de la población susceptible y

Cuadro 1. Ejemplos de intervenciones de prevención y control de enfermedades transmisibles

Ataque a la fuente de infección	Interrupción de la transmisión	Protección de la población susceptible
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de los casos y portadores • Aislamiento de los casos • Vigilancia de los casos sospechosos • Control de los reservorios animales • Notificación de los casos 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene ambiental • Higiene personal • Control de vectores • Desinfección y esterilización • Restricción de movimientos de la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunización • Profilaxis química • Protección personal • Mejora de la nutrición

Fuente: Vaughan JP, Morrow RH. *Manual of epidemiology for district health management*. Geneva: WHO; 1989.

la disminución del reservorio no humano. La prevención secundaria se basa en la detección de casos subclínicos y de portadores, y el tamizaje de contactos y su vigilancia. La prevención terciaria consiste en el tratamiento de los casos o portadores, de manera que no continúen diseminando la enfermedad.

El concepto de prevención primordial —anterior incluso al de prevención primaria— se utiliza para referirse a intervenciones que se dirigen a evitar el surgimiento y consolidación de pautas de vida sociales, económicas y culturales que contribuyan a elevar el riesgo de enfermar (OPS/OMS, 2000). Este es el nivel de prevención reconocido más recientemente: las medidas contra los efectos mundiales de la contaminación atmosférica, el establecimiento de una dieta nacional rica en grasas saturadas, o las políticas de redistribución del ingreso, constituyen ejemplos de prevención primordial.

El CET puede tener por objeto la erradicación de la enfermedad, que consiste en la completa eliminación del agente infeccioso que la causa, imposibilitando por tanto la transmisión de la enfermedad, como fue el caso de la viruela. En general este tipo de aproximación es posible cuando se cuenta con intervenciones preventivas eficaces (por ejemplo, una vacuna) y no existen reservorios no humanos. Los programas de control, en cambio, tienen por objeto la reducción de los casos de transmisión a un nivel predeterminado como aceptablemente bajo, de manera que la enfermedad deje de ser considerada un riesgo mayor para la salud pública. En ocasiones se utiliza eliminación con la misma acepción, y a veces para referirse específicamente a la desaparición de casos de una enfermedad en un área suficientemente amplia y definida, aunque puedan persistir las causas que podrían potencialmente provocarla. Tal es el caso de la poliomielitis en las Américas (OPS/OMS, 2000).

El CET como bien público

En términos de la economía del bienestar, el CET tiene características que permitirían considerarlo un bien público (Woodward, Smith, 2003; Smith et al., 2004). Un bien público es aquel cuyo consumo es no-rival (puede ser disfrutado por todos los miembros de una comunidad en forma simultánea) y no-excluyente (no se puede evitar que alguien en esa comunidad lo consuma). De esta manera, si el CET disminuye el riesgo de contraer una enfermedad en una comunidad, el hecho de que una persona disfrute de ese menor riesgo no limita dicho beneficio para otra persona de esa comunidad (“no-rivalidad”) ni se puede evitar que lo haga (“no-exclusión”).

La producción de CET, sin embargo, requiere bienes que podrían ser caracterizados como privados (por ejemplo, la vacunación, el agua pura o los profilácticos) o como públicos (como el conocimiento de las intervenciones de prevención y las mejores prácticas de tratamiento). Sin embargo, muchos de estos bienes privados presentan externalidades en el consumo: un beneficio (o daño) se produce en alguien solo porque otra persona consume un bien. Así, evitar que una persona contraiga una enfermedad transmisible o tratarla exitosamente beneficia en primer lugar a esa persona, al disminuir su riesgo de infección, pero también a las demás.

Las características de los bienes públicos o los bienes privados con externalidades positivas generan una paradoja: aunque suponen un importante beneficio no existe suficiente incentivo comercial para su producción. En este sentido, se justifica desde un punto de vista económico que el Estado deba intervenir para garantizar niveles adecuados de producción y provisión de estos bienes.

La producción de CET

Los insumos necesarios para la producción de CET en una comunidad determinada pueden clasificarse en cuatro grandes categorías: (a) conocimiento y tecnología; (b) bienes provenientes del sistema de salud; (c) bienes no provenientes del sistema de salud; (d) acción colectiva internacional (Smith et al., 2004).

La producción de CET depende fuertemente de la generación y transmisión de información sobre la incidencia de la enfermedad (vigilancia), y de los medios para su control (mejores prácticas de prevención y tratamiento). La información es, por su parte, un bien público, y por lo tanto tampoco existen incentivos comerciales para su producción. Aunque el conocimiento médico es un bien público (de carácter global), la traducción de ese conocimiento en productos, junto con el régimen de patentes, tornan ese conocimiento “artificialmente” excluible. (De hecho, podría plantearse que el régimen de patentes constituye una forma de solución al problema de la falta de incentivo para la producción de conocimiento; sin embargo, esta “solución” causa otro tipo de inconvenientes, como el sesgo de la investigación y desarrollo hacia enfermedades que afectan a una población con suficiente poder adquisitivo —a diferencia de las que se conocen como “enfermedades descuidadas” que afectan a una numerosa población con poca o nula capacidad adquisitiva—, y los problemas de acceso de la población de escasos recursos a las innovaciones tecnológicas.)

Para que el conocimiento produzca CET, debe ser aplicado. Ello requiere contar con un sistema de salud eficaz. En este sentido, el sistema de salud puede plantearse como un “bien de acceso”, es decir, bienes privados necesarios para que alguien goce de un bien público (como por ejemplo la conexión de un hogar necesaria para beneficiarse de los servicios de agua potable y drenaje sanitario).

Hay un conjunto de bienes que no provienen del sistema de salud y cuya ausencia puede ser que no impida la producción de CET, pero cuya presencia puede tener un efecto sustancial. Se encuentran en esta categoría tanto bienes privados como la nutrición, las condiciones de vida, la educación, y bienes públicos como los sistemas de agua potable y saneamiento.

Por último, en muchos casos el CET produce beneficios significativos que trascienden las fronteras de determinado país, y por otro lado la ausencia de CET supone costos significativos no internalizados por un país determinado. En tal sentido, la acción internacional es un insumo necesario para la producción de CET en un país.

Bienes públicos y descentralización

Se ha argumentado que no solo el mercado sino también los gobiernos locales tienden a proveer este tipo de bienes en cantidades subóptimas, por razones similares en ambos casos (Khaleghian, Das Gupta, 2004). Esta afirmación contraría una premisa fiscal que orientó gran parte de las reformas de las últimas décadas: “todo bien social debe ser provisto desde la mínima esfera de gobierno capaz de sustentar su producción” (Musgrave, y Musgrave, 1992).

En efecto, uno de los principales argumentos a favor de la descentralización es acercar las decisiones públicas a los individuos afectados por ellas. Sin embargo, en la medida en que este intento resulte exitoso, las decisiones de asignación de recursos del gobierno local tenderán a reflejar la preferencia de los individuos por los bienes que los benefician más directamente. En tal sentido, sería esperable que los gobiernos pequeños tiendan a gastar más en bienes privados, tales como las consultas a clínicas de tipo curativo, que en bienes públicos como la educación para la salud y el CET.

Esto nos coloca frente a un dilema. Por un lado, el CET suele requerir la adaptación a las condiciones locales para ser más efectivo, y no se puede implementar en una forma rígida determinada centralmente, sobre todo en países

extensos o diversos, con diferencias interjurisdiccionales de idioma, cultura o perfil epidemiológico. Por otro lado, la descentralización de la responsabilidad por la producción de esos bienes a los gobiernos locales puede dar lugar al problema antes planteado.

Para enfrentar dicho problema se han ensayado diferentes aproximaciones. Antes de la década de 1980 algunos países optaron por retener el control central desconcentrando en oficinas locales ciertas actividades en lugar de devolver esa responsabilidad a gobiernos locales independientes. Una línea de solución más reciente, posterior a los procesos de descentralización más profundos, es compensar el control local de la provisión de estos bienes reteniendo ámbitos de influencia a nivel central mediante mecanismos de control financiero, por medio de alguna clase de transferencia enmarcada.

El CET como bien público mundial y su financiación

Se ha planteado que para algunas enfermedades (especialmente el VIH/SIDA, la tuberculosis polifarmacorresistente y la malaria) el CET puede considerarse un bien público mundial (incluyendo en esta definición bienes privados con externalidades globales) (Woodward, Smith, 2003; Smith et al., 2004).

La subproducción de estos bienes por el mercado y la inexistencia de un “gobierno mundial” que solucione el problema, resalta, desde esta conceptualización, los problemas de la acción colectiva a nivel mundial: cómo evitar que los fenómenos del disfrute libre oportunista (*free-riding*) (individuos que se benefician de la acción de los demás sin contribuir a ella) y del “dilema del prisionero” (falta de comunicación e información respecto de la acción de cada participante y falta de mecanismos de aplicación de la ley que impiden la cooperación) imposibiliten la producción de estos bienes que beneficiarían a la comunidad internacional.

Estos problemas son exacerbados por el hecho de que las agendas y prioridades de los actores más relevantes a nivel mundial (gobiernos nacionales, agencias internacionales y compañías comerciales) no son coincidentes.

Uno de las cuestiones centrales es cómo debería financiarse la producción de tales bienes públicos mundiales. En teoría, el costo de un bien público mundial debería ser pagado por cada nación en proporción al beneficio que recibe de este. Sin embargo, los países en desarrollo no tienen la misma disponibilidad de recursos que los desarrollados, y el costo de oportunidad de usarlos con este

propósito es más elevado. Además, el objetivo de CET puede no ser prioritario en un momento dado para un país en desarrollo. Estos argumentos llaman a una mayor participación de los países desarrollados en la financiación, aun por razones “egoístas”.

Algunos mecanismos de financiación, tales como las contribuciones voluntarias o los sistemas basados en el mercado, hacen que el fenómeno de *free-riding* tienda a ser más importante. Los mecanismos de financiación por medio de contribuciones coordinadas mediante acuerdos funcionan mejor cuando los países desarrollados ganan influencia a cambio de su contribución. A su vez, los proyectos de “impuestos mundiales” —en teoría el mecanismo más eficiente—, no cuentan con el apoyo de importantes países desarrollados.

Las modalidades de provisión de CET: programas verticales frente a aproximaciones horizontales

Existen dos modalidades de provisión de CET: los programas verticales y las aproximaciones horizontales (cuadro 2). Con respecto a la conveniencia de una u otra modalidad, se ha planteado un amplio debate.

Los programas verticales se orientan a la provisión de servicios por medio de estrategias mayormente independientes, y están diseñados para atacar una enfermedad o condición particular con objetivos claros, dentro de un marco temporal acotado y haciendo uso de tecnologías específicas. Los adelantos científicos de mediados de los años cincuenta y del siguiente decenio permitieron la puesta en práctica de programas verticales de control de la malaria, la viruela y la frambesia (Oliveira-Cruz, Kurowski, Mills, 2003). Desde el punto de vista organizativo, se asemejan a la forma divisional del modelo de Henry Mintzberg, al ser comparables a las empresas que dividen su trabajo en gerencias responsables cada una por una línea de producto (aunque por definición se debería tratar de esfuerzos acotados en el tiempo). Esto aproxima los programas verticales a otra forma organizativa identificada por Mintzberg, la “adhocracia”, o estructura *ad hoc*, conformada para gestionar un proyecto determinado, una modalidad frecuente en empresas de servicios como las consultoras.

Las aproximaciones horizontales, también denominadas integrales, constituyen una modalidad de provisión de intervenciones de salud a través de la infraestructura regular de los servicios de asistencia sanitaria. El ejemplo más importante de aproximación horizontal es la atención primaria de salud (APS),

Cuadro 2. Diferencias entre los programas verticales y las aproximaciones horizontales

Programas verticales	Aproximaciones horizontales
Provisión de servicios por medio de programas mayormente independientes	Provisión de intervenciones de salud a través de la infraestructura regular de servicios de asistencia sanitaria
Diseño orientado a luchar contra una enfermedad o afección particular	Intervenciones centradas en servicios integrados (especialmente curativos y preventivos)
Objetivos precisos, dentro de un marco temporal acotado, haciendo uso de tecnologías específicas	Mejoras en la salud como parte de procesos de largo plazo, en una perspectiva de desarrollo que incluye la participación de otros sectores, tales como educación, agua y saneamiento
Programas de control de la malaria, la viruela y la frambesia, surgidos a mediados de los años cincuenta y en el decenio siguiente	APS, concepto consolidado luego de la declaración de Alma-Ata (1978)

Fuente: basado en Oliveira-Cruz V, Kurowski C y Mills A. Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development* 15:67-86; 2003.

concepto consolidado luego de la declaración de Alma-Ata de 1978, que pone el acento en la importancia de los servicios integrados (especialmente los curativos y preventivos). Estas aproximaciones consideran las mejoras en la salud como parte de procesos de largo plazo en una perspectiva de desarrollo que incluye la participación de otros sectores, como educación, agua y saneamiento (Oliveira-Cruz, Kurowski, Mills, 2003).

La distinción teórica entre programas verticales y aproximaciones horizontales encuentra diversos matices en el terreno empírico. Por un lado, la gestión del sistema de salud deviene inevitablemente más vertical en los niveles más elevados. Un ministerio de salud nacional está por lo general estructurado según diferentes funciones y actividades del servicio de salud, y alguien tiene que estar a cargo de la inmunización o la planificación familiar. En contraparte, en un nivel más bajo debe haber menor especialización. Por ejemplo, una enfermera local es responsable a la vez del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), del control de la malaria y del control de enfermedades diarreicas (entéricas) y demás programas verticales (Cairncross, Peries, Cutts, 1997).

Por otro lado, las iniciativas internacionales difieren en cuanto al alcance de sus objetivos y el grado de integración con los servicios de salud existentes. Puede argumentarse que el programa nacional de inmunización, por ejemplo, es más horizontal que el programa de erradicación de la poliomielitis, pero menos que la Iniciativa de Bamako, que abraza cuidados preventivos, incluido el PAI (este punto se amplía más adelante).



Fuente: Oliveira-Cruz V, Kurowski C y Mills A. Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development* 15:67-86; 2003.

Factores que influyen en la modalidad de provisión

Un conjunto de factores se han señalado como relevantes a la hora de adoptar una u otra modalidad de provisión de CET. En la mayoría de los casos no existen pruebas concluyentes que favorezcan una u otra alternativa, sino más bien elementos de discusión para tener presentes en el diseño del CET.

Tecnología disponible para el CET

La tecnología disponible para el control de una enfermedad transmisible específica en un momento dado condiciona la factibilidad del control mediante un programa vertical o una aproximación horizontal, o bien el tipo de servicios provistos mediante una u otra modalidad (Mills, 1983). En otras palabras, la implementación de un programa vertical requiere, además de un conjunto de recursos, al menos una tecnología de intervención relativamente efectiva.

Las actividades de control que exigen el manejo de tecnologías muy sofisticadas o el desarrollo de actividades muy distintas a las normalmente desempeñadas por el personal de salud y que involucran competencias específicas, serían más adecuadas para programas verticales. Así por ejemplo, para llevar a

cabo el control de vectores, además de la identificación de los lugares de cría, la programación de acciones de rociado (insecticida, larvicida o molusquicida), la aplicación del rociado y la vigilancia de las tasas de éxito y resistencia, es necesario contar con conocimientos técnicos específicos y con la supervisión de expertos.

Las aproximaciones horizontales tendrían ventajas para las actividades de control que exijan un contacto permanente con la comunidad, y en especial cambios de comportamiento. Cualquier tecnología de la que se pretenda un uso extendido, por personal relativamente no preparado, debe satisfacer un conjunto de criterios, incluidos los de ser simple, efectiva, segura y económica, y tener métodos bien definidos de aplicación y facilidad de empleo, mantenimiento y reemplazo. Se ha mostrado la factibilidad de la quimioterapia masiva para el tratamiento de la malaria, pero es menos clara la seguridad de un manejo adecuado de drogas para el VIH/SIDA por parte de personal de APS con menor preparación (Msuya, 2004).

Capacidad del sistema de salud

La falta de capacidad del sistema de salud existente ha sido uno de los principales argumentos a favor de los programas verticales (Mills, 1983; Msuya, 2004). La provisión de servicios de la campaña de erradicación de la poliomielitis, por ejemplo, no puede llevarse a cabo mediante una aproximación integral, a menos que cerca del total de la población tenga acceso a los servicios de salud y los utilice (Oliveira-Cruz, Kurowski, Mills, 2003: 73).

En particular resulta relevante: (a) la cobertura de la red de APS; (b) la calidad del personal de APS; (c) el tiempo disponible del personal de APS para efectuar distintas tareas; (d) la disponibilidad de soporte de la APS (referencia) y supervisión. Para ser eficaz, la APS necesita contar con el apoyo del resto del sistema de salud, supervisión regular y una provisión de medicamentos asegurada.

La capacidad y disponibilidad de los recursos humanos es de suma importancia. Tradicionalmente, las actividades de corte curativo-asistencial ocupan la mayor parte del tiempo de estos trabajadores. Por otro lado, a los promotores de la salud y a los auxiliares de enfermería más orientados hacia las acciones colectivas puede faltarles el estatus y, consecuentemente, la influencia en comparación con los médicos especialistas. Y aun cuando los tengan, podrían no

asumir el compromiso necesario para asegurar la promoción activa del control de la enfermedad (Mills, 1983).

Por otro lado, los programas verticales, con su enfoque centrado en la atención de determinadas enfermedades y su sistema de provisión paralelo al existente, no necesariamente contribuyen a fortalecer la capacidad del sistema de salud. Pueden duplicar los esfuerzos existentes tanto como debilitarlos. Por ejemplo, distraendo el tiempo y la atención de los trabajadores de la salud respecto de sus actividades usuales (Oliveira-Cruz, Kurowski, Mills, 2003; Porter, Ogden, Pronyk, 1999). Además, mientras que los salarios de los trabajadores de la salud van detrás del costo de vida o se pagan con demora, las concesiones y otros recursos ofrecidos por programas verticales cobran gran relevancia y definen prioridades del personal y del sistema de salud.

Cualquiera que sea la aproximación, la necesidad de fortalecer el sistema de salud existente debe tenerse presente en el diseño de la política de CET. De otro modo, la sustentabilidad de las mejoras de la salud logradas se verá cuestionada, lo cual constituye una de las principales críticas a los programas verticales.

Costo-efectividad

En teoría, la cuestión de adoptar una aproximación vertical u horizontal para atacar determinado problema de salud puede plantearse en términos de qué aproximación es más efectiva en relación con el costo, dada la tecnología disponible. Los estudios de costo-efectividad para definir esta cuestión presentan un conjunto de dificultades (Cairncross, Peries, Cutts, 1997). En principio, unos objetivos acotados, actividades bien estructuradas en el tiempo, técnicas específicas definidas, personal especializado y supervisión frecuente favorecerían la efectividad de los programas verticales.

Sin embargo, debe tenerse presente que los programas verticales son más fáciles de evaluar. En efecto, es más sencillo demostrar una mejora de 20% en una enfermedad que una de 2% en diez frentes distintos. Adicionalmente, el éxito de una intervención depende del contexto. Por ejemplo, muchas dificultades con las que tropiezan los agentes sanitarios que actúan en asentamientos urbanos irregulares y precarios se deben a una supervisión y apoyo inadecuados de los centros de salud. Similarmente, un programa vertical sobre una APS bien organizada puede reforzarla y beneficiarse a la vez de ella; por el contrario, un programa vertical sobre una APS débil puede ser disruptivo respecto de las prioridades, debilitar la sustentabilidad y capacidad local, y fallar hasta en su propio objetivo.

La determinación del costo también presenta dificultades. Por un lado, los programas verticales son caros, a menos que utilicen la infraestructura existente. Cuando la intervención puede hacerse con la misma efectividad desde el sistema existente, el argumento a favor de los programas verticales es débil.

Las aproximaciones horizontales, en cambio, generarían economías de escala y de alcance al utilizar los recursos humanos y tecnológicos disponibles y la infraestructura existente. Sin embargo, se ha argumentado que muchas veces no se tiene en cuenta adecuadamente el costo de oportunidad de los recursos que se dedicarán a las nuevas actividades (Mills, 1983).

La comunidad internacional

Los programas verticales, al perseguir objetivos específicos sobre problemas de salud claramente delimitados, resultan altamente atractivos para los donantes (Cairncross, Peries, Cutts, 1997; Msuya, 2004; Mills, 1983; Oliveira-Cruz, Kurowski, Mills, 2003; Shiffman, Beer, Wu, 2002). El deseo de quienes financian intervenciones de salud de mostrar los resultados obtenidos gracias a la inversión, preferentemente con datos cuantitativos y en un corto período de tiempo, tiende a satisfacerse de la mano de un programa vertical en mayor medida que de una intervención integrada u horizontal.

El fuerte control técnico y económico de los programas verticales también ha atraído a los donantes. Se ha argumentado que problemas como la corrupción y posibles pérdidas de recursos son menores en las acciones verticales por su aislamiento de la maquinaria burocrática, y es mayor su exposición a los mecanismos de control de las agencias donantes y a sus auditorías.

Por otro lado, se ha argumentado que el proceso de definición de la agenda internacional de políticas no sigue necesariamente un patrón racional. Se ha señalado asimismo que el proceso de definición de la agenda de las enfermedades transmisibles sigue un particular modelo de equilibrio puntuado (*punctuated equilibrium model*), caracterizado por largos períodos de estabilidad durante los cuales se realizan intervenciones sobre una población seleccionada, matizado por estallidos de atención alrededor del mundo en períodos concentrados de tiempo (Shiffman, Beer, Wu, 2002).

Este modelo requiere la convergencia de tres elementos: (a) la aceptación de la enfermedad como una amenaza; (b) la percepción de que la intervención humana puede controlar la transmisión; y (c) la formación de una coalición internacional de lucha contra la enfermedad (típicamente, la OMS con el Gobierno

de los Estados Unidos durante la primera fase de la Guerra Fría; y la OMS con el Banco Mundial de 1985 a 1990).

Los factores (a) y (b) determinan la imagen de política (*policy image*): cómo se conceptualiza un problema y cómo se visualiza el conjunto de soluciones aplicables; mientras que (c) se refiere a las modalidades de organización y funcionamiento (*policy venue*) de quienes intervienen, es decir, la coalición de actores o instituciones que tienen poder de decisión sobre cada tema particular. El poder de decisión debe ser entendido básicamente como la posesión de recursos financieros para sostener intervenciones de política.

La percepción de determinada enfermedad transmisible como amenaza tiene sus matices, que pueden graficarse utilizando el caso de la tuberculosis. En efecto, las posibilidades tecnológicas disponibles desde mediados del siglo XX para el tratamiento eficaz de los casos positivos provocaron una disminución drástica de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis en los países desarrollados. La consecuencia de esta transición epidemiológica fue la desaparición paulatina de la enfermedad de las agendas de los principales centros de investigación de los países industrializados e incluso de los organismos internacionales (Shiffman, Beer, Wu, 2002; Obaro, Palmer, 2003).

Compromiso de la comunidad local

Se reconoce ampliamente la importancia de la participación y el compromiso de la comunidad en la resolución de sus problemas de salud en general y en lo que se refiere al CET en particular (OPS/OMS, 2000).

Al respecto se argumenta que las aproximaciones horizontales favorecerían la participación comunitaria. Entre las principales ventajas de una aproximación horizontal se señalan la adecuación de una aproximación holística o integral a los problemas de salud y sus numerosos determinantes; la adaptación al contexto y la sensibilidad hacia lo local, y un mayor aprovechamiento de los saberes de la propia comunidad (Porter, Ogden, Pronyk, 1999). Desde esta perspectiva, se argumenta que los programas verticales no promueven la autoconfianza de la comunidad ni toman en cuenta las variaciones entre países ni los contextos locales dentro de los países.

Por otro lado, se ha señalado la capacidad de movilización de los programas verticales, los cuales suelen incluir amplias campañas de difusión masiva que han favorecido la movilización y el compromiso de la comunidad (Oliveira-Cruz, Kurowski, Mills, 2003).

La experiencia internacional en el control de enfermedades transmisibles

Surgimiento de los programas verticales: el período del “llamamiento a las armas” (1946-1958)

Entre los años 1946 y 1958, que correspondieron al período denominado “llamamiento regional a las armas” contra las enfermedades transmisibles, el concepto de erradicación, una “nueva dimensión” de la salud pública, estaba echando raíces en toda la Región. Los adelantos científicos de la época se mencionan como los principales factores que impulsaron la persecución de este tipo extremo de objetivos (Barrett, Hoel, 2003). En el marco de la OPS, se clasificó a la viruela y la malaria como las dos enfermedades susceptibles de ser erradicadas (Mills, 1983; Oliveira-Cruz, Kurowski, Mills, 2003; Shiffman, Beer, Wu, 2002).

El modelo de política elegido para instrumentar la erradicación fue el de programas verticales (o modelo técnico), caracterizado por una concepción mecanicista de la organización, de inspiración taylorista (Blaauw et al., 2003). La organización de los programas proponía un comando central que instrumentaba el entrenamiento y la subordinación de los recursos humanos para aplicar procesos normalizados destinados a lograr objetivos (cuantificables), acotados a una afección o a un reducido grupo de enfermedades, en un plazo temporal corto o mediano. La autoridad central controlaba el financiamiento y monitoreaba el desempeño del trabajo de campo como medio para garantizar los resultados esperados.

La posibilidad tecnológica de obtener resultados de corto plazo y el fuerte impacto económico de estos contribuyeron en forma decisiva a la disponibilidad de asistencia financiera internacional. Sin embargo, un conjunto de contingencias, tales como la cobertura inadecuada de los servicios de salud y la debilidad de las instituciones existentes, dificultaban la aplicación de las tecnologías disponibles para alcanzar la meta del control. Consecuentemente, la asistencia externa promovió la organización de programas como entidades distintas o externas al entramado organizacional existente (Mills, 1983), que en los países en desarrollo era apenas incipiente.

La viruela fue la enfermedad transmisible más favorable al emprendimiento de una política vertical de erradicación. Los factores que contribuyeron a este diagnóstico fueron la inexistencia de portadores de largo plazo; la sencillez para detectar personas infectadas; el hecho de que los sobrevivientes son inmunes

de por vida y que solo las personas que muestran síntomas pueden transmitir la enfermedad. Desde el punto de vista económico, la erradicación constituía una meta eficiente por cuanto la vacunación era relativamente poco costosa (Barrett, Hoel, 2003).

Dadas estas condiciones, en 1949 el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó el Plan de Erradicación de la Viruela para los países de la Región, ratificado por la XII Conferencia Sanitaria Panamericana. El requisito tecnológico esencial para alcanzar esta meta fue la obtención de una vacuna antivariólica resistente liofilizada que pudiera producirse en escala comercial y utilizarse con éxito en el medio rural en los países de América Latina.

Un hecho decisivo que impulsó el Plan de Erradicación fue el éxito alcanzado por la Unión Soviética, que consiguió eliminar la viruela mediante una campaña de vacunación y revacunación masiva obligatoria, con una tasa de cobertura superior a 80% (Dubravcic Luksic, 2005).

La política de erradicación de la malaria, por otra parte, surgió como consecuencia del descubrimiento del DDT y la cloroquina (Mills, 1983; Barradas Barata, 1997), y se adoptó en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y la II Conferencia Asiática sobre la Malaria, ambas realizadas en 1954. El plan se basó en la eliminación del mosquito vector debajo de los niveles críticos de densidad, utilizando nuevas tecnologías: el rociado con DDT en las zonas endémicas y el uso de la cloroquina (Shiffman, Beer, Wu, 2002). La facilidad con que se aplicaba el tratamiento de la cloroquina, y su eficacia, permitieron que la distribución a gran escala pudieran realizarla personas con escaso o nulo adiestramiento (Barradas Barata, 1997). Simultáneamente, se produjeron los rociamientos intradomiciliarios con DDT de efecto residual.

La OMS adoptó formalmente esta estrategia en la Asamblea Anual de 1955 y propuso constituir una coalición internacional para financiarla. El principal miembro de esta coalición fue el gobierno de los Estados Unidos, que utilizó los fondos como un medio para modificar la imagen de política (*policy image*) de control a erradicación (Shiffman, Beer, Wu, 2002).

Éxito y fracaso de los programas verticales en el período del “derecho a la salud” (1958-1975)

El período 1958-1975, denominado del “derecho a la salud”, estuvo signado por dos hechos fundamentales. Por un lado, el éxito alcanzado en la erradicación de la viruela, y por otro, el fracaso en la erradicación de la malaria.

La viruela representa el caso de éxito de los programas de erradicación, y de los programas verticales en particular. En 1958, la Asamblea Mundial de la Salud revisó la situación de la erradicación de la viruela en el mundo, y en 1959 recomendó que los países donde esta enfermedad fuese endémica iniciaran programas especiales para tal propósito. Ante el éxito moderado de estas iniciativas, en 1966 la 19ª Asamblea Mundial de la Salud decidió que era necesario poner en práctica un programa intensificado, financiado por el presupuesto regular de la Organización, y solicitó asistencia adicional a los países y a las agencias bilaterales y multilaterales. El programa intensificado demandó la vacunación de al menos 80% de la población en un período de dos a tres años, a un costo estimado de U\$S 300 millones.

La viruela endémica fue eliminada de 20 países de África central y occidental en 1970, del Brasil en 1971 y de Indonesia al año siguiente. En 1972, la incidencia cayó rápidamente con aparición de casos en ocho países endémicos del África y el Sudeste Asiático. En 1975, el continente asiático estaba libre de la viruela endémica. La erradicación se alcanzó en Etiopía en 1976 y en Somalia en 1977, año del último caso de viruela natural. Finalmente, en mayo de 1980 la 31ª Asamblea Anual de la Salud declaró que la viruela había sido erradicada del planeta.

La erradicación de la viruela dejó numerosos legados, entre ellos el desarrollo de unidades de epidemiología en los ministerios de salud, la organización de la vigilancia epidemiológica, y la aplicación de programas de control en otras enfermedades transmisibles. En el ámbito mundial, la experiencia adquirida en el programa de erradicación de la viruela sentó las bases para la creación del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

No obstante, el panorama era distinto en el caso de la malaria. Hacia el inicio de la década de 1960 comenzaron a detectarse resistencias a las tecnologías conocidas, y ante el riesgo de generalización de la resistencia se diseñaron campañas de erradicación, un tipo particular de programa vertical destinado a cortar la transmisión del agente patógeno y la aparición de la enfermedad. Mills (1983) y Barradas Barata (1997) sintetizan la lógica de este instrumento de política, concebido como una rápida operación en fases:

1. En la fase preparatoria, que duraba aproximadamente un año, se aplicaban encuestas y se llevaban a cabo relevamientos para delimitar las zonas afectadas y planificar y organizar las medidas.

2. La segunda fase era el ataque propiamente dicho, destinado a interrumpir la transmisión. Su duración variaba de dos a tres años, y consistía en rociar con DDT todos los domicilios en zonas rurales, en ciclos periódicos.
3. La fase de consolidación comprendía actividades más limitadas cuyo objetivo era la prevención de la reemergencia. Se basaba en la búsqueda activa, el tratamiento radical de todos los casos sospechosos y la eliminación de focos de transmisión residuales.
4. Por último, la fase de mantenimiento se caracterizaba por la puesta en marcha del sistema de vigilancia epidemiológica con el fin de prevenir la reactivación de la transmisión.

La campaña como figura estratégica suponía una objetivación de los programas verticales. Los conceptos clave asociados a la campaña como estrategia constituyen una profundización de la noción de programas verticales: la estandarización de los procesos, necesariamente relacionada con un frondoso aparato normativo y técnico, y la planificación y financiación, fuertemente centralizadas, dejaban de ser “cosa de expertos” para transformarse en normativa para seguir rigurosamente en cualquier contexto. Convertían las decisiones en mecánicas. La estrategia se centraba en una premisa: la tecnología de erradicación estaba disponible y el éxito dependía de la aplicación meticulosa de los procedimientos establecidos. Esto llevó a concebir los programas como una operación militar conducida de igual manera en cualquier campo de batalla (Henderson, 1999). Se requerían pocos recursos humanos calificados, lo cual habilitaba la posibilidad de extender geográficamente la campaña contando con trabajadores voluntarios.

Sin embargo, la reemergencia se consolidó. Apareció asociada no solo a la resistencia a los insecticidas residuales, sino también al conocimiento epidemiológico inadecuado, la insuficiente capacidad administrativa y un sistema de salud débil. Una situación similar se vivió en el África (Mills, 1983) y en el Sudeste Asiático, agravada por el retiro de fondos del gobierno de los Estados Unidos (Shiffman, Beer, Wu, 2002).

El fracaso de la estrategia forzó a la OMS a cambiar en 1969 la imagen de política de *erradicación* por una política de *control*. La malaria pasó a considerarse un problema de carácter local de determinadas zonas y adquirió un nuevo estatus de amenaza en lugar de problema urgente. Las modalidades de control requerían acciones destinadas a frenar la importación desde zonas endémicas y

el movimiento inmigratorio (Barradas Barata, 1997). En consecuencia, la principal política consistió en la vigilancia epidemiológica de grupos y territorios de mayor vulnerabilidad. Esta conceptualización del problema sentó las bases de las acciones focales que caracterizaron las nuevas iniciativas contra la enfermedad en el decenio de 1990.

La malaria perdió así su lugar privilegiado en la agenda del período comprendido entre 1970 y 1980. Una consecuencia general de esta situación fue el desacuerdo con los programas verticales y el nacimiento de un enfoque horizontal o integrado, con base en la atención primaria de salud (Declaración de Alma-Ata, 1978).

Surgimiento de los programas horizontales: el Programa Ampliado de Inmunización y la Atención Primaria de Salud (1975-1985)

En mayo de 1974 la Organización Mundial de la Salud lanzó el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para poner los beneficios de la inmunización al alcance del mayor número de niños en los países en desarrollo. El PAI fue concebido a partir del éxito del programa para la erradicación de la viruela mediante inmunización, el éxito de las vacunas ya conocidas en países industrializados, las críticas hacia los programas verticales (estigmatizados en el caso de la malaria) y el incipiente surgimiento de la estrategia de atención primaria.

En 1977, cuando la OPS lanzó el PAI en los países americanos, las vacunas incluidas en el programa solo proporcionaban cobertura a 25%-30% de la Región. La necesidad sanitaria de ampliar drásticamente esta cobertura impedía pensar en medidas de largo plazo. Consecuentemente, el equilibrio que debía lograr el PAI consistía en ampliar la cobertura de inmunización (un tipo de plan que requiere una concepción organizativa más bien vertical para ser efectivo en el corto plazo) sin repetir los errores de los programas verticales que lo precedieron.

El programa se concentró en seis enfermedades y exigió la aplicación de cuatro vacunas diferentes: la vacuna contra el sarampión; la DPT, contra la difteria, la tos ferina y el tétanos; la BCG, contra la tuberculosis; y la VPO-Sabin, la vacuna oral contra la poliomielitis, que ya habían sido desarrolladas y utilizadas con éxito en los países industrializados.

El Consejo Directivo de la OPS estableció el Fondo Rotatorio del PAI, que comenzó a funcionar en 1979. El Fondo se constituyó con dinero procedente

del presupuesto de la OPS, con importantes donaciones de UNICEF y de los gobiernos de los Países Bajos y los Estados Unidos, entre otros. Para su funcionamiento, cada año los países presentan a la OPS una lista de sus necesidades trimestrales de vacunas. La OPS consolida las listas y llama a licitaciones a proveedores de vacunas, precisando las cantidades necesarias y las fechas y lugares de entrega requeridos.

Desde el punto de vista organizacional, el PAI logró establecerse como un programa de inmunización de rutina en el sistema de salud. Incorporaba de esta forma las lecciones aprendidas en cuanto a la sustentabilidad de las acciones y el rezago de la institucionalización de los servicios de salud atribuidos a los programas verticales (Msuya, 2004).

La principal ventaja de la inmunización respecto de otras actividades preventivas es que no requiere más que la intervención técnica propiamente dicha para ser efectiva. La disponibilidad de una tecnología reemplaza absolutamente la necesidad de cambiar las conductas de las personas o el medio ambiente (Mills, 1983). En tal sentido, el PAI hacía converger importantes ventajas de los programas verticales (la persecución de objetivos cuantificables sobre enfermedades definidas, mediante intervenciones técnicas efectivas) con la necesidad de fortalecer el sistema de salud.

El PAI ha sido clasificado como un programa de atención primaria de salud selectiva. Esta estrategia aparece como una respuesta a la dificultad de ejecutar programas amplios de APS en un contexto de escasos recursos, propio de los países en desarrollo (Oliveira-Cruz, Kurowski, Mills, 2003).

Otra característica distintiva del período comprendido entre 1975 y 1983 fue la consagración de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar la meta de Salud para Todos. Las premisas de la estrategia de atención primaria ponían el acento en las actividades intersectoriales, la participación de la comunidad y el uso de medicamentos esenciales. Se proclamó la necesidad de considerar en forma integrada y holística la aproximación a la salud en desmedro de las intervenciones técnicas, verticales (*top-down*) y “autoritarias” características de los programas verticales. El nuevo modelo de intervención adoptó en consecuencia un carácter horizontal, centrado en acciones preventivas y focales.

La principal diferencia organizativa entre el modelo vertical y el modelo horizontal de programas de control de enfermedades transmisibles radica en que estos últimos se instrumentan tomando como eje las instituciones regulares del

sistema de salud con la finalidad de garantizar la sustentabilidad, es decir, mantener en el tiempo los objetivos perseguidos (Mills, 1983; Cairncross, Peries, Cutts, 1997; Msuya, 2004; Oliveira-Cruz, Kurowski, Mills, 2003).

Las críticas al modelo vertical se concentraban en la fragmentación que producen sobre el sistema de salud. Se ha argumentado que los programas verticales distraen fondos y atención de los servicios regulares (Msuya, 2004). Una consecuencia intrínseca de estos programas es la baja institucionalización y la consiguiente disminución de la sustentabilidad. También se ha hecho notar la superposición de recursos que genera la omnipresente dificultad para coordinar burocracias. Por otra parte, los especialistas coinciden en sostener que los programas verticales no resisten un análisis de costo-efectividad.

Emergencia y reemergencia de las enfermedades transmisibles en el período de la “salud en desarrollo” (1985-1990)

La década de 1980 comenzó con una importante revisión de las aproximaciones verticales. En 1983, 400 expertos de 50 países asistieron a un simposio sobre poliomielitis llevado a cabo en Washington, D.C. Independientemente del diagnóstico general, que indicaba carencia de compromiso político, problemas logísticos y dificultades técnicas en la detección del virus, el encuentro constituyó una nueva etapa en el debate entre aproximaciones verticales y horizontales. Contrariamente al clima vigente en los años previos a la Conferencia de Alma-Ata, en el marco de un movimiento generalizado hacia programas integrados comenzaban a escucharse nuevas voces favorables a los programas verticales (Shiffman, Beer, Wu, 2002).

Otros factores epidemiológicos contribuyeron a la revisión de las estrategias acordadas en Alma-Ata. Entre ellos, merecen especial atención las enfermedades denominadas “emergentes”, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y las reemergentes, como el cólera, el dengue, la bartonellosis, el tifus y la malaria.

Desde mediados del decenio de 1980 se produjeron importantes esfuerzos conjuntos de varios organismos internacionales (*policy venue*) para recaudar fondos destinados a la erradicación de la poliomielitis (*policy image*). La formalización de la iniciativa se dio en el seno de la OPS en 1985, cuando se fijó como objetivo erradicar la poliomielitis de las Américas para 1995. Tres años

más tarde, en 1988, la OMS promovió la Iniciativa para la Erradicación de la Poliomielitis en 2000 (OMS, 1988).

La estrategia instrumentada fue, desde entonces, una novedad en el paquete de políticas verticales: la declaración del Día Nacional de Vacunación. Concebida como un “refuerzo” sobre la inmunización de rutina, promovida a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), esta jornada concentraba la vacunación de niños en cortos períodos de tiempo.

Entre los principales miembros de la coalición para la erradicación de la poliomielitis figuran UNICEF, el Rotary International y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID). Tanto el Banco Mundial como el BID participaron de la financiación de estas campañas. La participación activa de los bancos de desarrollo en el sector salud tiene que ver con una respuesta estratégica a las críticas recibidas por su falta de acciones sociales en la búsqueda del desarrollo.

En el marco de la vuelta a la democracia en gran parte de los países en desarrollo, esta nueva iniciativa vertical de los organismos internacionales halló un nuevo aliado en las intenciones electoralistas de los políticos. La alta visibilidad dada por las campañas publicitarias intensivas, favorecida por la expansión de los medios masivos de comunicación, derivaron en la inclusión de un objetivo no sanitario en los programas de salud: la obtención de un importante capital político en un corto plazo. La participación personal de los presidentes de Colombia, Ecuador, El Salvador y Zimbabwe en los Días Nacionales de Vacunación (Gloyd, Suárez Torres, Mercer, 2003), o de celebridades e incluso miembros de la realeza, fueron desde entonces fenómenos comunes asociados a estas campañas (Msuya, 2004).

Los resultados notificados de las jornadas nacionales de vacunación son contradictorios. En su estudio sobre los casos de El Salvador y el Ecuador, Gloyd y sus colaboradores sostienen que estas campañas tuvieron efectos negativos sobre la provisión de inmunización de rutina provista por los servicios regulares de salud, que el impacto sobre la cobertura de vacunación fue limitado, y que incluso podrían tener resultados contraproducentes en el largo plazo (Gloyd, Suárez Torres, Mercer, 2003). En el mismo sentido, Msuya sostiene que son esfuerzos de alto costo, que distraen recursos del sistema de salud y que no logran resolver el problema de las zonas rurales o conflictivas (Msuya, 2004).

Bonu y sus colaboradores han reforzado la hipótesis de que estas campañas distraen recursos del sistema de salud e incluso producen efectos negativos sobre

el funcionamiento del propio PAI (como en los casos de Côte d'Ivoire, Ghana, India y Nepal) (Bonu, Rani, Razum, 2004). Sobre este último punto mencionan la posibilidad de que las jornadas nacionales de vacunación incrementen los problemas de acceso y equidad que enfrenta el PAI en países del África subsahariana.

En el continente asiático, Bangladesh comenzó a implementar estas campañas en 1995 (Quaiyum et al., 1997). Sus características organizativas replicaban las experiencias previas en otros 60 países: financiamiento internacional, fuerte campaña mediática, movilización social y actividades desarrolladas a través de organizaciones no gubernamentales y voluntarios individuales. El objetivo continuaba siendo la complementación con el PAI, es decir, la aplicación de dos dosis adicionales de VPO a menores de 5 años. El estudio mencionado indica que las jornadas nacionales de vacunación son efectivas en términos de aumento en la cobertura de niños inmunizados y de compromiso político obtenido. El mismo estudio menciona también como relevante la capacidad de las jornadas nacionales de vacunación para lograr que la campaña tenga fuerte presencia en los medios, en particular la televisión. Se ha señalado asimismo el papel de la información como constreñimiento para la toma de decisiones relacionadas con la vacunación en los hogares. En el mismo sentido, aunque en relación con otra enfermedad transmisible, Jaramillo sostiene que la utilización de los medios masivos de comunicación para la realización de campañas educativas en materia de salud tiene un fuerte impacto en las acciones de detección, pero que ese efecto es de corto alcance (Jaramillo, 2001).

La política de control de las enfermedades transmisibles para las cuales no existen posibilidades de inmunización mantiene otras características organizativas. Los casos paradigmáticos están claramente representados por el VIH entre las enfermedades emergentes, y por la malaria entre las reemergentes.

El VIH/SIDA afecta aproximadamente a 42 millones de personas en todo el mundo, de las cuales 95% viven en los países en desarrollo. A pesar de no existir posibilidades de inmunización, a partir de la segunda mitad del decenio de 1990 se perfeccionaron los medicamentos antirretrovirales, que hicieron retroceder la morbilidad asociada al VIH y prolongaron los años de vida de las personas infectadas (Msuya, 2004). La provisión de estos medicamentos supone un gran desafío para los servicios de salud, dados los problemas de acceso relacionados con el costo de los fármacos y la complejidad del tratamiento, altamente dependiente del monitoreo por parte de personal médico calificado. Las actividades de vigilancia y detección de los casos positivos adquieren gran

relevancia por cuanto la detección tardía limita la acción de los antirretrovirales. Estos factores, sumados a la creciente resistencia del virus a los medicamentos conocidos, hacen equiparable la situación del control del VIH a la experiencia histórica del control de la malaria.

Por su envergadura y costo, y por la magnitud de los problemas de infraestructura y logísticos que debe afrontar, la experiencia de referencia en programas de provisión de fármacos antirretrovirales es la del Brasil (Msuya, 2004; Galvão, 2002).

Los años noventa: el CET en el contexto de la reforma (1990-2005)

Durante la década de 1990 el concepto de foco y el enfoque de riesgo caracterizaron el entendimiento del problema. El surgimiento de la microepidemiología hacia finales del decenio de 1980 y el énfasis en la atención primaria de salud relegaron la práctica de la salud pública de alcance poblacional en pro de prácticas orientadas a la protección del individuo.

El concepto de foco surgió ante la evidencia de que las enfermedades tenían manifestaciones heterogéneas en distintos contextos epidemiológicos, y se reforzó por la fuerza descentralizadora de la reforma de los servicios de salud (Barradas Barata, 1997). El enfoque de riesgo, nacido de la vigilancia epidemiológica de grupos y territorios de mayor vulnerabilidad, se consolidó en este contexto descentralizador.

Monetti expresa como conclusión del análisis de tres programas a los que el gobierno italiano aportó fondos a través de UNICEF (entre ellos, el PAI), que el logro de objetivos sanitarios solo puede alcanzarse a partir del fortalecimiento de la capacidad de la población para controlar su propia salud (Monetti, 1992). Ello requiere la descentralización efectiva de los servicios y una amplia participación comunitaria.

La Iniciativa de Bamako, firmada por los ministros de Salud del África en 1987, formalizó estas nuevas tecnologías de intervención. La Iniciativa no solo impulsaba la integración en el individuo de múltiples intervenciones en salud, tales como inmunizaciones, cuidados prenatales y posnatales, prevención y control de la malaria y la infección por el VIH, sino también la participación comunitaria en la planificación, el control e incluso la financiación de los servicios de salud. No obstante, Paganini sostiene que la Iniciativa debe interpretarse como una estrategia programática para implementar la atención primaria en el

contexto del ajuste estructural y no como una forma de transferir parte de la financiación de los servicios de salud de los gobiernos (y los organismos internacionales) a la población (Paganini, 2004).

Entre los autores que cuestionan en base a casos los efectos de la descentralización en el funcionamiento de los servicios de salud merecen especial atención Khaleghian, Das Gupta, Sarwal (2003), Khaleghian, Das Gupta (2004), Khaleghian (2004). Entre las principales críticas se indica que las reformas aplicaron los instrumentos sin diferenciar ni adaptar las particularidades de (a) los servicios curativos y (b) los servicios preventivos, ni (c) las funciones públicas esenciales. Se ha identificado que la descentralización en salud está muy vinculada con la incorporación de una lógica de mercado.⁵ En este sentido, si bien es coherente y viable incorporar mecanismos de financiación de los servicios curativos que favorezcan tanto la provisión privada como la descentralizada y autónoma brindada por los servicios públicos, no ocurre lo mismo con las acciones preventivas ni con funciones esenciales de salud pública como la regulación, la fiscalización y la vigilancia.

Estas “nuevas tecnologías” institucionales se trasladaron al control de la malaria cuando la OMS logró ratificar el compromiso internacional por la estrategia de control de esta enfermedad en una reunión de ministros de Salud en 1992. Este hito es además coincidente con una revisión de la política de financiamiento del Banco Mundial, luego de conocerse informes críticos sobre su papel respecto de la inversión en capital humano desde 1970. Estos dos actores constituyen un nuevo *policy venue*, y los responsables directos del rápido ascenso de la malaria en la agenda de mediados del decenio de 1990 (Shiffman, Beer, Wu, 2002).

Los lineamientos establecidos en la Conferencia Ministerial de 1992 indicaron que el manejo de la enfermedad (diagnóstico y tratamiento) debía recaer en los servicios públicos locales y que era responsabilidad de los gobiernos garantizar el acceso. La prevención movilizó su eje desde el control del medio ambiente hacia los individuos y sus conductas riesgosas. Finalmente, el control de epidemias continuó interpretándose como vigilancia epidemiológica (Barradas Barata, 1997). Estas acciones se formalizaron en la Iniciativa para Hacer Retroceder la Malaria, de 1998. La estrategia establecida en la iniciativa

⁵ Sobre esta tesis, véase el artículo de Federico Tobar: “Descentralización y reformas del sector salud en América Latina”, en este mismo libro.

responde al hecho de que los parásitos de la malaria seguían desarrollando resistencia a los medicamentos e insecticidas conocidos. La imposibilidad tecnológica para resolver el problema aparece fuertemente asociada al ascenso del protagonismo de los hogares como el objetivo de las políticas de control (Banco Mundial, 1993; Tanner, Vlassoff, 1998).

El caso del control de la malaria en Nicaragua también se presenta como opuesto a la visión optimista sobre los programas basados en la población (Garfield, 1999). La estrategia puesta en práctica durante la década de 1980, basada en la participación comunitaria, se consideró altamente exitosa. Los resultados epidemiológicos, sin embargo, indican que en el decenio de 1990 Nicaragua afrontó la mayor epidemia de malaria de su historia.

De los 35 países y territorios que son miembros de la OPS, 21 informan tener zonas con transmisión activa de malaria. Todos ellos (Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guayana Francesa, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela) han reorientando sus programas de control de acuerdo con los lineamientos de la Estrategia Mundial para el Control de la Malaria adoptada en Amsterdam en 1992.

Otras recomendaciones para el control de enfermedades transmisibles de características similares, tales como el dengue o el cólera, responden a esta línea. Entre ellas puede mencionarse el Plan Continental de Ampliación e Intensificación del Combate al *Aedes aegypti*, de septiembre de 1997 (Resolución CE 120.R19), donde se destaca el papel de la participación comunitaria y de la comunicación social como componente clave de los programas nacionales.

Una tesis aceptada sostiene que el éxito del control de las enfermedades transmisibles depende en gran medida de acciones de comunicación que permitan modelar conductas en la población orientadas a reducir los riesgos para la salud. Por otro lado, también se acepta que el éxito del control será función del compromiso y de los niveles de participación comunitaria alcanzados. Pero esto no resulta fácil de lograr debido a que la población tiende a considerar que las acciones de control son responsabilidad del Estado más que el resultado de acciones de la ciudadanía.

Desde esta perspectiva, incorporar el enfoque de riesgo supone promover cambios de comportamiento en la población susceptible. Sin embargo, en un contexto de descentralización y abandono de programas verticales, estas responsabilidades pasarían a ser tarea de los gobiernos locales. Entre otros objetivos

descentralizadores, se pretende que los gobiernos locales conozcan las condiciones de disponibilidad de agua potable, eliminación de desechos cloacales, existencia de aguas estancadas que puedan albergar larvas de vectores en los hogares de su jurisdicción y consigan la participación de las personas, las familias y la comunidad en el control del dengue, la malaria, la enfermedad de Chagas y otras enfermedades transmitidas por insectos.

En el caso del dengue, el escaso éxito de estas estrategias se ha explicado oficialmente por la mala aplicación de las intervenciones promovidas. Así, el Informe Técnico de la Reunión de Ministros de los Países Andinos y Cuba para la Prevención y Control del Dengue (OPS, 2000) señala que los obstáculos para el control de esta enfermedad siguen presentes porque la participación comunitaria en la prevención y control de la enfermedad se limita a las demandas oficiales, y nunca se logra que la propia comunidad y los gobiernos locales, ahora política y administrativamente responsables de los programas, estén plenamente habilitados para hacerlo.

El informe indica asimismo que las estrategias de cambios de comportamiento individual y comunitario son débiles o aún no han sido incorporadas en los programas; el suministro de agua y el manejo de residuos son muy limitados en las zonas de alto riesgo; la sustentabilidad y continuidad de las actividades de control están constantemente comprometidas por otras demandas de salud; la capacidad de coordinación intersectorial es escasa, y la investigación sobre estrategias individuales o comunitarias ha sido insuficiente. El informe concluye que los programas no deben enfocar sus acciones exclusivamente en el conocimiento de la enfermedad o su control sino también en el comportamiento de la comunidad, la reducción de las fuentes (criaderos) y la disponibilidad de atención médica.

Entre las experiencias positivas de creación de condiciones para una participación social plena de la comunidad notificadas figura el trabajo llevado a cabo en Santiago del Estero, Argentina, por Elsa Segura, quien sostiene que la horizontalización de las acciones de rociado de viviendas con insecticidas realizadas por los propios pobladores rurales mejoró los indicadores epidemiológicos (Segura, 2005).

En materia de inmunización (un tipo particular de intervención que involucra a un bien público), se ha documentado como impacto negativo el decrecimiento de las tasas de cobertura, con la consecuente reemergencia (incidencia) de enfermedades transmisibles. Khaleghian sostiene que la participación

comunitaria, particularmente en lo referido a la asignación de recursos, tuvo fuerte impacto negativo sobre los programas de inmunización (Khaleghian, Das Gupta, Sarwal, 2003). Las causas de esta reasignación tienen que ver con la tangibilidad del beneficio de la inmunización en relación con otros bienes, en particular los servicios curativos, que también son provistos localmente. En ausencia de otros incentivos o de mecanismos de premios y castigos que operen a través del control centralizado de la financiación, las autoridades políticas locales responden a estas preferencias de la comunidad y descuidan así los programas de inmunización.

Khaleghian señala con ejemplos los aspectos negativos de los contenidos expresados en la Iniciativa de Bamako y en las recomendaciones de reforma que caracterizaron a los años noventa: en Uganda los gobiernos locales emplearon menos recursos en bienes públicos luego de la descentralización, con el consecuente descuido de servicios esenciales de salud tales como la inmunización. En Filipinas, la descentralización cambió el balance de los gastos en servicios de salud de los preventivos hacia los curativos.

En otro relevamiento se identificaron diferentes obstáculos a la efectividad de las acciones descentralizadas de control de las enfermedades transmisibles (Godoy Garraza, Monsalvo, 2004). Los autores señalaron que en Nicaragua las autoridades locales ignoraron las directivas centrales para asignar 46% de sus gastos en salud a la atención primaria, y en cambio privilegiaron el segundo nivel de atención para la asignación de recursos. Entre otras consecuencias, la cobertura de inmunización cayó en torno a un 50% en tres años. Se registraron fenómenos similares en Colombia, Tanzania y Uganda.

En el relevamiento antes citado se considera que en China la competencia entre niveles provocó un descenso en materia de colaboración en cuanto a información (*information-sharing*) y asistencia técnica entre agencias de salud públicas de nivel central, distrital y provincial. Esta competencia tuvo consecuencias negativas para la vigilancia de enfermedades y las oportunidades de entrenamiento del personal de nivel inferior. El principal hallazgo fue la caída en la provisión de servicios y programas preventivos, tales como de inmunizaciones y control de vectores, monitoreo y educación.

Entre las hipótesis que procuran explicar tales dificultades se ha postulado que: “la descentralización de la asignación de recursos para servicios tales como el cuidado de la salud puede llevar a una reducción del bienestar social” (Godoy Garraza, Monsalvo, 2004). La estrategia para resolver el dilema que

plantea la descentralización (necesidad de adaptación a contextos locales altamente heterogéneos frente a “malas ideas” de la comunidad respecto de servicios invisibles como la inmunización) ha sido mantener centralizada la gestión de la salud pero estableciendo oficinas locales.

Los mecanismos de mercado y mercado simulado, que incluyen por ejemplo la firma de contratos (compromisos de gestión) entre distintos niveles de gobierno, requieren suficiente capacidad de gestión y disponibilidad de información en el nivel inferior, además de metas que puedan medirse (inmunización). Pero algunas acciones (vigilancia, prevención) son de medición compleja y costosa. En este sentido, el esquema de incentivos propuesto por estos modelos falla. Teóricamente, los incentivos están pensados para individuos, no para personal ni para agencias intergubernamentales que actúen en conjunto (Khaleghian, Das Gupta, Sarwal, 2003). El mismo autor menciona que en muchos países la descentralización ha transferido a élites locales oportunidades de corrupción, dado que no existen mecanismos institucionales adecuados de control y contrapeso (expreso rendimiento de cuentas y de lo actuado [*accountability*]).

Por otra parte, un importante esfuerzo reciente de revisión de estudios de caso que compara los resultados obtenidos por programas integrados y por programas verticales (Briggs, Capdegelle, Garner, 2005) señala que no pueden obtenerse resultados concluyentes.

Referencias bibliográficas

- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Barradas Barata R (1997). Organización tecnológica del control de la malaria en São Paulo, Brasil, de 1930 a 1990. *Revista Panamericana de Salud Pública* 1(5):335-346.
- Barrett S, Hoel M (2003). Optimal disease eradication. Disease Control Priorities Project Working Paper No. 22.
- Blaauw D, Gilson L, Penn-Kekana L, Schneider H (2003). Organisational relationships and the “software” of health sector reform. Centre for Health Policy. School of Public Health. University of Witwatersrand, South Africa.
- Bonu S, Rani M, Razum O (2004). Global public health mandates in a diverse world: the polio eradication initiative and the expanded programme on immunization in sub-Saharan Africa and South Asia. *Health Policy* 70(3):327-345.

- Briggs CJ, Capdegelle P, Garner P (2005). Estrategias para la integración de los servicios de atención primaria en países de medianos y bajos ingresos: efectos sobre la práctica, los costos y los resultados en los pacientes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 No. 2. Oxford (<http://www.update-software.com>).
- Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE (2005). WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 365:1147–1152.
- Cairncross S, Peries H, Cutts F (1997). Vertical health programmes. *Lancet* 349 (Suppl. 111):20–22.
- Dubravcic Luksic A (2005). La viruela, historia de la vacuna. Disponible en línea en www.revistamedica.8m.com. Consultado el 15/05/2005.
- Galvão J (2002). Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet* 360:1862–1965.
- Garfield R (1999). Malaria control in Nicaragua: social and political influences on disease transmission and control activities. *Lancet* 354:414–418.
- Gloyd S, Suárez Torres J, Mercer MA (2003). Immunization campaigns and political agendas: retrospective from Ecuador and El Salvador. *International Journal of Health Services* 33(1): 113–128.
- Henderson DA (1998). The siren song of eradication. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 32(6):580–584.
- Jaramillo E (2001). The impact of media-based health education on tuberculosis diagnosis in Cali, Colombia. *Health Policy and Planning* 16(1):68–73.
- Khaleghian P, Das Gupta M (2004). Public management and the essential public health functions. World Bank Policy Research Working Paper 3220.
- Khaleghian P (2004). Decentralization and public services: the case of immunization. *Social Science and Medicine* 59(2004):163–183.
- Khaleghian P, Das Gupta M, Sarwal R (2003). Governance of communicable disease control service: A case study and lesson from India. World Bank Policy Research Working Paper 3100.
- Mills A (1983). Vertical vs. horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science and Medicine* 17(24):1971–1981.
- Monetti F. (1992). Community-based information systems; PLA Notes CD-Rom 1988–2001.
- Msuya J (2004). Horizontal and vertical delivery of health services: what are the trade-offs? Washington, D.C.: The World Bank.

- Musgrave R, Musgrave P (1992). *Hacienda pública, teórica y aplicada*. Madrid: McGraw-Hill. 5ª. ed.
- Obaro S, Palmer A (2003). Vaccines for children: policies, politics and poverty. *Vaccine* 21(13-14):1423-1431.
- Oliveira-Cruz V, Kurowski C, Mills A (2003). Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development* 15:67-86.
- Organización Mundial de la Salud (1988). Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000. Ginebra. Resolución WHA41.28 de la Asamblea Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2000). 126ª Sesión del Comité Ejecutivo: funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C., 26 al 30 de junio de 2000. Washington, D.C.: OPS/OMS. [CE126/17(esp)].
- Paganini A (2004). The Bamako Initiative was not about money. *Health Policy and Development* 2(1):11-13.
- Porter J, Ogden J, Pronyk P (1999). Infectious disease policy: towards the production of health. *Health Policy and Planning* 14(4):322-328.
- Quaiyum A, Tuñón C, Hel Baqui A, Quayyum Z, Khayun J (1997). Impact of national immunization days on polio-related knowledge and practice of urban women in Bangladesh. *Health Policy and Planning* 12(4):363-371.
- Segura E (2005). Redes sociales para la vigilancia de la transmisión del *Trypanosoma cruzi* (Chagas). Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS)—Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Argentina.
- Shiffman J, Beer T, Wu Y (2002). The emergence of global disease control priorities. *Health Policy and Planning* 17(3):225-234.
- Smith R, Woodward D, Acharya A, Beaglehole R, Drager N. (2004). Communicable disease control: a “global public good” perspective. *Health Policy and Planning* 19(5):271-279.
- Tanner M, Vlassoff C (1998). Treatment-seeking behavior for malaria: a typology based on endemicity and gender. *Social Science and Medicine* 46(4-5):523-532.
- Vaughan JP, Morrow, RH (eds.) (1989). *Manual of epidemiology for district health management*. Geneva: WHO.
- Woodward D, Smith RD (2003). Global public goods and health: concepts and issues. In: Smith R. et al. (eds.). *Global public goods for health. Health economic and public health perspectives*. Oxford University Press.



Sistemas de salud y descentralización

Health systems and communicable diseases – How to reduce burden and inequity under decentralization?

Erik Blas¹

Introduction

The international development agenda for health did not discuss decentralization in any major way before the late 1980s, however, discussions intensified in 1990s as part of the New Public Management move. Primary Health Care took its starting point in the communities and the rights of the people themselves to decide what kind of care they required and in the second half of the 1980s, the World Health Organization found that the time had come to concentrate on building district health infrastructures and started talking, in a modest way, decentralization. The then Director General of the Organization stated, while claiming that people do not think in sectors: “Decentralization of this nature in no way implies a give-away of resources; it implies delegating responsibility and authority under the monitoring and control of the national health policy” (Mahler, 1986). The thinking was what BC Smith terms bureaucratic decentralization or *deconcentration*, which means that within an organization, certain functions are delegated while the centre, in this case the Ministry of Health, remains in overall control (Smith, 1985). However, already earlier outside of the health sector discussions about more radical political decentralization or *devolution* had taken hold as result of the economic crisis and liberal movement of the 1970s and 1980s.

The aim was to roll-back the state and to improve efficiency through introduction of markets, e.g., competition, privatization, outsourcing, service and performance contracts, mobilization of resources directly or indirectly from the users rather than from general taxation, etc. In the United Kingdom, the country with the most far reaching public management reform, the formerly unified public service organization had, by the mid-1990s broken into a series of

¹ TDR Programme Manager; Programme Planning and Management; Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.

about 130 free-standing agencies and the citizens increasingly identified themselves as customers of government services rather than recipients (Minogue, 2000). However, during the 1990s there were growing concerns that at the level of service provision, the reforms reduced accountability, control, responsiveness, transparency and participation and that at the level of government systems, institutions of accountability were weak or non-existent (Minogue, Policano, Hulme, 2000).

Increasingly demands for good governance and democratization came to the forefront and were the focus of a number of World Bank and UNDP Reports in the 1990s (UNDP, 1995; World Bank, 1994; World Bank, 1997; World Bank, 1992). The bilateral donors, lead by the UK Department for International Development (DfID) started defining political components of good governance and translating these into conditionalities for their aid. Democratic control was sought and achieved through increased openness, consultation, charters, etc. The citizen was viewed as a customer and satisfaction surveys and the role of choice were important components in holding service providers accountable. The role of regulation and audit changed from a primary concern with probity and professionalism to one concerned with efficiency, cost-benefit, and value for money and the government became a 'steerer' and 'enabler' of an increasingly wider range of actors responsible for service provision. Some started using the phrase 'the regulatory state' (Minogue, 2000).

In 1987 a World Bank policy study had been published proposing an agenda for a health financing reform in developing countries (Akin, Birdsall, De Ferranti, 1987). The study became influential for the design of the subsequent health sector reforms and identified the three main problems in developing countries as: insufficient spending on cost-effective health activities; internal inefficiency of public programmes; and inequity in the distribution of benefits from health services, while investment in expensive modern technologies to serve a few continued to grow, simple low-cost interventions for the masses were under-funded. The authors proposed an agenda with four policy reform elements.

- *Charge users of government health facilities, especially for drugs and curative services.* It was suggested that this would free resources equivalent of some 60% of government expenditures, which then could be reallocated for basic preventive programmes and first level care for the poor.

- *Provide insurance or other risk coverage.* Realizing that hospital charges could not be raised close to costs, the proposal included encouraging well-designed health insurance programmes to help mobilize resources for the health sector while simultaneously protecting households from catastrophic health care costs.
- *Use non-government resources effectively.* Encourage the nongovernmental sector to provide health services for which consumers were willing to pay. In the longer term, the role of the government should focus on providing oversight, guidance, and developing the required legal frameworks.
- *Decentralize government health services,* particularly the services offering private benefits for which the users were to be charged. It was recommended to use the market incentives to better motivate staff and allocate resources. This element was judged to be less likely to make sense for tax-supported public goods, such as immunization and control of vector-borne diseases. However, it was suggested that these could be contracted out to local governments.

The decentralization element came with the warning that it was less tried and likely not going to be easy, especially where administrative systems were weak and the quality of staff in remote areas was poor.

In 1993, the study was followed by The World Development Report: Investing in Health (World Bank, 1993) which was in the liberal tradition of the preceding World Development Reports. This meant that the market was given a great role. However, government role would be necessary and should, according to the report be guided by three rationales. First, whether a service was a *public goods*, i.e., one person's consumption did not leave less available for others, e.g., health information, or services with large *externalities*, i.e., where consumption by one individual benefited others, e.g., immunization, treatment of TB and sexually transmitted infections. Second, *poverty reduction*, e.g. through provision of cost-effective health services to the poor. Third, to compensate for problems generated by uncertainties and insurance market failure. The Report was not particularly concerned with equity. Although the term 'inequity' was used, it was used interchangeably with 'poverty reduction' and the concern was not fairness or justice. The focus was on efficiency and effectiveness of investments in health with the goal of achieving economic growth. The call for investing public resources in health of the poor was based on a utilitarian argument:

“The economic gains are relatively greater for poor people, who are typically most handicapped by ill health and who stand to gain the most from the development of underutilized natural resources”.

By the mid-1990s there were growing disenchantments, especially in Europe, that market-like conditions might sharpen inequalities in health finance and access, undermining national commitments to solidarity (Harrison, 2004). While acknowledging the need for efficiency gains and cost control, the debate started to shift towards concerns about quality of care and improving the health and wellbeing of entire populations and communities, something that did not seem amenable to market solutions or could even be aggravated by competition among providers. However, despite the pullback from competitive reform, decision makers did not lose enthusiasm for other types of business-like reform, nor did they revert to planning and tight governmental control over the health system. The architects of the new programmes, along with many others are now struggling to find ways to combine regulatory and market forces, and to coordinate and integrate the increasingly complex set of organizations and actors responsible for health care funding and provision.

The challenges are particularly great in developing countries and other countries with weak administrative and political structures. Further, with respect to control of communicable diseases emphasis has long been to try to maintain vertical programme structures and few new approaches have been developed and tested compatible with a mode of decentralized health systems. This chapter will bring together and discuss lessons learnt from a series of TDR supported research and propose some possible ways forward.

Communicable diseases control

Communicable diseases are the cause of 29.9% of the global burden of disease. However, this percentage varies greatly across the WHO regions, from only 5.8% in the European region to 61.7% in the African region (WHO, 2004). Even within regions, there are variations. For the 2.4 billion people living in areas with high child mortality, 44.2% of the burden of disease is caused by communicable diseases. While for the 3.8 billion living in areas with low child mortality, only 10.4% of the burden is caused by these diseases (see table 1). Communicable diseases are heavily concentrated among the poor. Death and disability from communicable diseases among the poor is responsible for nearly 80% of the total poor-rich gap in health status (Gwatkin, Guillot, 2000).

Table 1. Burden of disease (BoD) in DALYs by communicable diseases in relation to total BoD and by mortality strata. Analysis of data from WHO, 2004

Mortality strata	Population (000)	DALYs (000)		
		Total	Communicable diseases	Communicable diseases %
High Child - High Adult	2,037,977	656,660	250,641	38.2%
High Child - Very High Adult	360,965	200,961	128,102	63.7%
High Child Mortality	2,398,942	857,621	378,743	44.2%
Low Child - High Adult	239,717	60,900	3,635	6.0%
Very Low Child - Very Low Adult	904,303	114,977	3,865	3.4%
Low Child - Low Adult	2,670,905	454,318	58,321	12.8%
Low or very low child mortality	3,814,925	630,195	65,821	10.4%
Total	6,213,867	1,487,816	444,564	29.9%

In addition to being disproportionally affecting poor populations, some communicable diseases, in particular the cluster of tropical diseases, i.e., African trypanosomiasis, Chagas disease, schistosomiasis, leishmaniasis, lymphatic filariasis and onchocerciasis, are concentrated in certain geographical areas. Controlling communicable diseases means addressing health problems of disadvantaged or doubly disadvantaged populations - something which poses specific challenges to decentralized health systems with burden of disease inversely proportional to the resources at hand.

Control of communicable diseases has four major types of interventions: *primary prevention* to prevent infection, including vector control or control of the vector habitat, personal protection, behaviour change, and vaccination; *secondary prevention* to interrupt transmission, i.e., remove infection from the population, active case finding and treatment, and quarantining; *treatment* to cure and provide care for individuals suffering from disease regardless of whether the person is infectious; and *rehabilitation* to make an individual who suffers or have suffered from disease function better. However, while the types of interventions largely have remained the same, the organization of these interventions have varied greatly over time.

In the 1950s scientific advances gave hope that diseases could be overcome if modern health care and technology was made available to all people. Building on the successful control of yellow fever, specific campaigns were launched to address small pox, malaria, polio and tuberculosis as well as, e.g., mobile teams

enforcing compulsory detection and treatment for African trypanosomiasis (van Balen, 2004). During the 1960s and early 1970s there was mounting evidence from countries such as Tanzania, Sri Lanka, the Philippines, China, and others that easy and early access to health care facilities over which the individual communities have significant influence made a great difference in health outcomes. This evidence formed the basis for the 1978 Alma Ata Declaration on Primary Health Care - a comprehensive and integrated approach to dealing with the health needs of whole communities.

While the WHO and its member states were gearing up to implement the Declaration, the World economic crisis of the 1970s had shifted the dominating societal perspectives from communitarian and egalitarian to libertarian and utilitarian, included emphasizing cost-effectiveness (Blas, 2005). An article in 1979, based on World Bank data proposing selective primary health care as an interim strategy, suggested to concentrate on major diseases with the most cost-effective control interventions (Walsh, Warren, 1979). This triggered a proliferation and succession of dedicated control programme, which dominated the control thinking of the 1980s and effectively put a hold to implementing the comprehensive PHC strategy. Based on the push for New Public Management, the 1987 World Bank study and the World Development Report 1993, mentioned above, the pendulum swung back during the 1990s towards a more comprehensive sectoral approach, attempting to integrate the control of communicable diseases into the mainstream of health systems. Lead by some donors, it was further suggested for donors and governments to pool their resources through what was called sector-wide approaches for health development in order to maximize the benefits of full coordination of inputs to the health sector with policies and strategies (Cassels, 1997).

There seemed, in these efforts, to have been conflicts between the equity and the efficiency agendas, freedom of choice (market), public health and responsibility for those who have no freedom of choice because they cannot afford or otherwise access services, and between egalitarian, utilitarian and libertarian view points. However, the overall trend was towards utilitarian based rationales, i.e., seeing health and control of disease as means for economic growth. There was further some discontent with the public part of the health sector and any sector for that matter at national and international levels. There was also a mounting impatience as the changes initiated did not deliver the expected results as rapidly as wished. Some ascribe this impatience partly to the growing populism increasingly characterizing the politics of the 1990s (Frank,

2000). As a result, the decade ended, despite the declared intensions of the reform approaches, possibly more fragmented than it had started.

The period around the turn of the millennium saw the launch of several initiatives fuelled by the thinking behind the Report of the Macroeconomics Commission (Commission on Macroeconomics and Health, 2001) to *scale up* fights against selected diseases, including: Roll Back Malaria, StopTB, Massive Effort, the Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria, 3by5, and several others. In many ways this is similar to what happened with the PHC - when it went selective. Most of these initiatives claim that they are in support of strengthening the health systems, while they in fact may be threats to these systems (Hutton, Tanner, 2004).

Looking back on the above it is evident that communicable diseases continue to cause a major share of the world's burden of disease, in particular in poor populations. It is also evident that there has, over a relatively short period of time, been fundamental shifts - back and forth - in the way that control of communicable diseases has been viewed. The speed of these changes are particularly important with respect to decentralized levels of health systems, which, due to inertia and momentum can easily get out of synchrony with the centre. Further, the utilitarian perspectives underlying the health sector reforms of the 1990s, the selective PHC as well as the current scale-up approaches have left a number of communicable diseases as 'neglected'. This includes notably the cluster of tropical diseases.

Analytical framework

The objectives of communicable disease control can be stated as two-fold, i.e., to reduce the level of the burden of disease and to reduce the inequity in how the burden is distributed across populations.

Reducing the level of the burden of disease is a utilitarian perspective with the reduction in burden seen as a means to increase the overall happiness and, e.g., economic growth in the society. Success would be measured in absolute numbers or averages at national or global levels. The approaches derived from this objective would primarily be concerned with threats posed to the general population and would target major diseases which have known effective tools. It would tend to invest control resources where most value for the money can be achieved. Cost, cost-effectiveness and opportunity costs are major concerns.

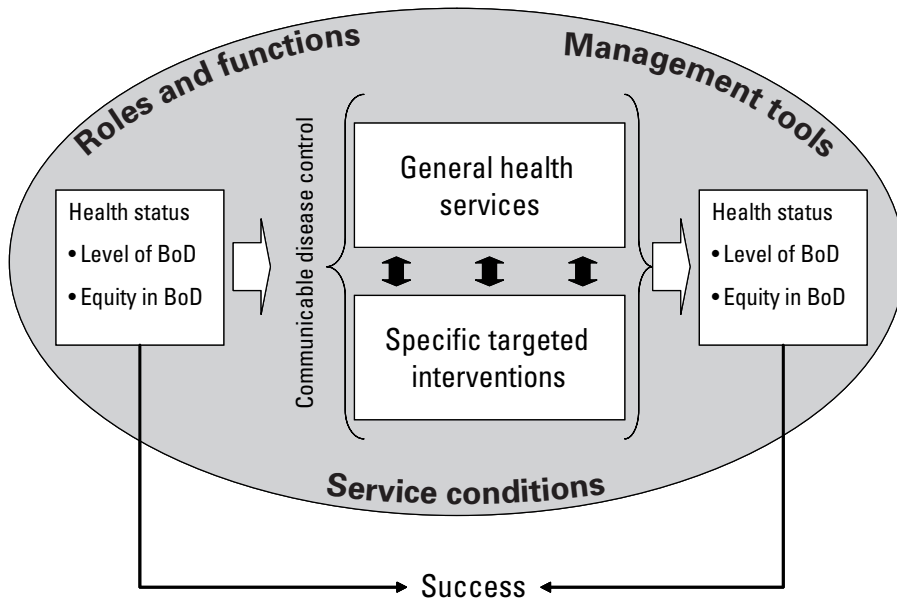
Reducing the inequity in the distribution of the burden of disease is based in egalitarian values, i.e., the positive rights of individuals. The action to reduce inequity is seen as a value in itself, i.e., not a means to achieve something else. Success would be measured in variance in health status within countries and populations. The main concerns would be neglected and marginalised populations and localized diseases or diseases disproportionately affecting certain population groups. Costs, cost-effectiveness and opportunity costs are not major concerns, as focus is on the distribution. The argument is that any society can afford to be more equitable - it is a question of how the available resources are distributed.

It is clear that there is a potential conflict between the two objectives and, that this conflict is not technical but values based. Both objectives cannot be maximize at the same time and reaching an optimal compromise will depend on a political negotiation.

The rationale for decentralizing health services and programmes can be to improve the efficiency and the responsiveness to local needs. Decisions to decentralize: deconcentrate, outsource or privatize is often based on the view that smaller units and commercially oriented entities can have more efficient decision-making and control mechanisms and can be tailored to the specific needs and demands of a given area. The decision to decentralize might, however, also be taken outside of the health sector and in the case of political decentralization - devolution, be a given to which the health systems just have to adapt.

Chart 1 proposes a framework for analysing control of communicable diseases under decentralization. The success criteria is suggested to be measured in terms of status of population health attainment of the two objectives related to the level of and the equity in distribution of the burden of disease. Communicable disease control can be undertaken in any combination of general health services and specific targeted interventions or dedicated programmes.

Decentralization is viewed as a context for control and within this context three distinct areas will be discussed, i.e., roles and functions, management tools, and service conditions, with respect to potential contribution to the attainment of the twin objectives. The *roles and functions* of the key actors will include those of lay-partners, health professionals, and the Ministry of Health. The area of *management tools* will cover information and administrative systems. Finally, the *service conditions* will address financing and financing mechanisms and organization of service. The discussion will primarily be based on a series of studies on health sector reform supported by TDR and published within the past few years.

Chart 1. Framework for analysing communicable disease control and decentralization

Discussion

Roles and functions

Lay-partners

Decentralization, other than deconcentration, normally involves devolution of authority to independent political or governance bodies, consisting of members without health background or any particular knowledge on, e.g., communicable disease control. In addition, they may have agendas and criteria for setting priorities different from those of communicable disease control.

In Tanzania (Mubyazi et al., 2004), some limited participation of the communities in the priority-setting and change processes through various committees was found. However, the potential to address the needs of the concerned populations appeared not to be released. Poor education made the representatives focus on immediate and tangible problems, needs, and solutions, e.g., epidemics, overcrowding or absence of health facilities, and the lack of drugs and staff, rather than on the longer term issues, such as disease prevention, the

environment, individual and collective behaviours and practices, etc. It was further questionable who the committee members represented - themselves, their peers - or the community at large. Poor communication and frequent mistrust existed between health professionals and elected community leaders. The hierarchy of committees was mostly used to pass-down decisions from the district level for implementation and the lower levels of community organization, e.g., village committees and village government had no authority over resources, no formal role in overseeing service provision, or in taking decisions. As a result, the districts plans reflected the national priorities and those of the district management rather than the needs of the community. Similar observations were made in the Philippines (Espino, Beltrán, Carisma, 2004), where the reform process had started earlier. Despite the idea of involving the political sector, i.e., the *Barangay* Captains, local health boards and local government, guidelines for how to involve them had never been provided, resulting in only minimal involvement in malaria control.

Common to both Tanzania and the Philippines was that the community committees or boards had limited, if any, control over resources, be it financial or human. This is in contrast to the case of Zambia (Blas, Limbambala, 2001b). Here, reportedly the community based health centre committees felt empowered by the reform and this had a direct impact on service quality and immunization coverage. The above finding are also confirmed in an article comparing decentralization in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines, suggesting that while formal structures for popular participation existed in the latter three, it was only Zambia that experienced a participation that led to some improvement in quality of services (Bossert, Beauvais, 2002).

Also in Zambia, through the establishment of health boards, the decentralization triggered a political process that went out of control, as the reformers were neither prepared for nor equipped to handle the interfaces with national and local politics. The boards became political actors of their own and provided opposition politicians with platforms to launch broader attacks on the central government. Further, there were no advocates for underserved populations and none were mobilized by the reformers (Blas, Limbambala, 2001a).

In order to be successful in communicable disease control in devolved health systems, the lay-authorities must be taken serious. This includes that they should be given appropriate control of resources together with education and information. Reformers and disease control professionals must learn to work the politics. Timing of events as well as balancing the interests, especially

ensuring that the needs of the disadvantaged are voiced. The latter often can necessitate engaging with and supporting public health activism.

Health professionals - public sector

Decentralization in several countries have also meant a responsibility to generate financial resources at the health facility level in the public sector. This has resulted in greater emphasis on demand and has sometimes been linked to economic incentives to staff. In most cases, this was found to have had a number of undesirable effects on provider behaviours in relation to disease control. User-fees and service charges at facilities and bonuses at the individual staff and facility level are incentives to provide more of the output that produces the income. Rational behaviour would mean shifting, whenever possible, attention from those activities which are not rewarded to those that were.

In Colombia (Arbeláez et al., 2004), the public services, including those for TB control were found to have been transformed into 'state enterprises', i.e., doing what was economically profitable. Likewise in China within schistosomiasis and TB control (Bian et al., 2004; Zhan et al., 2004), emphasis among staff and health facilities was to provide 'sellable' items, notably, drugs and tests, rather than prevention or items that could not be charged because they were free to the patient. While the approach had been successful in increasing resources for facilities and income for staff as well as ensuring the availability of the 'sold' services, it was found to have had an adverse measurable effect on TB case finding, contact tracing, observed treatment, and follow up of the individual patient. In schistosomiasis control it had meant a shift away from primary and secondary prevention towards predominantly providing individual treatment and care.

Low morale and frustration among staff can lead to the development of various 'survival strategies', frequently resulted in a compromise in the professional standards and objectives (Zhan et al., 2004). Understaffing, poor facilities and overly bureaucratic procedures complicate life for staff and pose barriers of access for patients in Laos (Paphassarang et al., 2002). Further, salary levels below a reasonable standard of living for staff or below that in comparable occupations can be neither encouraging nor motivating. Similar observations have been made in the Philippines and Uganda (Espino, Beltrán, Carisma 2004; Kajula et al., 2004; Kivumbi, Kintu, 2002; Kivumbi, Nangendo, Ndyabahika, 2004). Each of these factors can, by themselves, explain the development

of institutional and personal 'survival strategies'. The survival or revenue maximization strategies manifest themselves in several ways, all of them having in common that the patients have to pay more than necessary. Both the individual patient and the public health interests are pushed aside in order to generate more income to the health facility and its staff.

Over-prescribing, over-treating, and over-testing have been reported in abundance from China in Schistosomiasis and TB control and in Nigeria for malaria in the Bamako Initiative Health Centres (Bian et al., 2004; Meng et al., 2004b; Uzochukwu, Onwujekwe, Eriksson, 2004; Zhan et al., 2004). The providers were found to swiftly adapting to the incentives provided and focused on services which generated financial benefits. This often meant reducing availability of non-chargeable services, over-providing the chargeable ones, or diverting resources in order to provide staff bonuses and/or generate income to the facility.

Fees for service certainly contribute to the barriers in access to service faced by poor people. However, fee-exemption for the poor, without proper compensation, comes at the expense of the health facility and the providers therefore have no incentive to provide such exemptions, as have been seen in Uganda and China (Kivumbi, Kintu, 2002; Meng, Sun, Hearst, 2002). Complete avoidance of fees, is only a viable option where the facilities are provided with adequate resources. When the user-fees were abolished in Uganda, it was not matched by increase of government funding; as a result, the same amount of malaria drugs was just distributed to a greater number of patients (Kajula et al., 2004).

In none of the above studies, were the supervisory and regulatory functions found to be performed to any acceptable level. Several other researchers have suggested that providers use market opportunities to gain at the expense of the patients and oversight where regulatory functions are not being performed adequately (Reich, 2002; Sepehri et al., 2003; Suwandono et al., 2001). The decline in the real value of health workers' salaries in many developing countries have been found by other authors to lower the morale and thus providing one possible explanation to the above (Kyaddondo, Whyte, 2003; Segall, 2003).

Decentralization, under-funding, and underpayment of health care workers can be a poisonous cocktail. Inevitably, this will lead to development of economic survival strategies based on official or unofficial charging of the users, which can be detrimental to communicable disease control. If fees in communicable disease control are to be used at all, they have to be linked to desired

outcomes, such as reduction in burden of disease or inequity, rather than to delivery of outputs, in particular those that are individual private goods. This could be done through, e.g., performance contracting with communities, separation at the facility level of provision of public and private goods and recycling of fees raised from provision of private goods, while linking payment of the recycled fees to achievement of the desired outcomes. However, none of these potential solutions will work in the absence of appropriate monitoring and regulatory mechanisms.

Public sector used to be fairly uniform - however, it is increasingly looking similar to the private sector. With the New Public Management, management tools and mechanisms previously only known in manufacturing and commerce are being introduced in the public sector and one cannot just assume that the public sector by definition is doing the right things and that the private sector's self-interest is bad. The picture of the public sector is much more diverse, as we have seen above.

Health professionals - private sector

Some quarters have an immediate unfavourable reaction when suggestions of private sector and communicable disease control come about. However, an array of private sector actors are already involved in one way or the other in communicable disease control ranging from licensed and unlicensed retailers, pharmaceutical producers, charities, private physicians and nurses, social marketers, specific interest and actions groups, to traditional healers. While the private for-profit sector has clear success criteria, i.e., the bottom-line profit, the private not-for-profit is grounded in variety of different values, which may or may not be supportive of public health objectives

The variety is great and below are some examples from the TDR supported health sector reform research regarding private sector and communicable disease control.

In Laos (Paphassarang et al., 2002), there has been a tremendous growth of the private sector in health as a result of New Economic Mechanism policy combined with deterioration of the public services. The private health providers are responsive to the individuals' needs and means in different ways. Those who can afford get the best possible treatment. For those who cannot afford to pay for the proper service, the providers adapt in different ways. The drug

retail shops adjust the quantity of medication to the patients ability to pay - less money means less and often insufficient drugs. However, some private physicians and in particular the retired nurses and medical assistants practising unlicensed in the villages provide credits and graduate fees to the patients without ability to pay. In South Africa, where the private sector plays a major role in the delivery of health care, it was found that poor STD patients received services of lesser quality and more inconvenient, although still valid, drug regimens than the richer and insured patients when attending the same physician (Chabikuli et al., 2002).

In Colombia (Arbeláez et al., 2004), a large part of the purchasing for TB treatment and care had been professionalized, i.e., for the contributory insurance scheme, the insurers effectively controlled each purchase and in many cases, also the direct provision, and the insured received adequate care of good quality. For the poor, who were covered by the state subsidized scheme, the insurers had contracted and thereby effectively back-transferred the risks to the public sector providers, who, therefore, would rather have an incentive to under-provide service.

The above examples illustrate that the private sector may not, as indeed is also the case for the public sector, provide the optimal or desired service. However, the examples also illustrate that the behaviours to a large extent are predictable and reactions to the incentives provided. Successful involvement of the private sector in communicable disease control requires the policy makers and managers to understand the wide variety of interests driving the private sector, e.g., short- or long-term profits, altruism, rights of defined groups, etc., what to expect and what not to expect and how to manage. While the above examples are all primarily concerned with individual health, there is no reason why private sector, even private-for-profit cannot be involved with the broader public health aspects of disease control.

However, since the private sector is primarily concerned with its own interests and values, dealing with this sector poses a challenge to the monitoring, oversight and regulatory functions of the public sector, i.e., the state. Other studies have shown that private providers often perceive or experience patients and community pressure to provide inappropriate treatments. However, evidence from high income countries have shown that multi-facetted strategies increasing provider knowledge have had some success in providing quality care, which with some adaptations could be applied also in low and middle income countries (Brugha, Zwi, 1998).

Ministry of Health

In all of the reforms studied by the TDR supported research projects, reducing the role of the state, decentralization and introduction of some sort of market for health care were part of the reform. Decentralization of health services were done to provinces, districts, counties, individual health units, and, in the case of Colombia and Laos, it also included privatization. Two seemingly contradicting roles were observed: on the one hand, where the majority of resources were still originating from the central government, i.e., in Tanzania, the central level attempted to maintain control of the resources; on the other hand, in Colombia and China, the state, in the process of implementation, had to a large extent abdicated from the task of guiding and overseeing functions and actions of the local actors.

In Colombia (Arbeláez et al., 2004), it was found that at the same time as the health care system, due to decentralization and diversification of providers and purchasers, became more complex, the public sector lost its public health know-how and leadership. The capacity for inspection, surveillance, guidance, and control declined and nobody pursued the public interest. Similarly, in Uganda (Kajula, Kintu, Barugahare, Neema, 2004) it was found that the central state agent, i.e., the MOH, abandoned its role of directing and overseeing the decentralized implementation of the user-fee policy with serious consequences for both its application and sustainability. A lack of willingness or ability of the higher levels of the administration to provide leadership was also observed in the Philippines (Espino, Beltrán, Carisma, 2004), where the local officials, several years after the reform, still had the impression that the central level was responsible for implementing the malaria control programme. In China (Meng et al., 2004a), the important function of transfer-funding between rich and poor counties for TB control was not exercised; like in Colombia, it was left to the local authorities or even the individual providers to raise most or considerable parts of the funds required for both prevention and treatment of communicable diseases.

In Tanzania (Mubyazi et al., 2004), decentralization meant the devolution of responsibility to multifunctional local governments. However, as these were still highly financially dependent on central funding, the reality was that their authority was limited with the MOH and the donors holding tight control of the resources for health. Theoretically, decentralization to a multifunctional body should facilitate the inter-sectoral action advocated for the effective

control of several communicable diseases, including, e.g., malaria and HIV/AIDS. In practice, it appeared that in all the countries health remained a concern of the health sector alone and specific problems of working across sectors were observed in both the Philippines (Espino, Beltrán, Carisma, 2004) and in Tanzania, a number of problems were observed, including: the leakage of authority related to the dual reporting, i.e., to the MOH as well as to the local council; tensions spanning from quarrels over resources, withholding of information, diversion of funds and misappropriation to attempt of coercion; general lack of clear definition of boundaries to exercising the power to decide on, e.g., use of health funds and vehicles; and lack of explicit proposals in the guidelines on how multisectoral action might come about.

The studies from China and Colombia all found non-optimal behaviours and practices developing among the providers, some of which were directly unethical and counterproductive to the control of schistosomiasis and TB. In China, the public facilities had become vehicles for generating income to their employees, often compromising good ethical practices and equity concerns, and the state subsidies were at times diverted to what could be characterized as private business within at public facility. The state failed to readjust these behaviours as the supervisory systems that had existed within the vertical disease control programmes had not been replaced by systems appropriate for the new health system.

The state had, in the process of implementing decentralization and increased marketisation, withdrawn rather than redefined its role. The state, including the Ministries of Health appeared neither to have the intelligence and regulatory means, nor the public health knowledge and leadership capacities to manage the implementation of a complex sectoral reform; and even less so, one that involved multisectoral engagement of public and private actors. Successful control of communicable diseases in decentralized health systems will require that the central Ministry of Health redefines its role and develop its human and systems capacities to oversee and control the outputs and outcomes rather than the inputs, which is often the case in centralized systems.

Management tools

Information on the health situation and system performance was found to be lost in a number of different ways. In Colombia (Arbeláez et al., 2004), the information systems had become driven by billing, i.e., reporting was done in

order for a provider to be reimbursed from the patient's insurance. After 1998, it was almost impossible to obtain consolidated information about the inputs, outputs and outcomes of the public health efforts in TB control, including, e.g., information on BCG vaccination coverage. The information rested with a large number of actors organized according to several different, mainly affiliation, denominators. The system of performance targets in China was also found to distort information as well as possibly the performance itself because the achievement of certain targets was a determinant for the release of funding.

In Tanzania, parallel information systems existed relating to dedicated disease control programmes and those responsible for the systems did not share information or make it available to local decision-makers. Furthermore, the national health information system had been designed to suit overall country and vertical programmes needs rather than the needs of a decentralized health system. This meant, e.g., that 'neglected' diseases such as African trypanosomiasis and lymphatic filariasis with only local occurrences, were not officially recorded in the health information system, and, consequently not considered when district plans were prepared and approved (Mubyazi et al., 2004).

Excessive administrative procedures were found to have developed in the health systems dependent on central funding, i.e., in Uganda (Kivumbi, Nangendo, Ndyabahika, 2004), Tanzania and Laos (Paphassarang et al., 2002) as well as in the case of the market-based and diversified provider-purchaser system in Colombia. In Uganda, Tanzania, and Laos the increased bureaucratisation had emerged as an effort to prevent mismanagement and misappropriation of funds, while in Colombia, it had come about as a result of each provider-patient encounter often triggering not one, but several business transactions involving different providers and purchasers.

In Tanzania elaborate prioritization and planning tools had been developed involving budget ceilings and scoring systems. Although the resulting district health plans at a first glance could appear rational, it turned out that the process developed into something which was done on incomplete information just to satisfy the central level in order to release funding rather than mapping and responding to the needs of the districts. The process could, therefore, be heading for the fate of the rural planning system in the Philippines which had withered (Espino, Beltrán, Carisma, 2004).

Decentralized health systems require information and other management systems different from those of centralized systems in particular with respect

to communicable disease control. They need to have a local as well as a central component. The local component have to be designed to serve the specific needs of each actor, whether this be a district, a private provider or an insurance company. The central level's main concern regarding communicable disease control should be with the level and distribution of the burden of disease as well as with performance outputs in respect of primary and secondary prevention. For both districts and the central level it is important that the systems are designed allowing analysis with the appropriate denominators to assess attainment of the equity objective. This can mean denominators relating to either populations or geographical areas. It goes without saying the proper audit mechanisms should be integral parts of these systems as the information gathered will be used for allocation of resources. The need for and complexity of management tools and systems in decentralized systems can easily be underestimated and could in some cases go beyond what is feasible in some countries.

Service conditions

Financing and financing mechanisms

The resource envelope may, in many poor countries just be too small (Akin, Birdsall, De Ferranti, 1987) to provide much meaningful government service and to make any form of reallocation politically viable as was found in the case of Zambia (Blas, Limbambala 2001a; Blas, Limbambala, 2001b) and is the main argument of the Macroeconomic Commission on Health and the rationale behind the Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria. In the TDR supported studies, Tanzania represented one end of the spectrum with 95% of all the albeit insufficient resources for the district health activities originating from central and donor budget support, thus only a small share of the total resources of the district health system were mobilized within the district. Sudan represents the other end of the spectrum, as, e.g., all malaria services were directly charged to patients, regardless of the nature of the service and the situation of the patient (Zeidan et al., 2004).

The simplest form of budget support was found in the Philippines where it was based on the previous year plus ten percent. Originally, the system had been based on area plans. As resources had always been less than requested, the system had deteriorated into one where plans were neither produced nor requested (Espino, Beltrán, Carisma, 2004). Another non-objective and non-performance based allocation of budget support was found in China (Bian et al.,

2004). Here, a large part of the government support for schistosomiasis control was based on the size of the programme infrastructure, in particular staffing level and pattern. Even without being sufficient to fully support the existing staff, this form of support had probably contributed to continuing an oversized dedicated structure despite a changed epidemiological situation.

In Tanzania, where the vast majority of funding came from the government or donors, the funding was based on preparation of district plans, i.e., objectives-based. However, there were signs of this system gradually sliding in the same direction as in the Philippines. A number of factors were contributing to this, including: plans being developed according to where resources rather than the needs were; the same plans were recycled and submitted year after year, and lack of information to prepare truly needs-based plans. A performance, although not necessarily a needs-related system of subsidizing health services, was seen in the China schistosomiasis and TB control programmes (Bian et al., 2004; Meng et al., 2004a; Zhan et al., 2004). In what remained of these vertical programmes, the costs of drugs and certain other inputs had originally been covered in full or in part by central government budget or loan money. However, problems were recorded as the funding responsibility was devolved to provincial and local government. Finally, funding based on achieving pre-set targets or passing an evaluation was also found in China. A number of problems were reported in relation to this type of funding, including the punishment of those who did not meet the target rather than being helped to perform better; further, there was no incentive to go beyond the pre-set target, regardless of the need.

In all the countries studied, health facilities charged for some or all of the communicable disease control services offered. While in Tanzania the income from service charges was minimal as compared to the overall budget, service charges constituted a vital proportion of the income for health facilities in Colombia and China. User-charges can be viewed from a technical-economic perspective, as a way of securing the resources needed for running public health services and for regulating, including re-directing the demand as was the case in Zambia. However, they also have ideological and political aspects as has been reported from Uganda, where these aspects overrode all other concerns, e.g., some donors put introduction of user-charges as a condition for providing support, and the President later, in the heat of an election, abandoned the fees altogether which pushed them into being covertly charged (Kajula et al., 2004). In Colombia and China, service charges were claimed not only directly

from patients but also from insurance providers or from public funds in the case of the uninsured in Colombia.

Problems relating to service charges, in addition to the administrative problems encountered, were found in China, Colombia and Laos. While user-charges may assist in making more services available, they were an access barrier for the poorer segments of the population. Further, it was found in a time-series analysis in China, that public structurally-based budget support was diverted from community-based preventive activities to subsidize an expanding number of 'sellable' individual clinical services marketed by the health facilities below the cost-price in order to generate more service charges (Bian et al., 2004).

However, user-fees in communicable disease control might not be written off altogether as a means to increasing resources as suggested by some (Segall 2003). The experiment in Sudan with different levels of user-fees showed that if the price was set at the right level, it might be possible to get, all at the same time, more patients, more compliance, more revenue, and ultimately more public health impact (Zeidan et al., 2004). Further, the experience in Zambia showed that although the overall general attendance declined, utilization patterns were changed and the use of 'free' public health services, including immunization, increased (Blas, Limbambala, 2001b).

Despite the strengthening of the planning, control and reporting systems in some of the case countries, it varied from very hard to impossible for the researchers to find out how resources were actually generated and spent. This might be a reflection of a broader weakness in most developing countries in the capacity to generate, allocate, distribute, analyse and map where and for what resources are spent. In communicable disease control, there will be a continued need for some level of central control of resources in order to direct or redirect these towards preventive services for which there is no natural demand and to compensate for inequities in access and status at population as well as individual level. The centrally controlled resources can be generated from taxes, aid, loans, or from re-cycled revenue from 'selling' of private goods. However, it is likely that the latter will have to come to the district or similar levels before recycling in order not to pervert performance at the facility level.

Organization of service

A major constraint to implementing reform, including decentralization can be the very reason to reform namely an unsuitable or unaffordable structure

of the health system itself. However, as a result of the decentralization, various forms of fragmentation of public health efforts to control TB were observed in Colombia and China (Arbeláez et al., 2004; Meng et al., 2004a; Zhan et al., 2004). In Colombia, the separation of purchaser and provider functions and the contracting with different providers for provision of different services to the same patient, reportedly led to delays both in diagnosis and treatment, as well as a lack of follow up of the individual patient and their contacts. In China, it was found that the need to generate income at the provider level had led each provider to operate in isolation keeping patients under their treatment for as long as possible. In both countries, patients were thus made to deal with and experience a series of individual providers, rather than a cohesive system.

Another type of fragmentation of the public health response was also found in China, in that the devolution of responsibility to the counties for the major part of financing of TB control had meant that the poorest counties with the highest relative burden of TB had few resources for many patients, while the richer counties spent relatively large amounts on fewer patients. Before decentralization, when resources were generated and allocated centrally, the provincial and central governments could more easily distribute resources according to needs.

Disease control activities which are implemented from a national level with fully or partly dedicated funding and parallel reporting, command and operational structures, are sometimes called vertical programmes. Two types of situations were seen with respect to this type of programme. The first situation, seen in Tanzania (Mubyazi et al., 2004), was that the vertical programmes co-existed with the decentralised and integrated approach. The second situation was seen in China and the Philippines (Espino, Beltrán, Carisma, 2004) where the programmes had ended or were about to end. In both situations, a number of problems were observed.

In Tanzania, the vertical programmes had found a way to be placed high on the priority lists, also in areas where they were possibly less relevant than other communicable diseases and health problems, and this distorted priority-setting. Contributing factors included: greater national and donor attention, dedicated funding, a network of programme officers in the districts, and reserved space in the health information system. All of these made programmes and their diseases appear prominently in the district plans. Furthermore, the co-existence of the vertical programmes within a decentralized health system structure, where

the authority is supposed to lie with the multifunctional district council, was found to cause managerial difficulties and tensions in addition to the priority setting problems.

In China, the dedicated central government and donor funding for respectively vertical schistosomiasis and TB control programmes had come to an end. Nevertheless, schistosomiasis control remained with a huge infrastructure and staff. However, with the phasing out and eventual end of the loan and central government funding, and despite a continued dedicated funding from the local government, the infrastructure had turned into an income-generating vehicle for its staff, shifting focus from public health concerns into primarily providing clinical care chargeable to individuals or their agents. The analysis of two different 'vertical-programme' counties and one 'no-programme' county with respect to TB control revealed what can happen when well-intended dedicated funding and 'free-service' come to an end (Zhan et al., 2004). In many respects, the 'no-programme' county came out stronger than the programme counties with positive trends in the key performance indicators. The 'vertical-programme' counties came out with perverted structures where the economic incentives produced revenue rather than public health.

In the Philippines, decentralization of malaria control had left confusion with differences in expectation. A small coordinating national malaria unit had been maintained, supposed to provide overall guidance and monitoring, expecting the local level to implement the control activities. However, the local level claimed that the central malaria control programme still existed and expected this to finance and drive the implementation. As a result very little happened on the ground.

Implementation of the reforms in several of the countries led to fragmentation of the health system and services and the vertical disease control programme, both when they operated and when they were no longer sustained, contributed to this fragmentation. In a number of cases, the structures created by the reform were found directly to work against the objectives of disease control. The opportunities to improve services with properly designed and integrated decentralized systems are there (Segall, 2003), however, the challenges to make them work may be greater than anticipated (Kroege, Ordóñez-González, Avina, 2002).

Money is an extremely strong engine in decentralized health systems which can unite efforts or split them into fragmented pieces. If funding or generation

of income is linked to inputs or immediate outputs, i.e., units produced, it is unlikely that the two communicable disease control objectives will be effectively achieved by health sector interventions. Success will depend on how well the financing can be linked to the attainment of the objectives of reduction of level of and inequity in burden of disease. Imagination, innovation and solid economic and financial analysis will have to be applied to develop financing and monitoring systems that does not pervert the services but drives them towards the objectives.

Conclusion

Decentralization or not is in most cases not a decision of the health sector or individual communicable disease control programmes. Currently the world sees two opposing trends, one to pursue selective disease control programmes, which are often guided and funded from the global level - the other within countries to devolve political, financial and administrative authority to lower levels of government and increasingly involve the private sector in provision of goods and services which earlier had been provided by the public sector.

There are not many good examples in the research supported by TDR on how disease control has adapted to the decentralization reality. However, there are experiences which can be learnt from and which can form a basis for innovation and experimentation. Unless disease control programmes seriously start working towards these new realities, success will be far into the future and may come about, if occurring at all, by economic and other social development, rather than by health interventions.

The discussion presented in this chapter has pointed to some possible ways forward, including: being more conscious and proactive involving the lay-partners; establishing the right incentives for staff to promote the behaviours required for control of communicable diseases; realizing the interests and conditions of the private sector and working constructively with the private providers; redefining and redeveloping the central level in order to have the capacities and abilities reflect the new needs. It will also include realizing the needs for and developing new information and administrative systems focusing on outputs and outcomes rather than inputs. In decentralized systems and systems relying on market mechanisms, money is a strong engine and following the flow of resources will lead to appreciating why the systems are or are not delivering the expected results. Finally, decentralized systems are much more

complex than non-decentralized systems. However, they also have a greater potential to mobilize both human and other resources towards control of communicable diseases but, the disease control community needs to master the challenges associated with this much more complex environment.

References

- Akin JS, Birdsall N & De Ferranti, DM (1987). *Financing health services in developing countries - An agenda for reform*. Washington D.C.: The World Bank.
- Arbeláez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas, E (2004). Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *International Journal of Health Planning and Management* 19(S1):S25-43.
- Bian Y, Sun Q, Zhao A, Blas E (2004). Market reform: A challenge to public health - the case of schistosomiasis control in China. *International Journal of Health Planning and Management* 19(S1):S79-94.
- Blas E (2005). 1990-2000: A decade of health sector reform in developing countries - Why and what did we learn? Göteborg: Nordic School of Public Health.
- Blas E & Limbambala M (2001a) The challenge of hospitals in health sector reform: the case of Zambia. *Health Policy Plan* 16(Suppl 2):29-43.
- Blas E, Limbambala M (2001b). User-payment, decentralization and health service utilization in Zambia. *Health Policy Plan* 16(Suppl 2):19-28.
- Bossert TJ, Beauvais JC (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy Plan* 17(1):14-31.
- Brugha R, Zwi A (1998). Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Policy and Planning* 13(2):107-120.
- Cassels A (1997). *A guide to sector-wide approaches for health development*. Geneva: World Health Organization, WHO/ARA/97.12.
- Chabikuli N, Schneider H, Blaauw D, Zwi AB & Brugha R (2002). Quality and equity of private sector care for sexually transmitted diseases in South Africa. *Health Policy Plan*. 17(Suppl):40-46.
- Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Geneva: World Health Organization.

- Espino F, Beltrán M, Carisma B (2004). Malaria control through municipalities in the Philippines: struggling with the mandate of decentralized health programme management. *International Journal of Health Planning and Management* 19:S155-166.
- Frank T (2000). *One market under God*. 1st ed. London: Secker & Warburg.
- Gwatkin DR & Guillot M (2000). *The burden of disease among the global poor current situation, future trends, and implications for strategy*. Washington, D.C.: World Bank.
- Harrison MI (2004). *Implementing change in health systems - Market reforms in United Kingdom, Sweden and the Netherlands*. London: SAGE Publications Ltd.
- Hutton G & Tanner M (2004). The sector-wide approach: a blessing for public health? *Bull World Health Organ* 83(12):893.
- Kajula PW, Kintu F, Barugahare J, Neema S (2004). Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. *International Journal of Health Planning and Management* 19(S1):133-153.
- Kivumbi GW, Kintu F (2002). Exemptions and waivers from cost sharing: ineffective safety nets in decentralized districts in Uganda. *Health Policy Plan* 17(Suppl):64-71:S117-131.
- Kivumbi GW, Nangendo F, Ndyabahika BR (2004). Financial management systems under decentralization and their effect on malaria control in Uganda. *International Journal of Health Planning and Management* 19(S1).
- Kroeger A, Ordóñez-González J, Avina AI (2002). Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. *Trop Med Int Health* 7(5):450-458.
- Kyaddondo D, Whyte SR (2003). Working in a decentralized system: a threat to health workers' respect and survival in Uganda. *Int J Health Plann Manage* 18(4):329-342.
- Mahler H (1986). Of mud and alligators. *Health Policy and Planning* 1(4):345-352.
- Meng Q, Li R, Cheng G, Blas E (2004a). Provision and financial burden of TB services in a financially decentralized system: a case study from Shangdon, China. *International Journal of Health Planning and Management* 19(S1):45-62.
- Meng Q, Li R, Cheng G, Blas E (2004b). Provision and financial burden of TB services in a financially decentralized system: a case study from Shandong, China. *Int J Health Plann Manage* 19(Suppl 1):S45-S62.
- Meng Q, Sun Q, Hearst N (2002). Hospital charge exemptions for the poor in Shandong, China. *Health Policy Plan* 17(Suppl):56-63.

- Minogue M (2000). Changing the role of the state: Concepts and practice in the reform of the public sector. In: M. Minogue, C. Policano, D. Hulme, eds., *Beyond the new public management - Changing ideas and practices in governance*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited, pp. 17-37.
- Minogue M, Policano C, Hulme D (2000). *Beyond the new public management - Changing ideas and practices in governance*. Cheltenham: Edward Elgar Publishers Limited.
- Mubyazi G, Kamugisha M, Mushi A, Blas E (2004). Implications of decentralization for the control of tropical diseases in Tanzania: a case study of four districts. *International Journal of Health Planning and Management* 19(S1):167-185.
- Paphassarang C, Philavong K, Boupcha B, Blas E (2002). Equity, privatization and cost recovery in urban health care: the case of Lao PDR. *Health Policy Plan* 17(Suppl):72-84.
- Reich MR (2002). Reshaping the state from above, from within, from below: implications for public health. *Social Science & Medicine* 54(11):1669-1675.
- Segall M (2003). District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. *International Journal of Health Planning and Management* 18:S5-S26.
- Sepehri A, Chernomas R, Akram-Lodhi AH (2003). If they get sick, they are in trouble: health care restructuring, user charges, and equity in Vietnam. *Int J Health Serv* 33(1):137-161.
- Smith BC (1985). *Decentralization, the territorial dimension of the state*. London: George Allen and Unwin Ltd.
- Suwandono A, Gani A, Purwani S, Blas E, Brugha R (2001). Cost recovery beds in public hospitals in Indonesia. *Health Policy Plan* 16(Suppl 2):10-18.
- UNDP (1995). *Public sector management, governance, and sustainable human development: Discussion Paper 1*. New York: United Nations Development Programme.
- Uzochukwu B, Onwujekwe O, Eriksson B (2004). Inequity in the Barmako Initiative programme - implications for the treatment of malaria in South-east Nigeria. *International Journal of Health Planning and Management* 19(S1):107-116.
- van Balen H (2004). Disease control in primary health care: a historical perspective *Trop Med Int Health* 9(6):A22-A26.
- Walsh JA & Warren KS (1979). Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 301(18):967-974.
- WHO (2004). *The World Health Report 2004: Changing history*. Geneva: World Health Organization.

- World Bank (1992). *Governance and development*. Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development.
- World Bank (1993). *World Development Report 1993 - Investing in Health*. New York, N.Y.: Oxford University Press.
- World Bank (1994). *Governance - the World Bank Experience*. Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development.
- World Bank (1997). *World Development Report 1997 - The State in a changing world*. New York; Oxford University Press.
- Zeidan A, Mohammed Z, Bashier I, Eriksson B (2004). The impact of user fee exemption on service utilization and treatment seeking behaviour: the case of malaria in Sudan. *International Journal of Health Planning and Management* 19(S1):S95-106.
- Zhan S, Wang L, Yin A, Blas E (2004). Revenue driven TB control - three cases in China. *International Journal of Health Planning and Management* 19(S1):S63-78.



Descentralización y enfermedades transmisibles en América Latina y el Caribe

Descentralización y reformas del sector salud en América Latina

Federico Tobar¹

Megatendencias en la reforma

Dos movimientos se han afianzado en las áreas sociales en los últimos treinta años: el desplazamiento del poder desde los niveles centrales hacia la periferia de los sistemas, y el desplazamiento de la lógica organizacional y la provisión de servicios desde el sector público hacia el privado. Los servicios sanitarios y educativos, que por su carácter de uso intensivo de mano de obra tienen costos fijos más elevados que los de cualquier otro sector —lo que introduce mayor rigidez a su gestión—, han sido el principal objetivo de ambos desplazamientos.

Los procesos descentralizadores consisten en la transferencia de autoridad en el planeamiento y la toma de decisiones. En el sector público en particular, las políticas de descentralización tradicionalmente adquirieron la forma de transferencias del poder de decisión del nivel nacional al subnacional (departamental, provincial y municipal). Pero las distintas experiencias descentralizadoras demuestran que estos procesos permiten avanzar en la construcción de realidades completamente diferentes. Las dos megatendencias mencionadas buscan combinarse, de modo que el desplazamiento centrífugo coincide con una huida hacia el mercado o hacia cuasimercados de competencia pública.

De esta forma, distintas alternativas en la formulación de políticas descentralizadoras en los sistemas públicos de salud, combinadas (o no) con la tendencia a introducir mecanismos de mercado, en contextos nacionales particulares, configuran una amplia variedad de ejemplos de descentralización del sector en la Región.

El propósito de esta sección es analizar las experiencias acumuladas en los procesos de descentralización de los sistemas de salud pública aplicadas durante los últimos treinta años en América Latina, a fin de extraer de ellas enseñanzas aprovechables para la reformulación de esas políticas. Para señalar las principales

¹ Economista de Salud, Doctor en Ciencia Política, Consultor Internacional en Políticas de Salud.

tendencias de las estrategias de descentralización del sector sanitario en América Latina, se parte aquí de identificar sus factores determinantes y condicionantes. Los primeros comprenden los procesos y fenómenos —internos o externos al sector salud— que ejercen acciones centrífugas, y los segundos pueden definirse como los que restringen la eficacia de las acciones descentralizadoras y pueden crear condiciones para el adecuado funcionamiento de cada modalidad descentralizadora.

A partir de la identificación de los principales factores determinantes y condicionantes de la descentralización sectorial en América Latina se podrá analizar la coherencia y eficacia con que se llevó a la práctica cada alternativa. Las preguntas que guían el análisis en este trabajo serán entonces: ¿cuáles fueron los impulsos o motivaciones centrífugas? ¿Qué factores influyeron en el avance o retroceso de los procesos de descentralización de los sistemas de salud en América Latina? ¿Cuáles han sido los modelos descentralizadores que prosperaron?

El método propuesto para el análisis consiste en partir de tipos ideales de descentralización que ya son ampliamente conocidos y que han sido utilizados en diversos trabajos sectoriales, para luego contrastarlos con una clasificación empírica que expresa la diversidad de experiencias acumuladas en la Región durante treinta años de aplicación de políticas descentralizadoras en el sector salud.

Factores determinantes de la descentralización de los sistemas de salud en América Latina

La ciencia política ha detectado que en todo el ámbito de las políticas públicas, cuando se ha alcanzado determinado nivel de complejidad y volumen de actividades, parece imprescindible transferir capacidad de decisión desde el centro hacia los extremos del sistema (Roversi-Mónaco, 1978). En el ámbito particular de las políticas sociales esta transferencia de poder ha sido un problema clave durante las últimas décadas.

Los procesos de descentralización sectorial en la Región resultaron sobredeterminados por factores económicos, políticos y técnicos. Ello significa que los gobiernos prácticamente no encontraron escapatoria a la tendencia centrífuga, si bien en todos los casos hallaron la forma de imprimirle rasgos propios a los procesos. A menudo las políticas descentralizadoras se desviaban en su aplicación de la formulación original (Tobar, 1995). Incluso se ha postulado que a

cada impulso centrífugo seguía otro centrípeto, como en una alternancia de sístoles y diástoles (Lordello de Mello, 1990).

La magnitud de la “epidemia” descentralizadora da testimonio de esta sobredeterminación. En las últimas décadas, las políticas descentralizadoras en salud se han aplicado a gran escala en el mundo en desarrollo. Los factores que explican el imperativo descentralizador fueron impulsados por (a) el modelo de financiación, (b) el modelo de gestión, y (c) el modelo de atención.

En primer lugar, la descentralización surge habitualmente en combinación con una reforma financiera del Estado en su conjunto, o del sector salud en particular, promovida por los organismos internacionales de crédito, en cuyos discursos ocupa un lugar central. Así, se la define como “una herramienta clave para mejorar el desempeño del sector de la salud” (Banco Mundial, 1993). La mayor autonomía en la gestión de los servicios se concibe también como el camino para lograr otras transformaciones, entre ellas la reducción del déficit fiscal, la contención de los costos, la modificación de las formas de asignación de recursos mediante la incorporación de esquemas de financiación de la demanda, y la transferencia de parte de los riesgos que suponen los cuidados de la salud de una determinada población.

En segundo lugar, y en particular en el caso de América Latina, el discurso descentralizador presenta afinidades electivas con la necesidad de democratizar el Estado y la sociedad tras años de dictaduras. La descentralización como bandera política convive en dos discursos contrapuestos. Por un lado, resulta afín con la formulación gramsciana de la construcción de la democracia como un movimiento de abajo hacia arriba. Por el otro, también resulta funcional a las premisas de la “modernización” neoliberal que postula la retirada del Estado de sus compromisos y funciones sociales. Esta última promueve la descentralización institucional y territorial como una manera de introducir competencia y conciencia en relación con los costos sanitarios en el sector público, y propone un nuevo papel para el Estado en cuanto a “permitir” y “guiar”, en vez de participar (o peor aún “intervenir”) directamente en las actividades del sector privado.

En el contexto del modelo de gestión, podría atribuirse otro impulso centrífugo a la evolución de la teoría de las organizaciones. Los especialistas en administración comenzaron a preocuparse por los servicios de salud a mediados del siglo XX. H. L. Smith fue el primero en plantear la posición estructuralista, según la cual la mayor limitación que enfrenta la racionalización de la toma de decisiones en los servicios de salud deriva de la confrontación entre dos

líneas de mando: la autoridad administrativa, de naturaleza burocrática, y los profesionales médicos, que detentan una autoridad técnica indelegable proveniente de su formación específica (Smith, 1955). Desde entonces, una línea del pensamiento organizativo desplegó un conjunto de propuestas buscando una mayor centralización del poder decisorio en los servicios de salud a partir de la incorporación de protocolos de atención y de un conjunto de herramientas de programación y planificación normativa. En 1963, la publicación de un artículo de R. N. Wilson marca un verdadero punto de inflexión. Según este autor, la naturaleza del hospital se asemeja a la de un sistema federal más que a una entidad monolítica. Su organización es una federación de departamentos donde cada unidad goza de autonomía en el control de sus tareas. El gran desafío consiste en coordinar esas acciones de modo tal que se asegure un proceso articulado de asistencia. Esta lectura reniega de la tendencia a burocratizar al médico.

No obstante, el giro de la teoría de las organizaciones aplicada a los servicios de salud hacia una mayor descentralización surge de la mano del “enfoque de contingencia”, según el cual más que tratar de asemejar los servicios de salud a organizaciones burocráticas hay que potenciar la autonomía de los profesionales. Surge así el modelo del hospital descentralizado y sus servicios como un conjunto de unidades de negocio, conocido en la clasificación de estructuras de Henry Mintzberg como la forma divisional —u organización diversificada— (Mintzberg, 1980).

En tercer lugar, también se registró una discusión sanitaria acerca de los modelos de atención que resultan más adecuados para los servicios de salud, de la cual también brotan premisas descentralizadoras. El primer paso de esta revisión se puede situar en 1978, cuando las autoridades sanitarias mundiales proclamaron la estrategia de Atención Primaria de Salud como prioridad en la Conferencia de Alma-Ata. Entre sus consignas, algunas resultaban altamente centrífugas tales como la programación local, la atención basada en el primer nivel y la participación comunitaria. Los centros de atención primaria adquirieron desde entonces el mote de “servicios periféricos”. Esta noción sanitaria encuentra continuidad en la consigna de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) impulsada por la Organización Panamericana de la Salud en el decenio de 1980. Luego, el *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*, del Banco Mundial, brinda un impulso técnico adicional para la descentralización del sector. Por último, ya durante la segunda mitad de los años noventa surge una nueva figura estratégica descentralizadora de la mano de los seguros locales de salud.

La fuerza del impulso centrífugo no resulta sin embargo suficiente como para garantizar el desenlace de los diversos procesos de descentralización de los sistemas de salud aplicados en la Región. Cada alternativa, cada modelo de descentralización debió cumplir con determinadas condiciones para garantizar su eficacia. Al recopilar los datos sobre las experiencias concretas de descentralización sectorial en la Región durante los últimos años, se obtiene una diversidad empírica que no siempre resulta fácil de encasillar en los modelos teóricos contruidos.

Factores condicionantes de la descentralización del sector salud en América Latina

A fin de identificar y analizar los factores condicionantes de la eficacia de la descentralización sectorial, se parte aquí de una tipología de los procesos descentralizadores que luego se contrastará con la información obtenida mediante un amplio relevamiento documental de experiencias particulares de la Región.

Tipos ideales de descentralización

En los estudios empíricos de las diferentes experiencias descentralizadoras se ha aplicado una escala de clasificación desarrollada inicialmente por Cheema y Rondinelli en un conocido trabajo (Cheema, Rondinelli, 1983). La tipología propuesta procuraba examinar mejor las funciones o atribuciones otorgadas a las autoridades locales en cada caso. Fue asimismo ampliamente utilizada en estudios comparativos sobre la descentralización en los servicios de salud en el mundo entero (Mills, 1990) y aplicada al contexto latinoamericano (Oszlak et al., 1987).

A partir del supuesto de que la descentralización resultaría funcional a la búsqueda de mayor racionalidad y legitimidad en la administración de los servicios públicos, se distinguieron cuatro formas puras de descentralización: (1) desconcentración, (2) devolución, (3) delegación, y (4) privatización. Cada una de ellas, según se definen a continuación, resultará adecuada en determinados contextos, y su eficacia estará condicionada por distintos factores.

Desconcentración: desplazamiento, desde los niveles centrales hacia los locales, de ciertos grados de autonomía administrativa. En el caso de la salud, un ejemplo son las oficinas o delegaciones regionales del ministerio central. La desconcentración no implica necesariamente la implementación de nuevas sistemáticas para el financiamiento sectorial. Esta estrategia corresponde a una iniciativa de la esfera central para aliviar su carga de trabajo.

Devolución: definición de niveles subnacionales de gobierno con relativa autonomía. La devolución supone una reestructuración más radical de los servicios de salud que está necesariamente vinculada a la reformulación de los mecanismos de financiamiento. La estrategia de devolución implica un fortalecimiento de la capacidad de gestión local con el consecuente aumento de autonomía.

Delegación: la transferencia de responsabilidades administrativas hacia organismos que se sitúan fuera de la estructura del gobierno central y solo están indirectamente controladas por él. Los gobiernos pueden considerar que la delegación es una forma de evitar la ineficiencia de la gestión gubernamental directa, de aumentar el control de los costos y de establecer una organización activa y flexible. La responsabilidad máxima continúa correspondiendo al nivel central, pero su agente posee amplias atribuciones para llevar a cabo sus funciones y deberes específicos. Esta modalidad permite mantener la flexibilidad en la gestión de determinados servicios, como los hospitales universitarios o los grandes centros de atención médica, que han sido denominados “hospitales autogestionados”. Algunos países latinoamericanos han optado por esta modalidad para descentralizar los servicios de salud financiados por el sistema de seguro social.

Privatización: supone la transferencia de funciones y recursos a organizaciones privadas sin fines de lucro o a empresas privadas, manteniéndose un relativo grado de control gubernamental. Esta modalidad de descentralización se ha impulsado en los países donde:

- el sector público posee baja capacidad instalada para la prestación de servicios en relación con la demanda de estos, y el sector privado es responsable de buena parte de los servicios prestados;
- es necesario extender la cobertura pero no se dispone de recursos para sustentar esa ampliación.

El sistema incorpora desafíos relativos a la capacidad del Estado para controlar y regular el mercado de servicios de salud de manera que este permita alcanzar las metas nacionales, locales o ambas; a la compatibilización del sector público con los prestadores privados, componiendo una mezcla de servicios; y a la implementación de mecanismos de pago a los prestadores privados cuando una parte de estos va a ser subvencionada con fondos públicos.

La clasificación es rigurosa, y aunque en la práctica los diferentes tipos se dan generalmente en forma combinada, esta tipología permite identificar tanto

los casos en que suceden los distintos tipos de procesos como las relaciones entre ellos. No obstante, cabe considerar las cuatro estrategias formuladas en el sentido de tipos ideales con los cuales serán comparadas las experiencias concretas, ya que la realidad admite múltiples combinaciones y distorsiones de los elementos propios de cada tipo.

La experiencia latinoamericana de descentralización sectorial

En América Latina se registraron expresiones de todos estos tipos ideales de descentralización sectorial durante los últimos treinta años. Aunque aún no se dispone de un relevamiento exhaustivo de las políticas de descentralización sanitaria desplegadas, el estudio de la Organización Panamericana de la Salud (Vieira, 1996) constituye un antecedente valioso. Según este estudio, de 37 países analizados 23 habían incorporado la descentralización como política activa en sus agendas de salud, 22 habían avanzado en el desarrollo de seguros públicos (la mayoría de orden nacional, no descentralizados), 18 habían aplicado el arancelamiento de servicios, 15 habían modificado las formas de contratación y pago de los servicios de salud, mientras que 14 estaban desconcentrando sus presupuestos. Por último, en la búsqueda de mayor autonomía hospitalaria, 10 habían avanzado en la figura de la delegación, y también 10 estaban poniendo en práctica alguna forma selectiva de privatización de servicios.

Desconcentración de los servicios de salud en América Latina

Desde la década de 1970 los países de la región incorporaron con relativa eficacia diferentes expresiones desconcentradoras. Estas pueden clasificarse en tres modalidades diferentes: (1) delegaciones sanitarias, (2) regiones sanitarias y (3) cogestión.

Delegaciones sanitarias

Son representaciones del ministerio de salud nacional en las provincias, estados o departamentos del país. Esta modalidad se aplicó en la Argentina desde 1958 y fue reglamentada por medio del decreto 2083 de 1964 (Argentina, 1964). El impulso centrífugo surge de una motivación por fortalecer el modelo de

gestión brindándole mayor amplitud de control en cada jurisdicción provincial. Su mayor limitación es económica, ya que, como afirma Sonia Fleury Teixeira, para comenzar a operar en forma descentralizada es necesario incrementar los recursos (de infraestructura, humanos y financieros) en el corto y mediano plazo, incurriendo en lo que se podría denominar “costos de aprendizaje” (Teixeira, 1990: 83). Por otro lado, a medida que se concretaba la transferencia de los servicios de salud a las provincias, las funciones establecidas por el decreto mencionado para las delegaciones sanitarias fueron perdiendo vigencia, transformándolas en supérstites.

En Chile, la desconcentración impulsada por el régimen de Pinochet se propuso establecer regiones sanitarias, sin embargo este objetivo no se concretó sino hasta 1987, con la creación de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI). Señala María Eliana Labra que los objetivos de esta desconcentración no fueron alcanzados, puesto que las SEREMI no participaban en la elaboración presupuestaria y continuaban dependiendo del nivel central en lo que respecta a inversiones, equipamiento, material e insumos, y contaban con una exigua dotación de personal (Labra, 1995: 126).

En Bolivia, en el contexto de una profunda reforma política promovida por la Ley de Participación Popular (1994), se instituyeron los Directorios Locales de Salud (DILOS). Estos nuevos entes constituyen más que una delegación del Ministerio de Salud, ya que incluyen a las autoridades de salud a nivel local y a concejales y entidades no gubernamentales que conforman las Organizaciones Territoriales de Base (OTB). Por lo tanto, las DILOS ejercen funciones de coordinación entre municipalidades, las OTB y los profesionales de salud del nivel local. Cada DILOS se encarga de la administración y de los pagos al personal de los servicios de salud. Estos últimos han sido municipalizados desde 1994 en virtud de transferencias que permiten a los gobiernos locales decidir sus presupuestos de inversiones operativas (aunque excluyendo los gastos en personal) y en el área (Bossert, 2000:12-13).

Regiones sanitarias

Las regiones sanitarias constituyen divisiones administrativas dentro de los estados, provincias o departamentos. Su diseño se guió por criterios técnicos, es decir privó el modelo de atención por sobre el de gestión y financiación. Las regiones sanitarias surgieron así como unidades territoriales cuyas fronteras no se correspondían necesariamente con los límites políticos de las jurisdicciones,

porque el objetivo era establecer una organización de la oferta de servicios médicos con idéntica resolutividad, a fin de generar niveles homogéneos de acceso a los servicios para la población cubierta en cada región. Dicho de otra manera, se trata de agregar a la división política del territorio una nueva división sanitaria, con el propósito de establecer isocuantas de oferta de servicios ante isocuantas de necesidades poblacionales. En parte de la literatura se ha defendido esta concepción de la descentralización utilizando no solo el concepto de región sino también de distrito sanitario (Mendes, 1993; Müller Neto, 1991).

En Nicaragua, la descentralización se inició con la creación de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) en 1990. Los SILAIS por lo general guardan correspondencia estricta con los departamentos que constituyen la organización política de Nicaragua (que en otros países americanos se denominan distritos). En el marco de la descentralización de la salud pública, Nicaragua ha desconcentrado niveles de responsabilidad y autoridad desde el ámbito del Ministerio de Salud hacia los SILAIS. El gobierno concibió esta estrategia como la antesala para una devolución de poderes a las autoridades municipales en el futuro, pero no ha avanzado en escala realmente significativa. La Universidad de Harvard, bajo la coordinación de Thomas Bossert, realizó una evaluación de la descentralización nicaragüense centrada en el concepto “espacio de decisión”, al que define como el margen disponible para la toma de decisiones al nivel local. El trabajo concluye que el proceso de descentralización en Nicaragua ha llevado a un incremento leve de control local sobre funciones como las finanzas, la organización de servicios, el desarrollo humano y la dirección (Bossert et al., 2001).

En Chile se establecieron 13 zonas sanitarias del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952. Luego, con la reforma de 1979 y la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), la desconcentración fue aún mayor. Se establecieron 26 servicios regionales junto a un servicio de salud ambiental, todos autónomos, con personal, recursos y patrimonio propio. Cada director regional asumió las funciones que antes se concentraban en el director general del anterior SNS, entre ellas la facultad para contratar la provisión de servicios de salud con instituciones públicas y privadas. La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) permitió cumplir con la condición de eficacia de este modelo de descentralización: un incremento de las transferencias desde el Gobierno central hacia las unidades desconcentradas. María Eliana Labra plantea que “la regionalización del país respondió más a la disposición geográfica de las fuerzas militares en el territorio que a una complementación entre ciudades y localidades rurales” (Labra 1995: 125).

Las provincias argentinas estructuraron sus servicios en regiones sanitarias desde finales del decenio de 1960. Sin embargo, solo en muy pocos casos se avanzó en el logro de mayor autonomía en el manejo de los recursos. Por ejemplo, aún hoy, en los presupuestos provinciales de salud, no se suele discriminar los recursos por región sanitaria, y la contratación y remuneración del personal permanecen centralizadas. También en el Paraguay desde hace varios años se está aplicando el concepto de región sanitaria, y se han realizado esfuerzos por regionalizar los servicios de las distintas instituciones del sector, en particular del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).

Sin embargo, una limitación de la estrategia desconcentradora en América Latina es que las regiones sanitarias no han sido suficientemente revisadas y reformuladas. De esta forma, los cambios poblacionales (por crecimiento, migraciones, en la composición demográfica, etc.) redujeron la eficacia del diseño de las regiones. La consecuencia fue un flujo incremental de derivaciones desde los servicios periféricos al centro de la jurisdicción o, peor aún, a la capital o mayor ciudad del país.

Cogestión

Se trata de la cofinanciación de los servicios locales con aportes del Estado nacional. En realidad, se usa como una resignificación del término, que en sus orígenes hacía referencia a la participación de los obreros junto a los empresarios en la gestión de las fábricas. El Brasil incorporó el impulso descentralizador mediante la creación del Consejo Consultivo de Administración de Salud Previsional (CONASP) en 1981, con el propósito principal de racionalizar el modelo de atención del sistema de previsión social (INAMPS) y su articulación con los servicios públicos de salud. EL CONASP formuló un plan de racionalización que terminaría aumentando el protagonismo de los gobiernos locales en las políticas de salud sin que esto represente un aumento de su poder (Tobar, 1995: 86). El proceso descentralizador se inicia normalizando el modelo de atención desde el nivel central. Para ello, el plan estableció una serie de requisitos que los gobiernos locales deberían cumplir, pero como incentivo ofrecía asumir parte de los costos operativos de los servicios de salud. En este marco surgen las Acciones Integradas de Salud (AIS), que permitieron coordinar las diversas fuentes de financiación sectorial y definir el papel de cada institución en la financiación de las acciones de salud. Sin embargo, el modelo de financiación centrado en las transferencias negociadas (desde el Gobierno central

hacia los estados y municipios) no permitió establecer un sistema de finanzas locales suficientemente estable como para sustentar la gestión descentralizada. A partir de 1988 se incorporó la estrategia denominada Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud (SUDS). Si bien el modelo continuaba siendo de base normativa, la programación de las transferencias la realizaban en forma conjunta las diferentes esferas de gobierno a través de un instrumento denominado Programación y Presupuestación Integradas. Los SUDS son precursores del Sistema Único de Salud que el Brasil consagró en su Constitución de 1988 (artículos 196 a 200). Sin embargo, no alcanzaron a promover un incremento de los recursos locales destinados a la financiación de los servicios de salud, porque en la mayoría de los casos los estados sustituían los recursos de su propio presupuesto por los recibidos vía transferencia desde el Gobierno central, práctica denominada en los países anglosajones “flypaper effect” (literalmente, efecto del papel cazamoscas), a la que Silvia Porto, para el caso particular brasileño, llamó “efecto sustitución” (Porto, 1991), y Thomas Bossert, para los casos de Chile, Colombia y Bolivia, “pereza fiscal” (Bossert, 2000).

Bolivia y Chile incorporaron procesos de desconcentración a favor de las autoridades de salud regionales como fases iniciales de sus procesos de descentralización, buscando de esta manera avanzar luego hacia el modelo de devolución a los municipios. Ambos países encararon reformas políticas y administrativas profundas, aunque Chile lo hizo veinte años antes. Para ello, dispuso la creación del FONASA, cuya función era otorgar recursos inicialmente determinados por un sistema nacional de pago por prestación de servicios, que vinculaba la financiación con la demanda de servicios, denominado FAPEM (Facturación por Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipales). Esto llevó a una explosión del gasto. El mecanismo fue más tarde limitado a presupuestos históricos, los cuales se negociaron entre las municipalidades y el fondo central. El sistema de atención primaria municipal recibe un 30% de los fondos de salud pública en más de 1500 consultorios y postas de salud (Carciofi et al., 1996). Los gobiernos locales tuvieron la obligación de contribuir con una porción de sus recursos propios para el financiamiento del sistema. Para ayudar a las municipalidades a asumir esta responsabilidad, Chile puso en práctica un innovador fondo de equidad horizontal, llamado fondo común municipal, que redistribuía una porción de los recursos propios de las municipalidades más ricas hacia las más pobres.

En Bolivia, como resultado del proceso de reforma, la inversión social como porcentaje del producto interno bruto se ha más que duplicado entre 1993 y

1995, al aumentar de 1,71% a 3,61%. Además, el nivel gubernamental para la toma de decisiones de gasto ha variado considerablemente. En 1993, los gobiernos municipales controlaban solo 15% de la inversión del país. En 1996, esta proporción había aumentado a más de 40% e incluía la inversión en infraestructura en salud, educación y saneamiento.

En el Paraguay, la Ley 1032 de 1996, que estableció el Sistema Nacional de Salud, adoptó esta modalidad de gestión. Se avanzó en la descentralización del gasto operativo, que se caracteriza por canalizar recursos financieros desde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la Nación hacia las regiones sanitarias, aunque estas no se han descentralizado en su interior, pues no se ha llegado al manejo de recursos operativos al nivel de los centros y puestos de salud, y por otro lado no se avanzó en lograr una relación directa entre las dependencias ejecutoras (regiones sanitarias) y el organismo proveedor de fondos (Ministerio de Hacienda).

Es interesante señalar que en cada una de las tres modalidades de desconcentración de los servicios de salud identificadas en América Latina se privilegió uno de los tres principales componentes de todo sistema sanitario. Así, mientras que la desconcentración hacia las delegaciones sanitarias responde a un imperativo del modelo de gestión: aumentar la amplitud del control, la creación de regiones sanitarias busca dar cumplimiento a un imperativo del modelo de atención: definir un esquema sanitariamente adecuado de división territorial del trabajo médico. A su vez, la desconcentración de los servicios de salud, que fue denominada cogestión, prioriza la búsqueda de nuevos esquemas de financiación respondiendo al imperativo de diversificar y sincronizar fuentes de recursos.

Devolución de los servicios de salud en América Latina

Al constituir la modalidad más integrada, ya que se descentralizan sistemas más que meramente servicios, la estrategia de devolución de los servicios de salud supone un conjunto de desafíos mayores. Varios países de la región avanzaron en este sentido, aunque también por diferentes senderos, entre los cuales se destacan la municipalización y la provincialización o departamentalización.

Se trata de la estrategia descentralizadora propia de los regímenes federales. Podría incluso sostenerse como hipótesis que los países federales siguen un camino diferente. Aunque no pueda atribuirse solo a este factor, la extensión territorial tuvo gran influencia en la configuración del régimen de gobierno.

No es casualidad que la Argentina, el Brasil y México, tres de los países más extensos de la región, hayan incorporado modelos federales. Sin embargo, un estudio que construye un índice de descentralización y lo aplica en 45 países concluyó que el gasto local no resulta proporcionalmente mayor en los regímenes federales que en los unitarios (Vieira, 1971).

Por otro lado, se ha podido verificar que algunos regímenes unitarios han asumido formas bastante avanzadas de devolución de sus servicios. Cabe observar sin embargo que la configuración unitaria facilita el comando único de sus políticas. En otras palabras, en los países unitarios que optaron por formas de devolución, aunque los servicios de salud son descentralizados se tiende a mantener un comando centralizado en acciones de salud pública tales como la fiscalización sanitaria y el control de las enfermedades transmisibles.

Municipalización

Varios países de la región constituyen ejemplos de devolución de los servicios de salud a los gobiernos municipales. En Chile se municipalizó la atención primaria de salud a partir de una serie de decretos promulgados de 1979 en adelante. En 1988 se dio por concluido este proceso, habiéndose transferido a los municipios 91,6% de los consultorios médicos urbanos y 100% de los consultorios y puestos de salud rurales. Esta transferencia comprende, entre otros ítems, el personal, el patrimonio y la responsabilidad por todas las acciones ambulatorias, incluidos los suplementos alimentarios, la vacunación, las visitas domiciliarias y la educación para la salud. Los municipios quedaron facultados para contratar localmente a precios de mercado. El instrumento financiero para dar sustento a esta devolución fue la Facturación por Atenciones Prestadas en Municipios (FAPEM), un mecanismo de reembolso a precios únicos para todo el país. En forma complementaria, se autorizaba a los municipios a cobrar a los usuarios por las prestaciones brindadas. Ese cobro fue derogado en 1990 porque resultaba poco viable, puesto que los beneficiarios eran exclusivamente personas de bajos recursos.

En el Brasil se encuentra una de las expresiones más decididas de descentralización bajo la forma de devolución a nivel municipal. La Constitución brasileña de 1988 consagra el derecho universal a la salud mediante la creación del Sistema Único de Salud (SUS). Entre los principios que guían al SUS se destaca la descentralización, con una gestión unificada en cada esfera de gobierno —federal, estatal y municipal—, y la participación social a través de la

representación de diferentes sectores de la población en el Consejo Nacional de Salud y en los consejos estatales y municipales de salud, que tienen la misión de aprobar las decisiones y fiscalizar las acciones del Poder Ejecutivo en materia de salud.

Los factores condicionantes de la eficacia de este modelo fueron garantizados por medio de la creación del Fondo Nacional de Salud y de fondos correspondientes a los ámbitos estatal y municipal. Según expresa André Medici “entre 1985 y 1996 la participación del gobierno federal en el financiamiento de la salud se redujo de 73% a 54%, mientras que la de los municipios aumentó de 9% a 28%. Los estados mantuvieron su participación estable en 18%” (Medici 2002: 4-5).

Por otro lado, el hecho de que la mayor parte de los prestadores fueran privados contratados por el Gobierno facilitó la separación de las funciones de provisión y financiamiento y la incorporación de modelos de subsidio a la demanda. Se pusieron en práctica diferentes mecanismos de pago a los prestadores de salud, entre ellos las Autorizaciones de Internación Hospitalaria, que establecen un monto de remuneración para cada procedimiento diagnóstico, y las Guías de Atención Prestacional, que remuneran actos ambulatorios.

Una particularidad de la ingeniería de la devolución de responsabilidades en materia de salud en el Brasil es la gradualidad. En 1993, sobre la base de las recomendaciones de la IX Conferencia Nacional de Salud realizada en agosto de 1992, y tomando en consideración la diversidad de realidades sanitarias, políticas, económicas, sociales, institucionales y culturales existentes en el territorio brasileño, se elaboró una estrategia de descentralización que buscó contemplar los diferentes ritmos del proceso en cada unidad pública proveedora de servicios de la federación. Se definieron diferentes categorías de gestión del sistema de salud para los estados y municipios, con atribuciones, responsabilidades e incentivos financieros específicos que varían en función de la autonomía del ente gestor del Sistema Único Sanitario en las esferas descentralizadas, en cuanto al planeamiento, programación y financiamiento de las acciones ambulatorias y hospitalarias. Para implantar estas condiciones de gestión, los estados y los municipios podrían reclamar su encuadramiento a los entes mixtos pertinentes (la Comisión Tripartita de Intergestores en el nivel federal y la Comisión Bipartita de Intergestores en la esfera estatal), de acuerdo con su voluntad y capacidad técnico-operativa, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos establecidos para cada condición, para entonces ser avalados por este foro, según la complejidad de las tareas a ejecutar. Esta estrategia, ampliamente

discutida, fue aprobada por el Consejo Nacional de Salud y publicada por Resolución ministerial como la Norma Operacional Básica SUS 01/93.

A medida que los municipios avanzan de una condición a la siguiente, adquieren mayor autonomía en el control de los recursos financieros. Así, inicialmente las transferencias para remuneración de las prestaciones de salud se realizan directamente del gobierno federal a los servicios (ambulatorios y hospitalarios). Luego, los gobiernos municipales se convierten en receptores de estos recursos y son ellos mismos los que contratan y controlan la red asistencial.

Bolivia fue otro país que definió como imagen-objetivo la municipalización de la salud. El proceso se inició con la Ley de Participación Popular (1994), que devolvió el control sobre los presupuestos operativos y de inversión para el desarrollo social a las municipalidades. Sin embargo, como ya se mencionó, el control sobre el personal y las remuneraciones permanecía en las instancias desconcentradas del Ministerio de Salud (los DILOS). La ley, además, creó nuevas municipalidades (más de tres cuartos de las 311 totales), las cuales eligieron sus gobiernos comunales por primera vez en 1995.

En un principio fueron las municipalidades las encargadas de asignar la transferencia intergubernamental (coparticipación) hacia una lista seleccionada de actividades en el sector social, sin restricciones en cuanto a la cantidad asignable a cada una de ellas. Las municipalidades debían coordinar los diversos planes con las autoridades regionales de los ministerios centrales, aunque una evaluación de esta descentralización realizada por Bossert advierte que las autoridades sanitarias locales detentaban un escaso control sobre las asignaciones finales y muchas municipalidades no asignaban los recursos correspondientes a salud (Bossert 2000: 13). Esto condujo finalmente a la conformación del seguro maternoinfantil como una alternativa de política sanitaria.

La provincia de Córdoba, Argentina, también mediante la adopción del modelo de municipalización de la atención primaria, efectuó una profunda reforma del Estado a través de las leyes 8835 a 8837, en la que se destaca la descentralización de los servicios de salud hacia los municipios. Una innovación de esta provincia es la figura de los entes intercomunales, organismos de naturaleza intermunicipal que no representan un nuevo nivel de gobierno, pero pueden ser delegados por sus constituyentes a prestar servicios o funciones propias o delegadas por la Provincia, y pueden ser asistidos por esta, técnica y financieramente, para su desarrollo. Se han constituido 18 entes, que avanzarán en la discusión de problemas locales a escala “micro” o subregional, primer

eslabón en el proceso de integración regional proyectado para la Región Centro y en la prestación de servicios asociados.

Provincialización o departamentalización

Argentina, Colombia, México y Venezuela avanzaron en esta estrategia de devolución de los servicios de salud hacia instancias intermedias de gobierno durante los últimos treinta años. En la Argentina se transfirieron los servicios nacionales a las provincias en 1978, completándose la transferencia en 1991. De esta forma se procedió a alterar el reparto de fondos. Ante las dificultades para viabilizar una modificación en la distribución de los ingresos (régimen de coparticipación fiscal) se modificó el compromiso del gasto. Como consecuencia, se registró un progresivo incremento del gasto en salud de los gobiernos provinciales, que también elevó el gasto público sanitario total del país.

En México, los servicios de la Secretaría de Salud fueron los únicos descentralizados durante la Administración de Zedillo (1994-2000). El nivel federal se desvinculó de todas las responsabilidades operacionales y redefinió su misión y funciones en torno a la formulación de políticas y la administración. Se traspasó a los estados la gestión de los recursos humanos, físicos y financieros, además de 75% del presupuesto. Con el apoyo financiero del Banco Mundial se implementó el Programa de Ampliación de Cobertura, uno de cuyos componentes (con una asignación de US\$ 61 millones) fue el de Desarrollo y Descentralización Institucional, encargado de completar la transferencia de los servicios a los 32 estados y sus niveles de jurisdicción de salud. Esto supuso prestar asistencia a los Organismos de Salud Estatal para la capacitación de los administradores, el desarrollo de sistemas de información, y el mejoramiento tanto de la gestión financiera como de los sistemas de adquisición e inventario y de la calidad general del sistema de atención sanitaria. Una revisión sintética de esta experiencia realizada por Patricio Márquez y Willy de Geyndt advierte que es posible “que los estados más débiles se vean perjudicados por la descentralización de la administración de los recursos humanos, físicos y financieros de los 32 estados y entidades federales y por la competencia que se genera entre ellos para obtener recursos” (Márquez, de Geyndt, 2003: 4). Ello, según los autores, justifica la asistencia técnica y el apoyo del nivel central.

En Colombia, la devolución también se llevó a cabo en el nivel de los departamentos (equivalentes a provincias o estados en otros sistemas). En este país el proceso de descentralización sectorial fue impulsado en la Constitución de

1991 y plasmado en las leyes 10, 60 y 100). El proceso significó la devolución de las instalaciones de salud, el personal y las responsabilidades a los 32 departamentos y 1070 municipios. A los municipios se les asignaron responsabilidades respecto de la prevención y promoción, las instalaciones de atención primaria y los hospitales de primer nivel. Correspondió a los departamentos el control de los centros de salud secundarios y terciarios y de los mayores hospitales, así como la realización de las principales campañas de salud pública. Las autoridades locales tuvieron que cumplir con una serie de requisitos, que incluyeron el establecimiento de pensiones y un fondo independiente de salud, y una demostrada capacidad de planificación, a fin de ser certificadas para asumir el control de la mayor fuente de transferencias intergubernamentales: el situado fiscal. Las municipalidades, sin embargo, recibieron una transferencia separada: la “participación municipal”, destinada a salud y educación, de modo que contaron con algunos fondos para asignar a la salud, incluso antes de ser certificadas por el Ministerio de Salud. La certificación les proporcionó un significativo control sobre diversas funciones, como se muestra en el siguiente análisis de los espacios de decisión. En un principio la certificación se implementó lentamente: en 1994 solo 19 municipalidades habían sido certificadas y solo ocho más se incorporaron en 1995. Sin embargo, en 1996 y 1997 fueron certificadas casi 300 municipalidades —prácticamente un tercio del total— (Bossert, 2000: 11).

Seguros públicos locales de salud en América Latina

Un relevamiento encargado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OPS mostró que en América Latina y el Caribe cerca de 218 millones de personas carecen de protección contra las enfermedades (OIT/OPS, 1999). Para superar este desafío se comenzó a recuperar la figura de los seguros de salud. Esto requiere identificar claramente las prestaciones cubiertas y a los prestadores habilitados para brindarlas, así como a los beneficiarios empadronados.

Se ha debatido sobre la conveniencia de que los servicios de salud dependan del nivel central o se organicen en forma descentralizada y, dentro de esta última opción, si resultaría conveniente que lo hagan en la esfera de las instancias intermedias, tales como estados, provincias y departamentos, o si deberían implementarse directamente desde los municipios y comunas. Hasta el decenio de 1980 el debate se inclinaba hacia la búsqueda de garantías a nivel nacional, pero en los años noventa se comenzó a rever la posibilidad de implementarlas localmente. Hay argumentos económicos en contra de la descentralización del

aseguramiento hacia unidades poblacionales reducidas. Se ha señalado que las unidades donde se producen los servicios tienen que ser lo suficientemente grandes para lograr economías de escala y ello no siempre se logra desde los gobiernos locales. William Savedoff, economista Senior del Banco Interamericano de Desarrollo, plantea que “no se sabe claramente si la mayor parte de las municipalidades están en posición de ofrecer un esquema de seguros de salud, puesto que ello suele exigir la cobertura de un mínimo de 100 000 personas si ha de resultar económicamente eficiente” (Savedoff, 1998: 7).

En la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar llevada a cabo en Sevilla en mayo de 2002, se identificaron las siguientes estrategias de aseguramiento en salud: (a) regímenes especiales de seguros sociales sin esquema contributivo, (b) seguro voluntario con subsidio gubernamental, (c) focalización de la oferta, (d) seguros comunitarios y (f) pluralismo estructurado. A continuación se examina cada uno de ellos.

Regímenes especiales de seguro social sin esquema contributivo. Esta estrategia está orientada a satisfacer las demandas de grupos especiales de población, según edad, sector productivo o necesidades específicas. Las restricciones mencionadas, que suponen la necesidad de contar con economías de escala introducen limitaciones al desarrollo de seguros desde la esfera municipal. Por ejemplo, se puede afirmar que en Bolivia el seguro maternoinfantil frenó en cierta medida la municipalización. En este país, después de hacerse evidente en 1996 que muchas municipalidades no asignaban a la salud ninguno de los recursos que preveía el nuevo régimen de municipalización instaurado en 1994, se creó la Ley de Seguro Maternoinfantil, que específicamente afectó a 3% de los recursos coparticipados para financiar las provisiones y el equipamiento de un paquete básico de beneficios para madres y niños. En un principio, la incapacidad del ministerio para incorporar y ejecutar las normas y exigencias limitó su habilidad para controlar las decisiones locales, lo que abrió un amplio abanico de alternativas. Sin embargo, con la implementación del Seguro de Salud Maternoinfantil se procuró definir e introducir normas más exigentes, restringiéndose así el ámbito de decisión local.

En conclusión, cuando el seguro incorpora una lógica organizativa diferente de la adoptada por las instancias de gobiernos locales, puede terminar contradiciendo la descentralización. Esto se resolvió en la Argentina, donde el Plan Federal de Salud 2003-2007 enuncia no un seguro sino un Programa Nacional para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales. Este programa se fija como objetivo promover la cobertura de los menores de 6 años,

las mujeres embarazadas y las madres puérperas hasta los 45 días posteriores al parto que no tengan cobertura explícita de salud inicialmente en las regiones del Noroeste y Nordeste del país. Las provincias serán las encargadas de comprar y pagar las prestaciones para dicha población, pudiendo hacerlo con proveedores públicos y privados. A su vez, serán responsables de empadronar a la población objetivo y verificar, contra los padrones de la Seguridad Social Nacional y Provincial, que los beneficiarios no posean cobertura explícita. Para apoyar este esquema la Nación transferirá recursos a las provincias que incorporen este seguro bajo la forma de un valor per cápita por beneficiario uniforme para todas las provincias.

Seguro voluntario con subsidio gubernamental. Es una estrategia que no crea nuevos seguros sino que permite que grupos excluidos se incluyan en un esquema de seguridad social sin cumplir con todos los requisitos de membresía. Resuelve la problemática de la población excluida en la medida en que la autoridad pública esté dispuesta a seguir financiando el proceso. Cuando la provisión de servicios a este grupo presenta diferencias con los regímenes ordinarios de los seguros sociales, esta modalidad resulta inequitativa. Por otro lado, la descentralización de los servicios de salud que se estaría promoviendo sería horizontal, ya que no promueve ninguna delegación de autoridad ni poder de decisión a los gobiernos locales o intermedios.

Colombia incorporó la figura del régimen subsidiado en su Ley 100. A su vez, el Brasil disponía de un esquema de subsidios a las empresas que brindasen protección de salud a sus empleados. Según André Medici (1991: 11) tales subsidios representaron 3,4% de los gastos de la previsión social en salud (INAMPS) del gobierno brasileño en 1981 y fueron decreciendo hasta extinguirse con la aplicación del Sistema Único de Salud en 1988. En la Argentina se ha propuesto la implementación de un esquema mediante el cual el Gobierno convocaría periódicamente a las obras sociales para licitar montos capitados con los que se adquiriría cobertura médica para familias pobres (Panadeiros, 1996).

Focalización de la oferta. Se trata de proveer servicios específicos y centrados en determinados grupos poblacionales. El principal ejemplo en la Región es el del FONASA chileno, que permite a la población sin posibilidad de afiliarse a un seguro privado (ISAPRE) contar con aseguramiento público de salud en servicios que en atención primaria son municipales pero en el nivel hospitalario continúan siendo centralizados.

Al concentrar la oferta de servicios y recursos disponible sobre una porción de la población, esta estrategia permite mejorar el acceso y los resultados

a corto plazo y con recursos relativamente menores que los que requiere un seguro universal. Sin embargo, plantea desafíos en cuanto a la sustentabilidad financiera y la articulación con las otras prestaciones de los servicios. Además, si el paquete de servicios cubierto se confecciona sin consulta previa, puede no responder a las necesidades reales o percibidas de la población considerada, lo que agravaría el déficit de legitimidad del sistema.

Seguros comunitarios. Se trata de autoseguros o seguros autogestionados por los usuarios bajo la forma de mutuales o cooperativas. Las experiencias por lo general se refieren a comunidades con grandes dificultades de acceso a otras alternativas de protección en materia de salud. Aunque el esquema organizativo necesario puede resultar complejo para ser eficiente, puesto que requiere garantizar condiciones tales como una administración profesional y economías de escala, buena parte de los seguros de salud de la Región surgieron inicialmente bajo esta forma: es el caso de las mutuales, los sistemas médicos de las comunidades inmigrantes, e incluso parte de lo que en el Brasil se llamó Medicina de Grupo.

La OIT ha explorado la relación de estos esquemas de aseguramiento a los que llamó “microseguros” con los poderes locales. En América Latina hay un conjunto de experiencias disímiles en ese sentido, aunque aparentemente con dificultades de expansión. Para tener éxito requieren una adecuada articulación con los servicios públicos, a los que suelen recurrir ya sea por medio de subsidios cruzados o de la compra de servicios. Una experiencia destacable al respecto es el seguro de salud creado por la comuna de Trenque Lauquen (Argentina), donde los beneficiarios deben hacerse cargo de una contraprestación en especie o con su propio trabajo (Szpindel, Tarella, 1999). Un problema adicional es cómo establecer límites a la cobertura, y en particular a la cobertura de enfermedades de alto costo (por ejemplo, el SIDA), las cuales pueden agotar rápidamente las reservas financieras. Los casos exitosos reflejan situaciones en las que se logró una buena articulación con los servicios públicos y una combinación de distintas fuentes de financiamiento, mientras se respetaba la participación comunitaria en los procesos de decisión.

Pluralismo estructurado. Se trata de expandir el aseguramiento en salud para que alcance la universalidad. Es importante distinguir dos figuras que combaten la fragmentación del sistema. Por un lado, las denominadas estrategias de “pluralismo estructurado”, y por otro, un esquema de servicios nacionales. En la primera conviven diferentes formas organizativas de protección de la salud, pero todas ellas con identificación nominada de la población a cargo y de

las prestaciones cubiertas. El segundo es una sola institución, como la Caja Costarricense de Seguro Social, e incluso puede operar en forma fuertemente descentralizada, como el actual Sistema Único de Salud del Brasil.

En toda América Latina se ha debatido la conveniencia de avanzar hacia un sistema de pluralismo estructurado (Londoño, Frenk, 1997). La reforma de la seguridad social colombiana, instrumentada a través de la Ley 100, avanza decididamente en ese sentido, aunque aún no ha llegado a alcanzar la cobertura universal de la población del país. En la Argentina se ha mantenido un arduo debate sobre la conveniencia de incorporar seguros provinciales de salud que permitan universalizar el aseguramiento y preservar la autonomía provincial. No se logrado sin embargo establecer una definición común de cómo deben ser estos seguros, y se registran marchas y contramarchas en su puesta en práctica. Por su parte, Chile, con el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), intenta avanzar desde el modelo de atención definiendo un conjunto de enfermedades cuyo tratamiento ha sido protocolizado y normalizado a nivel nacional, y es requisito que todos los aseguradores, ya sea las entidades privadas conocidas como ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional) o el sistema público (FONASA) deben respetar.

Delegación de los servicios de salud

La delegación ha sido impulsada en el sector salud como forma de proveer autonomía a los hospitales en el marco de la búsqueda de mayores niveles de competencia y de la orientación de los flujos de financiamiento hacia la demanda. En otros términos, se trata de sustraer los mayores servicios (en volumen de recursos y de actividad) de la administración directa estatal para convertirlos en entidades autónomas con características empresariales y competitivas. El principio básico de esta descentralización es lograr que los hospitales públicos reciban recursos en función de su producción y los empleen con relativa autonomía de acuerdo con sus propias necesidades administrativas.

El hospital cardiológico de la Universidad de São Paulo (Instituto do Coração) fue quizás el primer hospital público para el cual se postuló una estructura empresarial en la región (Novaes, 1976); luego avanzó en el mismo sentido el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Mordelet et al., 1993). En la Argentina esta modalidad se inauguró con el Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan en 1987 (O'Donnell, 1995).

La fragmentación de los sistemas de salud de la Región facilitó el empleo de esta figura. Como en América Latina los servicios públicos de salud son de acceso universal, se registra un subsidio cruzado (de los fondos públicos hacia los seguros de salud) cada vez que la población que cuenta con algún esquema de aseguramiento utiliza servicios públicos. Por tal razón, la posibilidad de que los hospitales públicos cobren a los seguros sociales y privados de salud por las prestaciones que brindan a sus beneficiarios incorporó otra fuente de financiación para los servicios de salud (en especial para los más caros), lo que significó una alternativa para reducir los gastos sectoriales y al mismo tiempo incentivar mayor eficiencia en la gestión. Por estos motivos, y en el marco de una ampliación de la cobertura y el acceso a los servicios, en Costa Rica se llegó a transferir servicios del Ministerio de Salud hacia la Caja Costarricense de Seguro Social

Durante la primera mitad del decenio de 1990 las provincias de Mendoza y Buenos Aires (Argentina) postularon leyes de descentralización hospitalaria que habilitaban a los servicios públicos a facturar las prestaciones a los seguros de salud, reteniendo y empleando parte de lo recaudado. En la Argentina, el Decreto 578 de 1993 ratificó la resolución del Ministerio de Salud que establece el Registro Nacional de Hospitales de Autogestión habilitados para cobrar por sus prestaciones a las obras sociales (Argentina, 1993). La Ley 100 de la reforma colombiana también establece efectores autogestionados.

En el Uruguay se impulsó un proceso paulatino de descentralización de los servicios de salud que llegó incluso a plasmarse en proyectos de ley, pero sin que se lograra el consenso para su concreción entre los agentes involucrados, habiéndose hecho explícita la oposición a los cambios proyectados por parte de actores fundamentales del sistema. Si bien el proceso de descentralización es más una intención que una realidad, ha cobrado fuerza la idea de implementar hospitales públicos autogestionados, y se seleccionaron nueve de ellos para la etapa inicial. Se trata de otorgarles mayor autonomía en el manejo de los recursos (con obtención de fuentes alternativas de financiamiento), fortaleciendo las direcciones técnico-administrativas y permitiéndoles competir en el mercado sobre la base de una mejor calidad de las prestaciones brindadas.

En Chile, los hospitales no fueron devueltos a los gobiernos municipales; en consecuencia, las municipalidades no tomaron decisiones relativas a su organización. Los hospitales continúan bajo la forma de administración directa por parte del sistema público nacional, aunque se ha avanzado en la incorporación de formas de presupuestar y transferir recursos financieros vinculados con la

demanda y la producción de servicios. Por último, se encuentran incipientes formas de delegación en Bolivia, donde las autoridades locales entregaron distintos grados de autonomía a los hospitales locales, con bastante independencia respecto del Gobierno nacional.

Privatización de los servicios de salud en América Latina

La privatización de los servicios de salud, como forma de descentralización, ha adquirido tres formas: (1) concesión de servicios públicos, (2) incorporación de organismos no gubernamentales (ONG) como efectores de servicios públicos de salud y (3) arancelamiento y cierre de servicios públicos.

Concesión de servicios públicos

Una experiencia innovadora fue la implantación del Plan de Asistencia Médica (PAS) en São Paulo (Brasil), la mayor ciudad de América Latina. A finales de los años noventa se incorporó un esquema organizativo para el primer nivel de atención que establecía responsabilidad nominada de los servicios sobre una población determinada. De acuerdo con esta modalidad los profesionales de la salud tomaban los servicios públicos bajo la forma de una especie de franquicia, y recibían del gobierno municipal una retribución capitada. Entre las críticas que se formularon a esta política cabe destacar la incorporación de incentivos a la derivación de pacientes al segundo nivel de atención. En enero de 2001 el secretario de Salud, Eduardo Jorge, propuso la reformulación del PAS en el sentido de la distritalización. El proyecto comprende la creación de 40 distritos de 250 000 habitantes cada uno, responsables de dispensar atención primaria de salud. A su vez, los 16 hospitales públicos municipales funcionarían en forma autogestionada. El modelo guarda cierta similitud con las unidades locales de salud incorporadas en Italia.

En El Salvador se estableció en 1996 un convenio entre el Ministerio de Salud y la Fundación Salvadoreña para la Salud y el Desarrollo (FUSAL), por medio del cual esta última asumía la responsabilidad integral por la administración y la integración de su trabajo y personal para la prestación de servicios en todo el municipio de San Julián. Este modelo incluye la formación de un comité inter-institucional de coordinación que comprende a todos los actores locales, tales como educadores, la iglesia, representantes del Ministerio de Agricultura, la policía civil nacional, el alcalde, otras cinco ONG y la unidad local de salud.

En la Argentina, a finales de la década de 1990 la provincia de Salta concedió la explotación de un nuevo hospital público provincial (Hospital El Milagro) a una firma consultora de origen catalán. El contrato establece un pago mensual por parte del gobierno provincial a la firma administradora del hospital para hacerse cargo de la atención de las personas que no cuentan con cobertura de salud, así como de la facturación y cobro a los seguros de salud (obras sociales y empresas de medicina prepaga).

Incorporación de organizaciones no gubernamentales como efectoras de servicios públicos de salud

En los países donde la infraestructura pública de salud resulta insuficiente para garantizar el acceso de la población a los servicios básicos, ha crecido la participación de instituciones autogestionarias que brindan dichos servicios, a menudo contando con el apoyo financiero de otras entidades del Primer Mundo. Tal es el ejemplo de Bolivia, donde, como ya se mencionó, se instituyeron las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), diseñadas para permitir la participación de la gente común en el gobierno local a través de Comités de Inspección. Se trata de nuevas entidades incorporadas en la Ley de Participación Comunitaria que incluían a ONG indígenas y campesinas, organizaciones vecinales y otras. Un estudio sobre 17 municipios de ese país verificó que en ocho de ellos estas entidades habían establecido contratos con las autoridades locales para la provisión de servicios de salud (Bossert, 2000: 39). En los países cuya oferta pública es más significativa, las ONG concentran su oferta en la provisión de servicios destinados a mejorar la calidad o el acceso respecto de determinadas enfermedades crónicas.

Por último, se han puesto en práctica en la Región iniciativas de cooperación entre gobiernos y ONG (OPS, 1998). En Guatemala se creó en 1997 el Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS), que aspira a brindar un paquete básico de servicios a toda la población del país. Para ello, la provisión se realiza en forma coordinada entre las ONG y el Gobierno. En Honduras, bajo la proclama de “Salud para todos y por todos”, se instauró en el mismo año una Red Nacional de ONG para Servicios de Salud Integrados, orientada a articular sus acciones con los gobiernos locales. En Colombia, entre 1994 y 1996 se instituyó un Programa de Empresas Solidarias de Salud por medio del cual treinta ONG contribuyeron a aumentar la cobertura de los servicios a la comunidad por medio de convenios con el Ministerio de Salud del país. En la Argentina

existe desde hace más de 10 años un convenio entre la Fundación René G. Favaloro y el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, mediante el cual la Fundación se hace cargo de las cirugías cardíacas de alto riesgo (tales como trasplantes de corazón) derivadas por hospitales públicos provinciales y es el Ministerio quien financia esas prestaciones. Por otro lado, en 2002 se registró un punto de inflexión en las prácticas de cooperación entre el gobierno y las ONG en salud, a partir de la implementación del Programa Remediar, que provee medicamentos esenciales a casi 5000 centros de atención primaria de todo el país para ser entregados en forma gratuita a la población de bajos recursos. Dicho programa celebró un convenio con Cáritas y la Cruz Roja, las principales redes sociales del país, entre cuyas tareas se cuenta la provisión de medicamentos a la población. Por medio de este esquema de cooperación, en lugar de incorporar a estas ONG como efectoras del programa, sus voluntarios pasan a hacerse cargo del control social directo del funcionamiento del programa en todas las localidades del país contribuyendo así a que la provisión de los medicamentos en los servicios públicos de atención primaria se realice en tiempo y forma.

Arancelamiento y cierre de servicios públicos

Aunque todas las constituciones de los países de la Región incluyen la salud como derecho universal, varios servicios públicos de asistencia sanitaria pasaron a ser arancelados en la década de 1990. El fundamento de esta medida encuentra una doble vertiente. Por un lado, la Declaración de Alma-Ata (1978) propuso la intervención de las comunidades en la financiación de los servicios primarios como mecanismo para aumentar su participación en la toma de decisiones y hacer que los funcionarios y prestadores fueran responsables de sus acciones ante la comunidad (generar *accountability*). Por otro lado, la Iniciativa de Bamako (nombre de la capital de Malí), una reforma de salud auspiciada por el Banco Mundial con el apoyo de UNICEF y puesta en marcha en 1987, recomendó a los países africanos el arancelamiento como mecanismo para asegurar los servicios y mejorar su calidad. Varios documentos posteriores del Banco Mundial, en especial el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud*, insistieron en esta prédica.

El caso más importante de arancelamiento como política nacional explícita es el de México, cuyo Gobierno incorporó en 1984 el Sistema Nacional de Cuotas de Recuperación. El sistema surgió en el contexto de la reforma de

los servicios de salud, en particular en la denominada primera fase de la descentralización. Antonio Ugalde y Nuria Homedes analizaron el efecto de este arancelamiento sobre la demanda de servicios de salud en el estado de Nuevo León (Ugalde, Homedes, 2002). Los autores verificaron que la recaudación por la vía del arancelamiento ascendía a 25% del presupuesto de la jurisdicción, excluyendo los salarios.² Sin embargo, hallaron una serie de disfunciones en el modelo. En primer lugar, no generaba mayor compromiso de la comunidad en cuanto a sus cuidados de salud, sino que incorporaba barreras de acceso. En segundo lugar, la demanda se redujo y una parte de la población comenzó a recurrir a servicios privados baratos y próximos a sus hogares. En tercer lugar, fomentaba la inequidad, al incorporar un tributo regresivo al que llamaron “impuesto al enfermo”. Por último los autores desestiman la hipótesis de la conveniencia del uso de aranceles o cuotas de recuperación para incrementar el salario de los proveedores y afirman que se transforma en una subvención por parte de los pobres a la clase media profesional.

Países como el Ecuador y el Paraguay aún mantienen servicios públicos de salud arancelados incluso en el primer nivel de atención, lo que constituye una barrera de acceso a los servicios esenciales para los sectores de menores ingresos. En el Paraguay, de acuerdo con datos de la Encuesta Integrada de Hogares de 2001, de la totalidad de los que consultan en la red pública solo 17,9% pertenece al primer quintil de ingresos, frente a 26,8% del tercer quintil. Por otro lado, 16% de los que consultan a servicios privados pertenecen al primer quintil de ingresos. Se puede inferir que para las personas más pobres del país los servicios públicos resultan apenas más accesibles que los privados (OPS-MSPyBS, 2003: 29).

La legislatura de la Ciudad de Buenos Aires promulgó en 1976 la ordenanza No. 33 209, que introducía el arancelamiento hospitalario para todos los servicios de atención médica, odontológica, análisis clínicos, así como otras prestaciones médicas y paramédicas dispensadas por los centros asistenciales comunales. La ordenanza estuvo vigente durante todo el gobierno militar y fue derogada por el gobierno democrático en 1983. Un estudio atribuye a este decreto, entre otros factores, la reducción de la demanda que se registró en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires entre 1969 y 1980 (De Luca de Isuani, 1993: 57-58).

² Otra fuente sostiene que en México la recaudación total por cuotas de recuperación ascendió a entre US\$ 4 y 5 millones entre 1996 y 2001 (Márquez, de Geydnt, 2003: 2).

En Bolivia, el seguro maternoinfantil incorporado en 1996 asegura el acceso gratuito a un paquete básico de beneficios para madres y niños. Esto representó una reforma significativa, puesto que hasta entonces las instalaciones médicas (hospitales, centros de atención primaria, etc.) tenían la facultad de establecer sus propias tarifas y retener lo recaudado.

En la mayoría de los casos el arancelamiento no se realizó en forma oficial a través de una norma legal que instituyera el cobro por los servicios. Por el contrario, en muchos servicios —tanto hospitalarios como de atención primaria— las organizaciones cooperadoras o las fundaciones vinculadas a ellas son las encargadas del cobro de bonos, que si bien tienen el carácter de contribución voluntaria incorporan fuertes barreras de acceso a la salud.

Los datos de un relevamiento de los niveles de exclusión en salud llevado a cabo entre 1989 y 1994 revelan que 27% de los latinoamericanos (unos 121 millones de habitantes) enfrentaban serias barreras de acceso económico a los servicios de salud (OIT/OPS, 1999).

Por otro lado, durante el decenio de 1980 se redujo drásticamente la cantidad de camas públicas en América Latina. En un análisis de la evolución de la cantidad de hospitales y camas hospitalarias desde 1957 hasta 1984, Juan Carlos O'Donnell señala que la tasa de camas por 1000 habitantes disminuyó de 3,0 a 2,66 (O'Donnell, 1995). Las principales excepciones fueron las del Brasil y Cuba. Los hospitales se redujeron en cantidad pero sobre todo en tamaño, esto último más como consecuencia de la evolución tecnológica que como resultado de una política expresa de disminución de la capacidad instalada. Al mismo tiempo, se registra una expansión del sector privado: si a finales de los años cincuenta representaban poco más de 10% de la oferta total, según un *Directorio de hospitales de la Región*, a mediados del decenio de 1990 la proporción se aproximaba a 45% (O'Donnell 1995: 335). Esto responde directamente a la premisa neoliberal del modelo reformista de contener la oferta de servicios (o al menos su expansión) y reducir los costos fijos de operación del sistema.

La retirada del Estado de la oferta de servicios públicos y gratuitos contribuyó en gran medida al aumento de la pobreza. A finales de los años noventa América Latina era la región donde la financiación de la salud dependía en mayor medida de los hogares. Un estudio conducido por Raúl Molina demostró que en el período 1997-1998 el promedio regional de gasto privado en salud como porcentaje del gasto sanitario total era de 58%, y en 10 de los 38 países

analizados superaba 60% (Molina, 2000). En la gran mayoría de los países, la casi totalidad de este gasto es de bolsillo y se destina principalmente al pago de consultas médicas y a la compra de medicamentos.

Características de la descentralización del sector salud en América Latina

Se presentan en el cuadro 3 las principales tendencias observadas en la formulación y aplicación de políticas descentralizadoras en América Latina durante los últimos treinta años, desagregadas tanto a partir de los tipos ideales como de la clasificación empírica aquí construida.

Un segundo abordaje de los procesos de reforma sectorial de la Región permitiría distinguir entre las lógicas decisorias privilegiadas. A partir de este esquema se puede pensar a los sistemas de salud como el conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres modelos: político —el modelo de gestión—; económico —el modelo de financiación—; y técnico —el modelo de atención o asistencial—. La problemática del modelo de gestión incluye la definición de las prioridades del sistema y de las decisiones que corresponden a la conducción, y la identificación del conjunto de principios y valores que guían el sistema y de las principales decisiones relacionadas con su conducción, así como de quién las toma y cómo se toman.

La problemática del modelo de financiación comprende un conjunto de cuestiones, a saber: cuánto debe gastar un país en salud, cuáles deben ser las fuentes adecuadas para el financiamiento sectorial y cómo transferir recursos desde el ámbito central hacia los niveles locales.

A diferencia de las dos anteriores, la problemática de los modelos de atención es estrictamente médico-sanitaria. En otros términos, se trata de la dimensión técnica más específica del sector: los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo médico. Las cuestiones que incluye son las vinculadas con los siguientes interrogantes: ¿qué tipo de acciones, prestaciones o servicios debe brindarse a la población? ¿A quién se debe cubrir? ¿Cómo prestar? ¿Con qué criterios? ¿Qué modalidades de referencia y contrarreferencia se han de adoptar?

A continuación se analizan las particularidades de los procesos de reforma y descentralización del sector salud en América Latina a la luz de estos modelos.

Cuadro 3. Tendencias de la descentralización sectorial en América Latina

Modelo	Alternativas	Países/experiencias
Desconcentración	Delegaciones sanitarias	Argentina (desde 1958) Chile, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) Bolivia (DILOS)
	Regiones sanitarias	Argentina Paraguay Chile (en el Servicio Nacional de Salud [SNS] y también en el Sistema Nacional de Servicios de Salud [SNSS])
	Cogestión	Brasil (AIS y SUDS) Bolivia Chile Paraguay
Devolución	Provincialización o departamentalización	Argentina Colombia México Venezuela
	Municipalización	Brasil Bolivia Chile (establecimientos de atención primaria de salud)
		Bolivia (seguro maternoinfantil) Argentina (seguros maternoinfantiles y PROFE ^a)
	Estrategias de aseguramiento local	Colombia (régimen subsidiado) Brasil (subsidio a planes privados)
Delegación		Chile (focalización de la oferta a través del FONASA)
	Autonomía hospitalaria	Argentina Brasil (Instituto do Coração [INCOR] de São Paulo y Hospital de Clínicas de Porto Alegre) Uruguay

^a El PROFE es un seguro de salud que brinda cobertura a los beneficiarios de pensiones no contributivas; sigue un esquema organizativo que en varios aspectos se asemeja al Medicaid estadounidense.

Cuadro 3. *(continuación)*

Modelo	Alternativas	Países/experiencias
Privatización	Concesión de servicios públicos	São Paulo-Brasil (PAS) Salvador (Fundación Salvadoreña para la Salud y el Desarrollo Humano [FUSAL]) Salta (Argentina)
	Incorporación de ONG como efectoras de servicios públicos de salud	Bolivia Guatemala Honduras Colombia Argentina
	Arancelamiento y cierre de servicios públicos	México Ecuador Paraguay Bolivia Ciudad de Buenos Aires

Fuente: elaboración propia en base a Tobar (2004).

Descentralización y modelos de gestión en salud en América Latina

Los procesos de descentralización de los servicios de salud en América Latina comienzan a perfilarse a partir de la segunda mitad del siglo XX y toman fuerza e impulso luego de iniciados los años ochenta. Se trata de procesos más o menos contemporáneos que en algunos casos presentan características comunes. Entre los países pioneros se encuentran la Argentina y Colombia, que comienzan a transitar los caminos de la descentralización sanitaria —si bien en forma muy incipiente— en el decenio de 1960.

El rasgo fundamental es que en América Latina el proceso de descentralización ha evolucionado sobre todo en el traspaso de competencias y fondos a los gobiernos de las entidades territoriales menores. No fue sino hasta mediados del decenio de 1990 cuando comenzaron a manifestarse con fuerza alternativas de descentralización que no suponen la transferencia de autonomía hacia entidades gubernamentales sino hacia los servicios, bajo la forma de la delegación.

En efecto, los ejemplos de esfuerzos por descentralizar competencias y recursos en las unidades de producción sanitarias son pocos —y su desarrollo aún muy tímido—. Un caso pionero es, en este sentido, el argentino, con la promoción de la figura de los hospitales públicos de autogestión. Pero se trata de una tendencia aún en estado embrionario.

Por otro lado, en algunos casos, como el de Colombia, los establecimientos perciben ingresos por la provisión de determinados servicios, pero estos son administrados por la jurisdicción a cargo de esa unidad. En este ejemplo, el proceso descentralizador previó para los hospitales cierto grado de autonomía en su funcionamiento pero también la obligación de rendir cuentas al distrito o municipio al que están adscriptos. Salvo en algunos casos en que el traspaso era voluntario o requería ciertas condiciones mínimas, la descentralización abarcó la totalidad del territorio de los países involucrados.

Entre los casos estudiados, algunas experiencias tendieron más hacia el nivel intermedio de gobierno, otras, en cambio, se inclinaron sobre todo hacia la municipalización, y otras realizaron el reparto de funciones y recursos de manera más homogénea y concurrente entre los subniveles de gobierno. Así, los ejemplos argentino, chileno, mexicano y nicaragüense constituyen los casos más paradigmáticos de traspaso hacia el nivel intermedio (provincias, estados, SILAIS). Por su parte, Bolivia, el Brasil y Colombia muestran una fuerte tendencia hacia la municipalización. Finalmente, el Paraguay evidencia la intención de establecer responsabilidades complementarias entre los subniveles de gobierno (municipios y departamentos).

Otra característica ha sido el recurso de la gradualidad en la implementación. Varios países recurrieron progresivamente a este mecanismo, que supone determinar categorías diferenciadas de niveles de autonomía, cada una con diversos requisitos. Así, Colombia estableció un mecanismo de certificación mediante el cual los departamentos solo adquieren plena autonomía de gestión cuando reúnen las condiciones previstas para que puedan asumir las responsabilidades que les corresponden. Lo mismo ocurre con los municipios: si bien reciben automáticamente algunas responsabilidades y recursos, deben cumplir con ciertos requisitos para obtener por parte de cada departamento respectivo su certificación y así poder administrar los hospitales que les corresponden y los recursos fiscales, hasta entonces tutelados por la entidad territorial intermedia.

En el Brasil existe un mecanismo similar que permite calificar a cada nivel subnacional en términos de una modalidad de gestión (gestión semiplena, gestión parcial, y, para los municipios, también gestión incipiente). Así, la jurisdicción

tendrá mayores o menores responsabilidades y recursos, dependiendo de la categoría en que se la ubique.

En el Paraguay, por otra parte, la transferencia es voluntaria, es decir que cada municipio puede o no solicitar la transferencia de los servicios del Ministerio. Además, para que esa transferencia tenga lugar es necesario que exista un Consejo Local de Salud en funcionamiento.

Las competencias que mantuvieron en su mayor parte los distintos entes centrales tienen que ver sobre todo con el financiamiento, la función normativa y las actividades programática y de planificación del sector. En general, la administración y la ejecución de los servicios de salud han sido traspasadas a los niveles inferiores de gobierno. Por otra parte, debido a las presiones sectoriales, la descentralización de la gestión de los recursos humanos ha debido enfrentarse con fuertes barreras para su administración por parte de los niveles inferiores de gobierno, y en muchos casos ha permanecido bajo la esfera central.

En cuanto a los mecanismos de coordinación interjurisdiccional, algunos de los modelos descentralizadores en América Latina han previsto espacios concretos de decisión en los que participan las distintas esferas de gobierno. Se trata en general de instancias de coordinación vertical entre las distintas jurisdicciones. Algunas de estas entidades tienen además una función democratizadora, es decir, de acercar las decisiones a la población. Así, por ejemplo, en Bolivia se creó el Directorio Local de Salud (DILOS), que es una instancia en el nivel municipal. Dicho organismo se encarga de establecer un mecanismo efectivo de coordinación de los tres niveles de gobierno y de participación ciudadana en la gestión de la provisión de los servicios de salud. Otro ejemplo es el del Consejo Nacional de Salud de México, que constituye un ámbito de coordinación entre el nivel central y las autoridades estatales, a través del cual los estados participan del diseño de las políticas nacionales. En Nicaragua, un Consejo Nacional de Salud asume exclusivamente la función coordinadora. El Brasil, por su parte, también cuenta con consejos de salud en sus distintas jurisdicciones (el Consejo Nacional de Secretarios de Estado de la Salud [CONASS], que nuclea a las autoridades estatales, y el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud [CONASEMS], que incluye también a las autoridades municipales.

Otra particularidad del proceso de descentralización de los sistemas de salud pública en diversos países latinoamericanos es el lugar que se le ha dado a la participación de la comunidad. Puesto que la descentralización es contemporánea al retorno a la democracia, no es de extrañar que en su implementación se haya buscado incorporar elementos de participación y control popular. Así,

la mayoría de los modelos ha previsto ámbitos precisos —generalmente en la esfera municipal— bajo la forma de distintas agrupaciones u organismos (consejos de salud, comités de vigilancia, juntas vecinales, etc.). Sin embargo, la intervención de esos entes colectivos en la toma de decisiones es aún limitada. Incluso las decisiones sobre el lugar reservado a la participación comunitaria fueron, en general, dejadas a las instancias locales, con las excepciones de Bolivia y del Brasil, donde por medio de leyes nacionales se instauraron y reglamentaron espacios participativos.

Puede decirse entonces que la mayoría de los procesos de descentralización en América Latina presenta las características de una devolución híbrida puesto que, aun habiéndose traspasado un muy importante conjunto de competencias a los niveles intermedio y local, esas responsabilidades siguen siendo fuertemente dependientes de las transferencias que realiza el nivel central.

Descentralización y modelos de atención de salud en América Latina

Un rasgo compartido por la generalidad de las experiencias de descentralización del continente es que la distribución de responsabilidades entre los ámbitos de gobierno (central, intermedio y local) se ha llevado a cabo según niveles de atención. Una excepción a esta regla es el caso de Bolivia, donde la distinción de las atribuciones se define según factores, es decir, en base a los insumos con los cuales los niveles de gobierno ejercen su gestión.

La experiencia acumulada sobre descentralización de los sistemas de salud en América Latina demuestra que esta puede constituir un mecanismo para aumentar la racionalidad y legitimidad del sistema siempre que se cumpla con la condición de encontrar un modelo preciso de división intergubernamental de las funciones de salud. En la mayoría de los casos los procesos de descentralización sectorial no han dado prioridad a la definición del modelo de división de las funciones entre instancias de gobierno ni del modelo de atención que se desea aplicar. Chile y el Brasil son ejemplos extremos con sus modelos de municipalización. En el primero se explicitó que los municipios serían los responsables exclusivos de la atención primaria de salud, y en el segundo se planteó al municipio como eje absoluto del sistema, buscando extremar la devolución de los servicios en todos los niveles de atención. Sin embargo, en la gran mayoría de los países no se definieron con precisión las funciones que deberían desempeñar los municipios en materia de salud. Esto llevó a que aquellos gobiernos

locales en condiciones de hacerlo desarrollaran capacidad instalada propia y asumieran responsabilidades en el cuidado de salud de su población. El resultado de esta acción desincronizada fue la duplicación de funciones, inversiones y gastos operativos, así como el incremento de la brecha territorial en niveles de acceso y resultados de salud.

Descentralización y modelos de financiamiento de la atención de salud en América Latina

En la mayoría de los casos, las inversiones públicas en salud se han expandido durante las últimas décadas. Los procesos descentralizadores se han visto favorecidos por esta tendencia, aunque es difícil establecer en qué medida se los puede considerar causa o consecuencia de ella. Aunque en general los niveles subnacionales de gobierno tienen ingresos propios, existe una fuerte dependencia de los recursos centrales. De este modo, el origen central del financiamiento de los servicios de salud —o “descentralización dependiente”— es un rasgo sobresaliente en los países latinoamericanos. La autoridad central realiza transferencias de recursos a los niveles intermedio y local de manera automática o respondiendo a determinados criterios (negociados) según el país. En general, aunque algunos países han intentado condecir el monto de las transferencias con algún índice poblacional o sanitario, esto no ha logrado implementarse con demasiado éxito. El dato es importante si se tiene en cuenta que una característica distintiva de los países latinoamericanos es la heterogeneidad entre sus jurisdicciones o regiones. Es el caso, por ejemplo, de Chile, México y Nicaragua. En el Brasil, igualmente, si bien se ha realizado un esfuerzo por transferir los recursos teniendo en cuenta las peculiaridades de la población, ello plantea grandes retos y aún no se han logrado resultados positivos debido a las dificultades técnicas de su aplicación y los intereses políticos en juego.

Otra tendencia que presentan los procesos descentralizadores de algunos de estos países respecto del financiamiento del sector salud es la existencia de directivas de asignación de los recursos transferidos por parte del nivel central. Bolivia constituye un buen ejemplo, puesto que de los recursos transferidos, un elevado porcentaje (85%) debe utilizarse para gastos de inversión pública. Con esta restricción, los municipios deciden el presupuesto para el sector salud. Más aún, 3% de las transferencias deben destinarse al Seguro Básico de Salud, que constituye un servicio de cuidados esenciales. Del mismo modo, en el modelo colombiano de financiamiento las fuentes más importantes de recursos

para los departamentos y los municipios (situado fiscal y Participación en los Ingresos Corrientes de la Nación, respectivamente) son de origen central y vienen acompañadas de directivas de asignación. En el caso chileno, por otro lado, las transferencias de recursos a los municipios no permiten márgenes de discrecionalidad en su utilización. Lo mismo ocurre en México, donde se dice que los fondos provenientes del estado federal son “etiquetados” para su ejecución en el nivel estatal. En Nicaragua, solo algunos SILAIS han logrado obtener cierta autonomía en la asignación de los recursos. La Argentina no ha logrado avanzar hacia la aplicación de mecanismos apropiados de distribución de recursos financieros para los gastos de inversión y operación de los servicios de salud; tal vez el único antecedente significativo sea la coparticipación secundaria en la Provincia de Buenos Aires, por medio de la cual se considera la existencia de oferta de servicios municipales en la fórmula que distribuye los recursos fiscales desde el gobierno provincial hacia los locales.

Con muy pocas excepciones, como las reformas del Brasil y Chile, persiste una tendencia generalizada en América Latina a continuar subsidiando la oferta y no la demanda. En el caso colombiano, por ejemplo, debido a que el contenido de las competencias traspasadas se refieren tanto a la provisión como al aseguramiento, el modelo de asignación de los recursos tiene características de subsidios a la oferta —mediante transferencias a las instituciones— y a la demanda —a través del aseguramiento de las personas—.

En la puesta en práctica de la descentralización sectorial se ha registrado una tensión entre el objetivo de alcanzar mayores niveles de equidad por un lado y el de promover la eficiencia en la utilización de los recursos por el otro. Los casos más avanzados, o aquellos en los cuales la descentralización permitió mayores niveles de autonomía sin pérdida de control sobre el sistema en su conjunto, son las experiencias de devolución. En particular la devolución a favor de los municipios aparece como una alternativa que permite alcanzar un esquema racional de división intergubernamental de las funciones de salud.

En otras palabras, se trataría de una estrategia que presenta mayores condiciones potenciales de lograr la eficiencia sistémica. La revisión de las experiencias más relevantes de la Región, como los casos del Brasil y Chile, pone de relieve lo complicado que resulta conducir este proceso para equilibrar la tensión entre eficiencia y equidad.

Tanto la estrategia de gradualidad (en la cual existen incentivos para que las unidades locales asuman un mayor compromiso con la gestión y el control de

los servicios de salud) como la de financiamiento de la demanda (en la cual existen incentivos para aumentar la producción de servicios) presentan ventajas desde el punto de vista de la eficiencia. Ello se debe a que los incentivos incorporados estimulan la sincronización de las conductas y esfuerzos dentro del sistema. Sin embargo, esto no siempre favorece la equidad en la asignación de recursos. Los municipios más pobres suelen ser los que enfrentan mayores dificultades para avanzar desde las categorías de gestión incipiente a semiplena (en el caso del Brasil), y también los que detentan menor capacidad de facturación en sus servicios de salud (en ambos casos).

En un análisis comparativo de las descentralizaciones en Chile, Colombia y Bolivia, Bossert señala que las municipalidades más ricas eran capaces de asignar mayores porciones de sus propios recursos al sistema de salud en Chile y Colombia, pero con el tiempo las diferencias en el gasto per cápita en salud entre las municipalidades con mayores recursos y las más desprovistas se estrechaban en vez de agrandarse (Bossert, 2000). En Chile, la capacidad de los gobiernos locales para asignar sus recursos propios fue mejorada a través de un innovador fondo de compensación horizontal —el fondo común municipal— que reasignó los recursos propios locales desde los municipios con más recursos hacia los más desprovistos. En Colombia y Bolivia, un porcentaje de las transferencias intergubernamentales fue “forzosamente” asignado a la salud. Puesto que estas transferencias en parte se basaban en una fórmula per cápita, el resultado fue un gasto per cápita más equitativo.

Lecciones aprendidas de la descentralización de los servicios de salud

Luego de treinta años de procesos de reforma y descentralización de los sistemas de salud en América Latina, se puede enunciar un conjunto de interrogantes y responderlos a partir de la revisión de las experiencias descentralizadoras en los servicios de salud de la Región:

- (a) ¿Cuáles fueron los impulsos o motivaciones centrífugas?
- (b) ¿Qué factores hicieron que avanzaran o retrocedieran los procesos descentralizadores en salud?
- (c) ¿Qué modelos descentralizadores han prosperado?
- (d) ¿Cómo han contribuido a superar las crisis de racionalidad y legitimidad del Estado?

- (a) Acorde con lo registrado en las demás áreas sociales, los factores determinantes de la descentralización sectorial en América Latina han sido múltiples. La descentralización marcó un sendero que pareció oportuno, por un lado, para la racionalización del sistema y la contención de sus costos, y por el otro, para su democratización. El factor común en ambas visiones era que la descentralización podría ampliar el espacio decisorio otorgando mayor amplitud de control en el proceso de gestión de la salud. No obstante, la experiencia reciente de América Latina demuestra que dentro del ancho sendero de la descentralización sectorial se pueden trazar varios caminos disímiles e incluso contrapuestos que no arriban al mismo lugar.
- (b) En términos generales, los procesos que alcanzaron mayores avances fueron los que lograron un esquema de división intergubernamental de las funciones de salud. El logro de mayor amplitud de decisión en la gestión sanitaria supone necesariamente evitar la duplicación de funciones, y que todos los actores involucrados en el sistema público de salud asuman responsabilidades concretas pero diferentes. La devolución aparece como la figura estratégica que facilita en mayor medida esta división intergubernamental de las tareas sanitarias. En Chile, por ejemplo, los municipios asumen la responsabilidad por el primer nivel de atención mientras que las regiones se hacen cargo del segundo y tercer nivel. En el Brasil, aún quedan hospitales en la esfera estatal que funcionan como centros de referencia y derivación para los servicios municipales. Cabe concluir que más allá de la condición general de un aumento de los recursos locales, la eficacia de la devolución está vinculada al diseño de un modelo de atención de salud en el proceso descentralizador. Además, la experiencia de América Latina demuestra el carácter complejo de los procesos de descentralización y la necesidad de efectuar ajustes permanentes en su rumbo y diseño. En tal sentido, el caso más rico es el brasileño, que aplicó diversas políticas en forma sucesiva, desde la desconcentración a favor de los estados, a través de la cogestión, hasta llegar a la devolución a favor de los municipios, pero con un esquema de gradualidad que no otorga las mismas condiciones de autonomía a todas las jurisdicciones.
- (c) Se puede postular que América Latina ha atravesado cuatro grandes oleadas descentralizadoras en salud. En la primera prevaleció la figura de la desconcentración, en la segunda la devolución, en la tercera la delegación, y aparentemente estaría surgiendo una cuarta que otorga protagonismo a la figura de los seguros públicos de salud de base local. Bajo la

forma de desconcentración se han identificado empíricamente al menos tres estrategias: delegaciones sanitarias, regiones sanitarias y cogestión.

- (d) Las reformas más profundas privilegiaron la superación de uno de los déficit (por ejemplo en Chile el de racionalidad y en el Brasil el de legitimidad). Sin embargo, la experiencia permite inferir que es posible alcanzar simultáneamente buenos resultados en términos de superación de ambos. En todos los casos las políticas que obtuvieron mayores resultados se basaron en la figura de la devolución y más particularmente en la figura de los municipios. No obstante, en casi todos los casos se demostró que el inicio de la estrategia resulta compatible con la forma de desconcentración.

Por último, aunque tal vez más por el debate técnico académico y por gestos de los organismos de crédito internacional que por acciones políticas puestas en práctica, se puede esperar que en el futuro la forma de descentralización que generará mayores respuestas a los déficits de racionalidad y legitimidad del Estado surja bajo la forma de los seguros locales de salud.

El desafío de la descentralización en la gestión del control de las enfermedades transmisibles

El control de las enfermedades transmisibles (CET) en América Latina y el Caribe enfrenta los desafíos del desarrollo. En gran parte de los países, y en relación con algunas enfermedades, se han enfrentado obstáculos que limitaron su desempeño.

La revisión aquí realizada permite argumentar que la superación de las dificultades será función de tres factores principales:

- el surgimiento de nuevas tecnologías biomédicas más eficaces;
- la incorporación de modelos de división intergubernamental del trabajo más adecuados, y
- la innovación en los modelos de organización y gestión.

Control de las enfermedades transmisibles e innovación

Se han distinguido fases evolutivas de las políticas sociales según su rendimiento. Están en función de la situación inicial del país, la tecnología de intervención

disponible y el esfuerzo desplegado para paliar el problema social o sanitario. De esta manera, aun entre quienes avanzan en la disminución de la incidencia de una enfermedad, no todos lo hacen al mismo ritmo. En un comienzo los indicadores, por ejemplo las tasas específicas de mortalidad, resultan muy sensibles a los esfuerzos de las políticas públicas. Los países —y sus niveles subnacionales— que se encuentran en esta situación enfrentan lo que se puede denominar “fase blanda”: aquella en la cual las conquistas son relativamente más fáciles, representan rendimientos crecientes y requieren acciones de menor complejidad.

Pero a medida que la situación inicial comienza a mejorar, la respuesta obtenida con las mismas intervenciones resulta proporcionalmente menor. En tal caso, el país, o el gobierno subnacional, enfrentan una “fase dura”, es decir, sus esfuerzos presentan rendimientos decrecientes y requieren acciones más complejas. Ello supone intervenciones más caras, acciones intersectoriales bien articuladas, o ambas cosas.

Se puede postular como hipótesis que en buena parte de América Latina y el Caribe las acciones de CET están ingresando a una fase dura o ya lo han hecho, porque en realidad, de las enfermedades transmisibles solo la viruela ha sido erradicada. En cambio la lucha contra otras enfermedades, como la malaria y la enfermedad de Chagas, no tuvo los resultados esperados. En efecto, los casos de malaria se han duplicado, pasando de 527 000 en 1990 a más de 1 millón en 1999, y la enfermedad de Chagas aún afecta a 16 millones de personas y causa 50 000 muertes anuales. Además, reemergieron enfermedades como la tuberculosis, cuya tasa pasó de 196 a 221 por 100 000 habitantes en el mismo período. Y a esto se suman nuevos flagelos como el SIDA, que a mediados de la década pasada ya afectaba a 1,8 millones de latinoamericanos.

En síntesis, puesto que parte de las enfermedades transmisibles se incluyen en la categoría de “descuidadas”, se configura una encrucijada para la gestión política del CET: cada vez será necesario disputar mayores recursos para presentar menores resultados.

Modelos de división intergubernamental del CET

Con respecto a la incorporación de modelos de división intergubernamental adecuados para el CET, la revisión de la literatura permite afirmar que la descentralización sectorial en América Latina ha girado siempre en torno a los servicios y solo ha rozado ocasionalmente las políticas de salud y las acciones de salud pública. Ninguno de los factores determinantes de la descentralización

identificados han influido de manera decisiva en el proceso de CET. Ni la reforma del Estado y del financiamiento público, ni la intención de acercar la gente al Gobierno (o el Gobierno a la gente, según quién la plantee), ni los giros paradigmáticos en la teoría de las organizaciones. Ni siquiera los cambios en la discusión de cuáles deberían ser los modelos de atención más adecuados incluyeron la consideración de cuáles deberían ser las formas de división del trabajo intergubernamental para las acciones de lucha contra las enfermedades transmisibles.

Las reformas de los sistemas de salud, y dentro de ellas su manifestación más frecuente, que fueron los procesos descentralizadores, se orientaron a modificar estructuras administrativas y financieras pero dejaron de lado objetivos sanitarios como la reducción de las enfermedades transmisibles. Sin embargo, entre la diversidad de experiencias de descentralización sectorial acumuladas en América Latina, algunas modalidades resultaron más adecuadas o avanzaron más en la consideración de estas acciones. En el cuadro 4 se sintetizan las posibilidades de intervención que cada una de las modalidades de descentralización identificadas supone para la descentralización de políticas de salud, tales como el caso de los procesos de CET.

En términos de desconcentración, la figura de las delegaciones sanitarias contempla la posibilidad de que la instancia local intervenga en acciones tanto de políticas como de servicios. Pero el diseño de las regiones sanitarias está más limitado a la gestión de servicios. Las regiones pueden sin embargo incorporar acciones de CET ante una demanda específica, como dar cumplimiento a un plan quinquenal de salud conducido desde el departamento, la provincia o aun el Gobierno nacional.

A su vez, las modalidades de cogestión surgieron limitadas al financiamiento de servicios. Cabe observar que entraría dentro de esta modalidad la posibilidad de desplegar compromisos de gestión entre el Gobierno nacional y las jurisdicciones subnacionales para el desarrollo y la financiación conjunta de acciones de salud pública. Los Estados Unidos de América han empleado tradicionalmente este tipo de mecanismos de coordinación intergubernamental, que en América Latina han comenzado a incluirse tímidamente en las agendas de políticas sanitarias desde fines de los años noventa. Esta modalidad descentralizadora, que se vale de acuerdos interjurisdiccionales que fijan metas y recursos para lograrlos, y conocida como “contratos-programa” y “compromisos de gestión”, presenta algunas ventajas para el despliegue de CET, tales como su

Cuadro 4. Aplicación de las modalidades de descentralización de la salud en el ámbito de las políticas de CET

Tipos ideales	Modalidades identificadas	Ámbito al que afecta la descentralización	
		Servicios	Políticas
Desconcentración	Delegaciones sanitarias	Sí	Contempla su aplicación aunque no se han registrado experiencias significativas en que esto ocurriera
	Regiones sanitarias	Sí	No contempla su aplicación aunque podría hacerlo si hay requerimientos específicos de la política como, por ejemplo, un plan de salud
	Cogestión	Sí	Podría ser a través de la figura de los compromisos de gestión APRA implementar determinado programa de CET
Devolución	Provincialización o departamentalización	Sí	Se ha contemplado el fortalecimiento local en acciones de prevención y promoción. Sin embargo, hubo pocos avances en el desarrollo de esquemas de transferencia financiera apropiados
	Municipalización	Sí	
	Seguros locales	Sí	No se ha contemplado
Delegación	Autonomía hospitalaria	Sí	No contempla políticas, se restringe a administración y financiación de servicios
Privatización	Concesión de servicios públicos	Sí	No
	Incorporación de ONG como efectoras de servicios públicos de salud	Sí	No
	Arancelamiento y cierre de servicios públicos	Sí	No

Fuente: Elaboración propia.

flexibilidad, y no ha sido suficientemente desarrollada en América Latina y el Caribe.

Las acciones de salud pública, como el CET, tampoco tuvieron protagonismo y fueron escasamente contempladas en el diseño y puesta en práctica de los procesos de devolución. En la gran mayoría de los casos la devolución se relacionó con cambios en la modalidad de financiamiento que, o bien identificaban de alguna forma el producto sanitario a ser costeadado y lo incluían en determinada modalidad de transferencia de recursos a los niveles subnacionales, o directamente incorporaban esquemas de financiación de la demanda. Estos cambios en la financiación afectaron a los servicios pero no a las políticas. Incluso para el caso del Brasil, se ha argumentado que “los mecanismos tradicionales de financiamiento de la atención médica (hospitalaria y ambulatoria) se basaban en una tabla de aranceles que rige el reembolso de los servicios prestados a cada establecimiento de salud. El establecimiento de topes presupuestarios calculados sobre la base del comportamiento anterior y de proyecciones de la demanda potencial no implicó que los cambios en las tablas y en la demanda real consumieran la mayor parte del presupuesto de salud, restando recursos a los programas verticales y a las actividades de promoción y prevención” (Medici, 2002: 86-87).

En algunos países se consideró que la municipalización debía incluir un fortalecimiento de las responsabilidades locales en materia de promoción y prevención. Sin embargo, los mecanismos de financiación que sustentaron esos procesos no avanzaron con el mismo ritmo en la identificación de las metas y productos a contemplar. Solo en el caso del Brasil y recién durante la segunda mitad de los años noventa, se consiguió avanzar en la definición de niveles mínimos (o pisos) de financiamiento para la atención básica (plan de atención básica [PAB]) y para otros programas complementarios que comienzan a incluir entre sus metas acciones de CET.

Por último, modalidades como la delegación y la privatización se desarrollan partiendo del diagnóstico de que el mayor problema del sector salud radica en la falta de eficiencia de los servicios, y que incrementar los niveles de autonomía de los servicios y hacerlos competir permitiría resolver estas deficiencias. Su formulación no contempló —en ningún momento ni en ningún país— objetivos de salud pública tales como la conveniencia de desplegar acciones colectivas para reducir determinada enfermedad.

En síntesis, el modelo vigente para la organización de las acciones de salud pública continuó siendo el de los programas verticales con diseño centralizado

y, en algunos casos, con ciertos niveles de desconcentración en la ejecución. Esta desconcentración encontró la forma operativa de designación de funcionarios responsables de la ejecución del programa en estados, provincias o departamentos a los cuales se les transfieren insumos para el desarrollo de las actividades correspondientes al territorio bajo su responsabilidad. El Brasil y la Argentina enfrentaron muchas dificultades para efectuar la transferencia de recursos financieros vinculados a la ejecución de un programa, porque durante el decenio de 1980 y hasta mediados de los años noventa varios gobiernos locales incorporaron esquemas de cuenta única. Esto significa que si la esfera nacional realizaba una transferencia de recursos financieros para determinado programa, esta caía en una cuenta bancaria única operada por la secretaría o ministerio de Hacienda correspondiente, lo que dificultaba mucho la posibilidad de que los gestores locales del programa vertical contaran con los recursos en tiempo y forma, y comprometía el cumplimiento de los objetivos programados.

El CET y los modelos de gestión

Otro obstáculo para el desarrollo de CET radica en no haber encontrado modelos de organización y gestión efectivos. De hecho, independientemente de las limitaciones de la tecnología biomédica disponible, del rendimiento decreciente de las acciones y de la inadecuación de los modelos intergubernamentales, la efectividad de las acciones está muy limitada por la incapacidad de coordinación de equipos. Prueba de ello son los eventos relacionados con desastres tales como las amenazas del terrorismo biológico y el tremendo impacto que aún producen las catástrofes naturales. Un ejercicio de simulación sobre los efectos de un ataque bioterrorista con viruela realizado en enero de 2005 por la Secretaría de Estado de los Estados Unidos llegó a la conclusión de que, pese a que existe una vacuna para evitar esta enfermedad y treinta países tienen reservas de esta vacuna, las dificultades para lograr una reacción rápida podrían costar alrededor de 660 000 víctimas potenciales en pocas semanas, junto a una importante agitación política y un colapso en la economía mundial. A su vez, se ha estimado que casi la mitad de las víctimas del tsunami registrado en la Navidad de 2004 fueron afectadas por enfermedades para las que existen intervenciones eficaces.

El mayor dilema para la organización de las acciones de CET puede sintetizarse como integralidad frente a especialidad de las acciones. Ambos extremos

pueden resumirse en el contraste entre los modelos de programas verticales y horizontales. Las ventajas y desventajas de cada uno se sintetizan en el cuadro 5.

Las modalidades de organización de las acciones de CET, aunque están relacionadas con el problema de la descentralización, no se reducen a las formas de cooperación intergubernamental. Pueden ejecutarse programas verticales aun en el interior de departamentos, estados o provincias. En otras palabras, se trata de un equipo de especialistas con una óptica programática por un lado, y una estructura de servicios más o menos articulados en red por el otro. Las formas de articulación entre ambas modalidades de funcionamiento dependerán de la existencia y consistencia de directivas superiores, tales como los planes nacionales de salud.

En América Latina, durante los últimos treinta años la construcción de planes nacionales de salud ha cedido protagonismo a los programas de reforma. La ausencia de directrices nacionales claras y de priorización de determinadas

Cuadro 5. Ventajas y desventajas de los programas verticales y las aproximaciones horizontales

	Programa vertical	Aproximación horizontal
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Fuerte control técnico financiero • Permeabilidad para responder a circunstancias cambiantes e identificar nuevas estrategias • Objetivos focalizados y alcanzables en un marco temporal acotado. • Atractivo para donantes externos (Cairncross et al., 1997) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación, sensibilidad al contexto • Sostenibilidad • Aproximación holística o integral y territorial a los factores determinantes de la salud • Aprovechamiento de los saberes de las comunidades (Porter, 1999)
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta los problemas de coordinación • Sesga las prioridades nacionales hacia las del donante y las locales hacia las nacionales • Distrae recursos humanos y otros recursos escasos de los servicios generales de salud • Genera duplicaciones costosas entre programas paralelos (Lafond, 1995; Koisuvalo, Ollila, 1997; citado por Smith, Woodward, 2004) 	<ul style="list-style-type: none"> • Menores facilidades para aprender de otras comunidades y captar sinergias, así como menor velocidad para absorber e incorporar innovaciones científicas y tecnológicas • Mayor heterogeneidad de resultados • Menores atractivos para captar donaciones y articular la cooperación internacional

Fuente: Elaboración propia en base a los autores citados.

enfermedades sobre otras acabó debilitando la consecución de objetivos epidemiológicos relacionados con el CET. A su vez, los programas de reforma estuvieron más orientados al fortalecimiento y racionalización de las estructuras de los servicios y no atendieron debidamente los aspectos relacionados con la gestión clínica de las enfermedades.

La recuperación de la programación y los compromisos organizativos como instrumento contractual de gestión programática constituyen oportunidades para innovar en el gerenciamiento del CET. La formulación de planes nacionales de salud, que en el Canadá, los Estados Unidos y Europa nunca ha decaído, permitiría establecer prioridades claras y precisas en el control de transmisibles y definir marcos para la cooperación intergubernamental, internacional y entre el Estado y la comunidad. Por otro lado, en la implementación de estos planes la figura de los compromisos de gestión o contratos-programa puede resultar adecuada para sincronizar acciones y racionalizar la asignación de recursos.

Referencias bibliográficas

- Angeles G, Stewart J, Gaete R, Mancini D, Trujillo A, Fowler C. *Health care decentralization in Paraguay: Evaluation of impact on cost, efficiency, basic, quality, and equity. Baseline report*. Chapel Hill: Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; 1999. MEASURE Evaluation Technical Report Series No. 4.
- Argentina (1964). Decreto ley 2083. Delegaciones Sanitarias Federales. Poder Ejecutivo Nacional. Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. 24 de Marzo.
- Argentina (1993). Decreto N° 578. Registro de Hospitales Públicos de Autogestión. Poder Ejecutivo Nacional. Ministerio de Salud.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington D.C.
- Bossert TJ (2000). *La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica: un estudio comparativo de Chile, Colombia y Bolivia*. Harvard School of Public Health.
- Bossert TJ, Bowser D, Corea L (2001). *Estudio de la descentralización del sistema de salud en Nicaragua: informe final*. Harvard School of Public Health.
- Carciofi R, Cetrángolo O, Larrañaga O (1996). *Desafíos de la descentralización: educación y salud en Argentina y Chile*. Santiago: Naciones Unidas/Comisión Económica Para América Latina y el Caribe.
- Cheema G Shabir, Rondinelli DA (1983). *Decentralization and development*. Beverly Hills, London, Nueva Delhi: Sage Publications.

- De Luca de Isuani B (1993). *La salud hospitalaria en los tiempos del cólera*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política Argentina No. 432.
- Labra ME (1995). As políticas de saúde no Chile. In: Buss, PM y Labra, ME (org.). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz-Editora Hucitec, pp. 103-152.
- Londoño JL, Frenk J (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy and Planning* 41:1-36.
- Lordello de Mello D (1990). Descentralização, papel dos governos locais no processo de desenvolvimento nacional e recursos financeiros necessários para que os governos locais possam cumprir seu papel. *Revista de Administração Pública* 4(25):199-218.
- Márquez P, de Geydnt W (2003). México: servicios de salud básicos para los pobres. No. 20. Banco Mundial.
- Medici AC (2002). *El desafío de la descentralización*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Medici AC (1991). Perspectivas do financiamento à saúde no governo Collor de Mello. In: OPS, Representação do Brasil. Série Economia e Financiamento No. 2. Brasília.
- Mendes EV (1993). Distrito sanitário: o processo social de mudança. Das praticas sanitarias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Mills A et al. (eds.) (1990). *Descentralización de los sistemas de salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Ginebra: OMS.
- Mintzberg H (1980). *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Molina R, Pinto M, Henderson P, Vieira C (2000). Gasto y financiamiento en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1 y 2).
- Mordelet P, Braga F, Oliveira Silas Guedes de (1993). Autonomía de gestão. In: Castelar RM, Mordelet P y Graboys V (1993). *Gestão Hospitalar*. Rennes: ENSP Editeur: 87-120.
- Müller Neto, JS (1991). Descentralização e democracia: tópicos para um debate. *Saúde em debate* 33:33-40.
- Novaes H de Moraes (1976). Organização funcional do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. Documento mimeografiado. Apud O'Donnell (1995).
- O'Donnell JC (1995). Descentralización. *Administración de servicios de salud*. I. Condicionantes y gestión. Buenos Aires: Fundación Universidad A Distancia "Hernandarias", pp. 103-107.

- OIT-OPS (1999). "Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe". Informe de la Organización Internacional del Trabajo/Organización Panamericana de la Salud presentado a la Reunión Regional Tripartita sobre "Extensión de la Protección Social en Salud a los Grupos Excluidos en América Latina y el Caribe". México.
- Organización Panamericana de la Salud/Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2003). *Exclusión social en salud*. Asunción: OPS-MSPyBS.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). *Cómo lograr una colaboración eficaz entre los gobiernos y las ONG en materia de salud y reforma del sector sanitario*. Washington, D.C.: OPS.
- Oszlak O, Boneo A y Llovet JJ (1987). "Descentralización en los servicios de salud". *El Estado y los servicios de salud*. Washington, D.C.: OPS. Serie Desarrollo de Servicios de Salud No. 17.
- Panadeiros M (1996). Organización del seguro de salud en Argentina: análisis y propuesta de reforma. *Desarrollo Económico* 36:33-46.
- Porto S (1991). Descentralização de recursos no setor saúde: comentários sobre algumas propostas. *Planejamento e Políticas Públicas* 5:123-43.
- Roversi-Mónaco F (1978). Descentralización y centralización. En: Bobbio N y Matteucci N. *Diccionario de Política*. México: Siglo XXI Editores.
- Rondinelli D (1983). *Decentralization in developing countries*. Washington D.C.: World Bank, Staff Working Papers 581.
- Savedoff W (1998). Los servicios sociales vistos con nuevos lentes. En: Savedoff W (comp.). *La organización marca la diferencia*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Smith HL (1955). Two lines of authority are one too many. *The Modern Hospital*. 84(3):59-64.
- Szpindel C, Tarella C (1999). Microseguros de salud: estudio de caso de Trenque Lauquen. Elaborado en el Programa de Investigación Aplicada de ISALUD (Pia-ISALUD) para la Organización Internacional del Trabajo. Buenos Aires.
- Teixeira SM Fleury (1990). Descentralização dos serviços de saúde - Dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública* 2 (24):78-99.
- Tobar F (2004). Políticas de descentralización en salud. Tesis de Doctorado en Ciencia Política. Buenos Aires: Universidad del Salvador.

Tobar F (1995). *Descentralização e financiamento dos serviços de saúde: análise do caso brasileiro*. Tesis de Maestría. Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Ugalde A y Homedes N (2002). *Venta de servicios públicos de salud y uso de las cuotas de recuperación en México*. Departamento de Sociología de la Universidad de Texas. Austin. Documento mimeografiado.

Vieira PR (1971). *Em busca de uma teoria da descentralização: uma análise comparativa em 45 países*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Vieira C (1996). *Alternativas de reforma de salud en las Américas*. Asociación de Economía de la Salud. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires.

Herramientas para lograr mejores
resultados en los modelos
descentralizados: el caso
de las enfermedades transmisibles

La reforma del sector salud y el control de la tuberculosis en Colombia

María Patricia Arbeláez M.¹

La descentralización del sector salud en Colombia se instituyó en 1990 con la Ley 10, que otorgó a los municipios la responsabilidad del manejo de la salud de su población. Posteriormente, la Ley 60 estableció los mecanismos de asignación de recursos para la implantación del proceso de descentralización.

Otro cambio en las políticas de salud de esa década se produjo en 1993, con la promulgación de la Ley 100, que reformó el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y estableció un modelo en el que las empresas aseguradoras públicas y privadas compiten por la afiliación de personas que cotizan un pago per cápita con prestadores de servicios de salud públicos y privados (capitación). Se esperaba que la separación de funciones entre el financiamiento y la prestación, y la competencia entre aseguradores y proveedores mejoraría la eficiencia y calidad de los servicios (Bossert et al., 1998).

La Ley 100 especificó dos esquemas de aseguramiento: el contributivo y el subsidiado. Se estima que ambos cubrían 52,6% de la población en el año 2000, aunque en 1997 el porcentaje correspondiente había llegado a 57,1% (Rosero, 2001). El primer esquema cubre a la población con capacidad de pago y es costado por contribuciones del empleador y el empleado; el segundo cubre a la población más pobre, que se identifica mediante un sistema de encuestas casa por casa llevadas a cabo por los municipios (Plaza et al., 2001). Otro segmento de la población son las personas pobres no aseguradas que no reúnen los criterios de pobreza establecidos para acceder al subsidio o para cuya inclusión en el régimen subsidiado no existen recursos suficientes.

Antes de la implantación de la reforma del SGSSS, las actividades de control de la tuberculosis estaban a cargo de un programa nacional vertical que incluía la planeación, administración, apoyo técnico, financiación y funcionamiento de la red de hospitales públicos. Los servicios relacionados con la tuberculosis eran completamente gratuitos para la totalidad de los pacientes en todo el país.

¹ Profesora asociada, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquía.

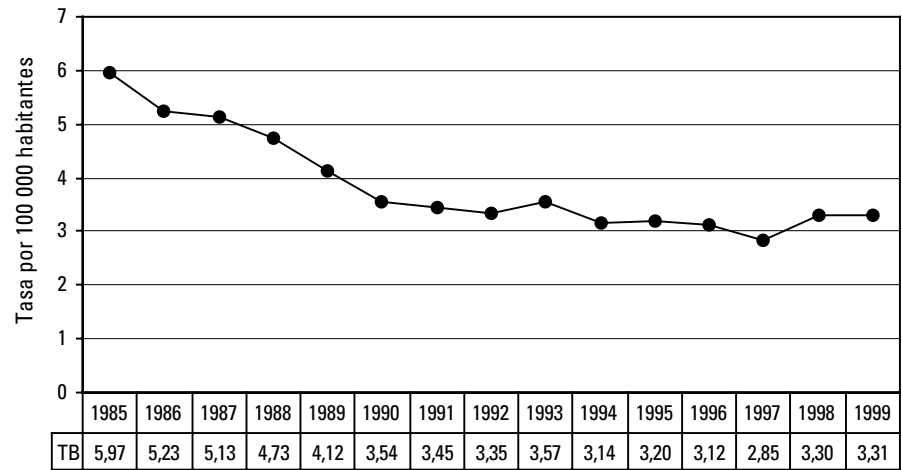
Después de la reforma, la responsabilidad por el control de la tuberculosis se descentralizó y el Estado la transfirió a los diferentes actores del sistema reformado. En este contexto se observan dos líneas de acción contrastantes: por un lado, el Estado avanza en la normalización de la prevención y el tratamiento de esta enfermedad, buscando definir un modelo de atención apropiado en todo el país; por otro lado, se incorporan esquemas de incentivos económicos que conducen a un desencuentro entre el modelo de financiamiento y aquel modelo de atención.

El Ministerio de Salud es responsable de las políticas, las normas y el suministro de los medicamentos de primera línea y de la vacuna antituberculosa (BCG). Las Direcciones Departamentales de Salud (DDS) tienen a su cargo el apoyo técnico, el monitoreo, la supervisión y la distribución de medicamentos y vacunas a los municipios. En los municipios, las Direcciones Locales de Salud (DLS) son las encargadas de garantizar la aplicación de las acciones del Plan de Atención Básica (PAB) y por tanto son responsables del monitoreo de las actividades de control de la tuberculosis, tales como la vigilancia de la enfermedad, la realización de visitas domiciliarias para la identificación de los contactos y la distribución de los medicamentos de primera línea y de las vacunas a las instituciones prestadoras de servicios de salud. Por su parte, las aseguradoras son responsables de la cobertura de vacunación y de la administración del tratamiento a los pacientes asegurados en sus propias redes de instituciones y en aquellas con las cuales hayan contratado. Las DLS son responsables de las instituciones de la red pública en su territorio, donde los pacientes pobres no asegurados deben ser atendidos con recursos financieros provenientes de la dirección local. El resto de la población no asegurada, por ejemplo los que no pertenecen a los estratos pobres, debe pagar directamente de su bolsillo los costos asociados con la prevención, diagnóstico y tratamiento diferentes de la vacuna y las drogas de primera línea.

A partir de la década de 1990, en la que se produjeron las principales reformas sectoriales en Colombia, se registró un estancamiento en la situación epidemiológica de la tuberculosis, que se manifestó en la discontinuidad de la tendencia al descenso tanto en la mortalidad como en los egresos hospitalarios por esta causa, según se observa en las figuras 1 a 3 (Segura et al., 2004).

Se ha planteado como hipótesis de este estancamiento el deterioro observado a partir de las reformas en la ejecución de las acciones de atención primaria, entre ellas las relacionadas con el control de la tuberculosis, que derivó

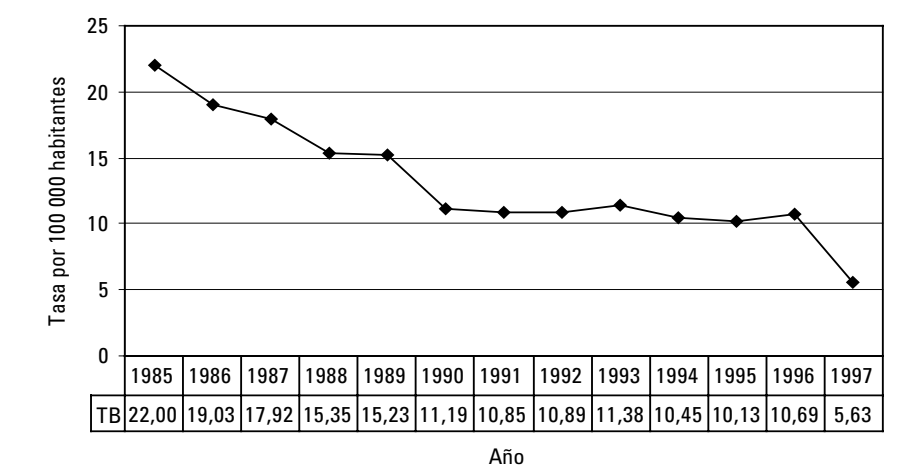
Figura 1. Mortalidad por tuberculosis. Colombia, 1985-1999 (tasas por 100 000 habitantes)



Registros de egresos hospitalarios: Ministerio de Salud de Colombia, 1985-1994 y 1990-1997.

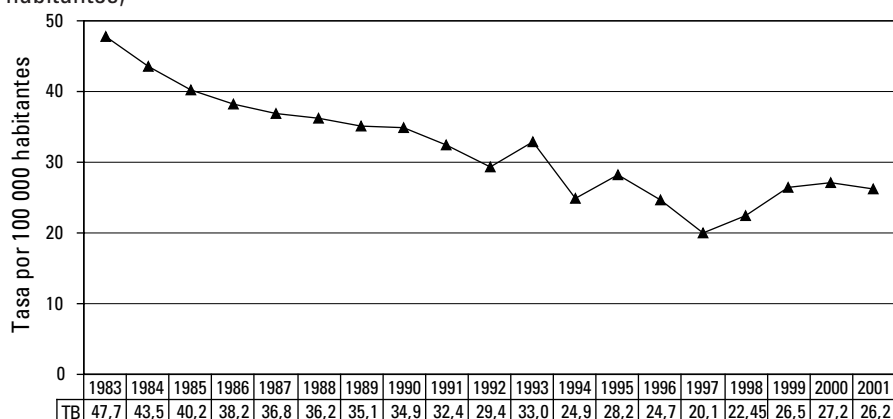
Fuente: Segura A, Rey JJ, Arbeláez MP. *Biomédica* 24 (Supl.):115-123; 2004.

Figura 2. Incidencia de egresos hospitalarios por tuberculosis. Colombia, 1985-1997 (tasas por 100 000 habitantes)



Registros del Ministerio de Salud.

Fuente: Segura A, Rey JJ, Arbeláez MP. *Biomédica* 24 (Supl.):115-23. Junio de 2004.

Figura 3. Incidencia de la tuberculosis. Colombia, 1983-2001 (tasas por 100 000 habitantes)

Registros del Ministerio de Salud.

Fuente: Segura A, Rey JJ, Arbeláez MP. *Biomédica* 24 (Supl.):115-23. Junio de 2004.

en diagnósticos tardíos con mayor proporción de captación de pacientes en unidades hospitalarias y bajas tasas de curación, que repercutieron tanto en la frecuencia de egresos hospitalarios como en la mortalidad (Arbeláez et al., 2004). Otra hipótesis se relaciona con la presencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que en Colombia comparte una tendencia similar en egresos hospitalarios (Segura et al., 2004). Sin embargo, de la totalidad de casos de tuberculosis que se diagnostican anualmente, solo 5% a 10% presentan coinfección con el VIH (Chaparro et al., 2004; García et al. 2004). En cuanto al cumplimiento de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) promovida por la OMS para el control de la enfermedad, Colombia ha sido considerado un país con baja cobertura poblacional en relación con esta estrategia (WHO, 2004).

Modelo de atención para el tratamiento de la tuberculosis en Colombia

Según la reseña de la normatividad existente en Colombia (Cuervo, 2001), en el período de la reforma se definieron las acciones de control de la tuberculosis en la *Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar* (Colombia, 2001), que

incluye el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos técnico-científicos y administrativos mediante los cuales se busca garantizar la atención integral del usuario determinando los pasos mínimos a seguir y su orden lógico y secuencial, para asegurar la oportunidad de la atención, la eficiencia y calidad de los servicios y su impacto, así como la satisfacción del usuario, y contribuir a la factibilidad económica del SGSSS.

Se establecieron también las competencias y responsabilidades relativas al control de la tuberculosis mediante la Resolución 4288 de 1996, que define las acciones que en este sentido le corresponden al Estado como garante del cumplimiento del PAB; el decreto No. 1938 de 1994, que señala el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que debe brindar el Plan Obligatorio de Salud (Resolución 5261 de 1994); y el decreto 806 del 30 de abril de 1998. Más recientemente, el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinó, mediante la Resolución 412 de 2000, que la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar constituyen enfermedades de interés en salud pública. Se establecen en esta resolución “las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”. Sin embargo, se han efectuado modificaciones en la definición de responsabilidades (Resolución 1078 de 2000) y en los plazos para el cumplimiento de la normativa correspondiente (Resolución 1745 de 2000) (Colombia, Ministerio de Salud, 2000 a, b y c).

La aplicación de las guías para la atención de la tuberculosis es obligatoria en el territorio nacional, en el ámbito de las direcciones departamentales y locales de salud, de las empresas sociales del Estado y las instituciones prestadoras de salud, y de las entidades de aseguramiento, o las que hagan sus veces en el SGSSS, inicialmente a partir de los criterios establecidos por el Ministerio de Salud en la Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994 y en el Decreto 806 del 30 de abril de 1998, y actualmente con base en lo establecido por la Resolución 412 de 2000.

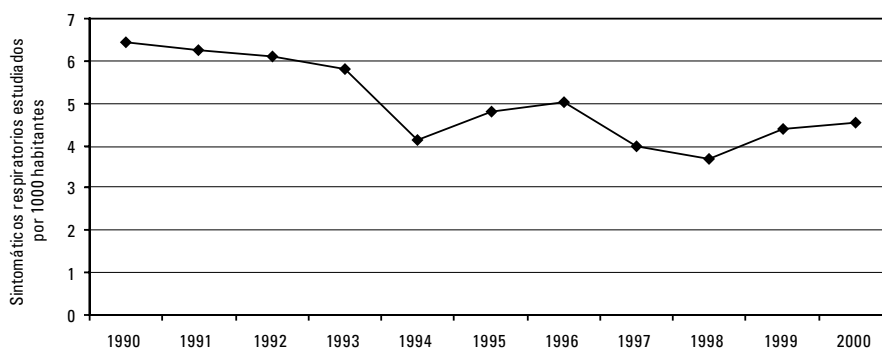
En una evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis realizada por la Organización Panamericana de la Salud en Colombia y citada por Cuervo (2001), entre los principales problemas detectados se hallaron: un sistema de registro y definición de términos que no se ajustaba a las recomendaciones de la OPS/OMS, un sistema de notificación inadecuado, bajo cumplimiento de los resultados del tratamiento por cohortes de pacientes, y

búsqueda inadecuada de sintomáticos respiratorios. En el informe de esta evaluación (Rodríguez, Arrengol, 1997) se concluyó que en Colombia la descentralización, las modificaciones del régimen de seguridad social en salud, los cambios en las competencias de prestación de servicios del programa de tuberculosis, y el desconocimiento o la aplicación inadecuada de sus normas han influido desfavorablemente en la gestión del programa de prevención y control de la tuberculosis.

Incentivos económicos y modelo de financiamiento

En el caso específico de la prevención y control de la tuberculosis, se produjo una caída en la búsqueda de sintomáticos respiratorios (figura 4). Esta caída se podría explicar por dos mecanismos diferentes: el primero es que la búsqueda de problemas de salud es una práctica que no se incentiva desde la lógica del asegurador, cuando la racionalidad que se impone es la de la rentabilidad económica. Para evitar esto, las autoridades de salud han definido una normativa que establece mecanismos para inducir la demanda de la gente para la atención de este tipo de problemas, sin que ello se haya reflejado en un aumento de la búsqueda de sintomáticos respiratorios en la población. El segundo de los mecanismos se relaciona con los prestadores de atención de salud, los cuales

Figura 4. Sintomáticos respiratorios estudiados, por 1000 habitantes. Colombia, 1990-2000



Estadísticas del Ministerio de Salud de Colombia.

Fuente: Arbeláez MP et al. *Int J Health Plann Mgmt* 2004;19:S25-S43.

son contratados por las aseguradoras para que atiendan a grupos de población asignando una suma determinada per cápita como compensación por los servicios. Este mecanismo hace que el prestador, para garantizar su sostenibilidad financiera, tampoco encuentre incentivos para la búsqueda de problemas de salud en la población que le ha sido asignada. El resultado es que instituciones públicas que tradicionalmente estudiaban casos de sintomáticos respiratorios ya no lo hacen.

Una de las acciones fundamentales de control de la tuberculosis es el suministro de fármacos para el tratamiento bajo la estrategia DOTS. Esta actividad también se ha visto afectada después del proceso de reforma de salud en Colombia. Así, en el año 2000 se estimó que solo en 31% del territorio colombiano se aplicaba esta estrategia y que solo 66,2% de los pacientes llegaban a la curación confirmada mediante baciloscopia (Colombia, Ministerio de Salud, 2000d). Se ha observado cómo las instituciones privadas envían pacientes de tuberculosis a las instituciones públicas —que tradicionalmente se ocupaban de ellos— para que sean atendidos allí, a veces sin pagar a la institución pública por estos servicios.

Las aseguradoras han creado su propia red de asistencia y en ocasiones contratan la prestación de servicios con otras instituciones. La administración del tratamiento antituberculoso se debe realizar en la red de instituciones que ofrece la aseguradora, y esta red no siempre resulta accesible a los pacientes para la supervisión diaria del tratamiento. La situación se agrava en el caso de los pacientes que no están asegurados, ya que ellos tienen que pagar por la administración del tratamiento y por las pruebas de laboratorio que se les realicen, y si no tienen capacidad de pago dependen de los recursos financieros disponibles en la dirección local de salud de los municipios. Frente a estas situaciones, la capacidad reguladora del Estado ante la competencia de mercados se ha visto debilitada (Arbeláez et al., 2004).

En cuanto a las fuentes de financiación para las actividades de lucha contra la tuberculosis, se encontró que en el sistema nacional de salud los recursos provenían de la asignación presupuestaria al programa vertical y de ingresos corrientes de la Nación. En el actual sistema, los recursos para las acciones relacionadas con la tuberculosis provienen de fondos de los planes de atención básica (PAB) para cubrir eventos de alta externalidad, tales como los relacionados con la salud pública, tanto de los departamentos como de los municipios. Es difícil encontrar informes que permitan describir las inversiones realizadas específicamente en tuberculosis en los municipios (Carvajal et al., 2004).

Las funciones del Estado en materia de salud, en particular en relación con la tuberculosis

Una inquietud adicional que se deriva de la reforma colombiana se relaciona con la atomización entre diversas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, sin haberse forjado previamente la capacidad del Estado para articular y regular tantas entidades. En el caso específico del control de la tuberculosis, se requiere el ajuste a protocolos de atención normalizados, el uso de medicamentos apropiados, el monitoreo de la farmacorresistencia y el apoyo en una sólida red de laboratorios. Se deben diseñar y aplicar estrategias que fortalezcan la función articuladora del Estado no solo frente a los numerosos actores que ha traído consigo la reforma sectorial, sino también la capacidad de manejar el riesgo individual de salud sin desintegrar la respuesta del Estado a los factores de riesgo colectivo, en particular los que afectan a la salud pública (Arbeláez et al., 2004).

En el caso colombiano, un estudio ha señalado efectos negativos de la reforma del sistema de salud en los programas de prevención y control de la tuberculosis, entre ellos, una disminución en la detección de casos y un aumento de oportunidades perdidas en la búsqueda de contactos (Ayala, Kroeger, 2002). La mayor dificultad reconocida por las personas entrevistadas en este estudio fue no haber tenido una preparación adecuada acerca de las funciones y responsabilidades establecidas en la ley, y de la forma en que debían ser asumidas por los municipios, además del excesivo número de normas y resoluciones difícil de conocer.

Otra dificultad señalada en este estudio se relaciona con el sistema de información, ya que los datos de las actividades que realizan las empresas aseguradoras deben ser remitidos al nivel departamental y esto debilita la capacidad del municipio como evaluador y controlador de las actividades que realizan los diferentes actores del sistema. Además, no existen formularios oficiales para el seguimiento terapéutico del paciente.

En materia de financiamiento se detectaron retrasos en los pagos por provenir los recursos de diferentes fuentes. Se identificaron asimismo problemas para la afiliación y atención de la población desplazada. También se notificó una disminución en el número de pacientes bajo tratamiento. Cuando se detecta un paciente con tuberculosis, los fármacos para tratarlo se deben solicitar a otra entidad encargada de la distribución de medicamentos, la Secretaría de Salud del municipio, que a menudo tiene que solicitarlos a la Secretaría de Salud del

departamento. Se señalaron también las limitaciones de las aseguradoras en cuanto al uso de exámenes auxiliares por parte del médico, los límites en el tiempo de consulta, y la gran cantidad de formularios que se deben completar para la facturación de la atención, todo lo cual afecta a la calidad de la consulta médica. En relación con el estudio de contactos, esta actividad es responsabilidad de las secretarías de Salud y no de las aseguradoras, y se ve comprometida por la escasez de recursos de la secretaría municipal.

Equidad

La reforma no mejoró la equidad en el acceso al tratamiento ni tampoco los resultados. En el estudio llevado a cabo en Santafé de Bogotá (Cuervo, 2001), en una cohorte de 725 pacientes, se efectuó un análisis detallado de diversos aspectos del tipo de servicio de salud y de los recursos humanos destinados a la atención del paciente con tuberculosis. Se encontró una administración diferencial del tratamiento relacionada con el régimen de seguridad social en salud de los casos. “El 75% de los pacientes pertenecientes al régimen contributivo recibieron el tratamiento autoadministrado, cifra que disminuyó a 53% entre los afiliados al régimen subsidiado, mientras que entre los pobres no asegurados o vinculados, menos de la mitad recibió el tratamiento de esta forma” (Cuervo, 2001). Los pacientes pobres no asegurados reciben el tratamiento principalmente en instituciones públicas adscritas a la red de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), donde una mayor proporción de los casos tratados recibió tratamiento estrictamente supervisado (cuadro 1). La mayor proporción de los tratamientos se ofrecieron en forma autoadministrada entre 70% y 90% de los casos (Cuervo, 2001).

Funcionamiento en red

Con base en los hallazgos del estudio llevado a cabo en la Ciudad de Bogotá, a pesar de los esfuerzos realizados para descentralizar las actividades del programa a fin de que el tratamiento pudiera administrarse en cualquier institución que contara con personal de salud capacitado para supervisarlo en la red de servicios del primer nivel de atención, el diagnóstico y tratamiento de los casos nuevos de tuberculosis se concentró en un 70% de los casos en instituciones de salud del tercer nivel de atención, las cuales solo representaron 6% de las instituciones notificadoras en 1999. Por el contrario, en las instituciones del primer

Cuadro 1. Distribución de los casos nuevos de tuberculosis que iniciaron tratamiento en Santafé de Bogotá durante 1999, según el régimen de seguridad social en salud y la forma de administración del tratamiento

Régimen de seguridad en salud	Forma de administración del tratamiento				Total pacientes	
	Supervisado		Autoadministrado			
	No.	% ^a	No.	% ^a	No.	% ^a
Contributivo	95	24,87	287	75,13	382	100
Subsidiado	38	46,91	43	53,09	81	100
Vinculado ^b	135	54,00	115	46,00	250	100
Ninguno	3	30,00	7	70,00	10	100
Sin información	0	0,00	2	100,00	2	100
Total	271	37,38	454	62,62	725	100

^a Porcentajes calculados con respecto al total de casos en cada categoría de régimen de seguridad social (es decir, con respecto a las filas).

^b Personas que no están afiliadas a ninguno de los regímenes anteriores y que utilizan los servicios públicos.

Fuente: Cuervo J. Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, 2001 (Documento técnico no publicado) y Tesis de Maestría en Epidemiología Clínica. Pontificia Universidad Javeriana, 2001.

nivel de atención, donde se realizaron 86% de las notificaciones de 1999, solo se diagnosticaron 19% de los casos y se le inició tratamiento antituberculoso a 22% (Cuervo, 2001).

Diferencias entre los servicios públicos y privados de salud

Los adelantos en cuanto a la aplicación y los resultados logrados por la estrategia DOTS en el mundo se han realizado casi en su totalidad al nivel del sector público. Sin embargo, un número considerable de casos de tuberculosis lo manejan proveedores de salud privados, acerca de cuyas prácticas y resultados se conoce muy poco. El citado estudio de Cuervo permitió caracterizar en el nivel distrital qué proveedores (tanto públicos como privados) diagnostican y tratan a los pacientes, cuáles son los criterios de derivación de pacientes tanto en el inicio como en las siguientes etapas del tratamiento, y cuáles fueron los resultados del tratamiento. De los casos nuevos de tuberculosis en Bogotá, 62,0% y 59,8%

se diagnosticaron e iniciaron tratamiento respectivamente en instituciones no pertenecientes a la red adscrita a la SDS, tanto públicas como privadas. Fueron diagnosticados e iniciaron tratamiento en instituciones de carácter privado 37,6% y 33,9% de los casos nuevos respectivamente (Cuervo, 2001).

En esta misma cohorte, y en relación con los recursos humanos destinados a la atención de enfermos con tuberculosis, se encontró que en las instituciones públicas 91,21% de los pacientes iniciaron el tratamiento en establecimientos que tenían entre una y cuatro personas asignadas a las tareas específicas del programa, 5,86% de los pacientes fueron atendidos en instituciones que no habían asignado personal al programa, mientras que 14,81% de los pacientes que iniciaron el tratamiento en centros privados lo hicieron en las que no habían asignado personal para cumplir con las actividades del programa (Cuervo, 2001).

Abandono del tratamiento

En el estudio de Cuervo antes mencionado se analizaron también los factores de riesgo asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso, empleando un diseño de casos y controles. El estudio, que incluyó 73 casos y 468 controles, encontró que el abandono del tratamiento estaba relacionado con el bajo nivel socioeconómico del paciente, la falta de apoyo familiar o de domicilio fijo, el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de otras enfermedades asociadas, como falla renal, trastornos psiquiátricos, desnutrición e infección por el VIH/SIDA. Cuando estos factores de riesgo individuales se sometieron a análisis multivariados, incluidos los relacionados con el régimen de aseguramiento del paciente, el tipo de institución donde fue atendido y los recursos humanos existentes en ella para la atención de la tuberculosis, y se realizaron ajustes en función de los factores de riesgo individuales, se halló que el abandono del tratamiento era significativamente mayor entre los pacientes del régimen subsidiado y entre los pobres no asegurados, en comparación con las personas afiliadas al régimen contributivo (cuadro 2).

El abandono también fue mayor entre los pacientes que recibieron su tratamiento en establecimientos de tercer nivel de atención y en instituciones privadas en comparación con instituciones públicas, lo que pone de relieve una posible falta de experiencia acumulada por los centros privados en el manejo de este problema. Como factor de protección para prevenir un eventual abandono del tratamiento, resultó provechoso que la institución tuviera más

Cuadro 2. Estimación del riesgo relativo indirecto (OR) de abandono del tratamiento antituberculoso para los factores estudiados (resultados de análisis multivariado)

Variables para verificar	Categorías	Riesgo relativo indirecto (OR) (ajustado)	IC 95%	Valor P
Número de trabajadores de salud del programa de tuberculosis				
<i>Ajustado por:</i> consumo de sustancias psicoactivas, riesgo de alcoholismo, educación, estrato, régimen de seguridad social en salud, forma de administración del tratamiento, número de pacientes en el programa, nivel de atención y red de pertenencia de la institución donde se inició el tratamiento.	0-2	3,18	(1,42-7,12)	0,005
	>=3	1,0		
Régimen de seguridad social en salud				
<i>Ajustado por:</i> domicilio fijo, apoyo familiar, consumo de sustancias psicoactivas, riesgo de alcoholismo, ocupación, estrato socioeconómico, forma de administración del tratamiento, red de pertenencia de la institución que inició el tratamiento	Contributivo	1,0		
	Subsidiado	4,18	(1,29-13,48)	0,013
	Vinculado	2,62	(0,97-7,05)	0,056
Forma de administración del tratamiento				
<i>Ajustado por:</i> domicilio fijo, apoyo familiar, consumo de sustancias psicoactivas, riesgo de alcoholismo, nivel educativo, ocupación, régimen de seguridad social en salud, red de pertenencia de la institución donde se inició el tratamiento	Estrictamente supervisado			
	Red no adscripta	3,72	(1,52-9,1)	0,004
	Red adscripta	0,96	(0,40-2,3)	0,923
Interacción: Forma de administración por red institucional	Autoadministrado	1,0		
Nivel de atención de la institución donde se inició el tratamiento				
<i>Ajustado por:</i> domicilio fijo, apoyo familiar, consumo de sustancias psicoactivas, riesgo de alcoholismo, riesgo de VIH/SIDA, forma de administración del tratamiento, red de pertenencia de la institución donde se inició el tratamiento, personal asignado al programa, número de pacientes en el programa	Primero	1,0		
	Segundo	2,63	(0,59-11,75)	0,205
	Tercero	1,32	(0,54-3,25)	0,539
	Sin clasificar	0,88	(0,07-10,75)	0,921

Fuente: Cuervo Rojas, Juliana María. Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, 2001 (documento técnico no publicado) y Tesis de Maestría en Epidemiología Clínica. Pontificia Universidad Javeriana, 2001.

de dos funcionarios asignados al programa de tuberculosis y que hubiese una trabajadora social vinculada a este. Ello demuestra la necesidad de brindar a los pacientes una atención integral y de calidad. El estudio de Cuervo señala que existen variables ligadas al desempeño de los servicios de salud que también están asociadas con la problemática del abandono del tratamiento antituberculoso, aparte de las variables del contexto general e individual tradicionalmente descritas.

Regulación

En el departamento del Valle del Cauca se analizó mediante la metodología de estudio de caso el impacto de la reforma de salud en siete municipios (Carvajal et al., 2004). Los hallazgos pusieron de relieve el incumplimiento de la función de modulación que debe ejercer el Estado, evidenciada en sus subcomponentes de dirección, planeación y regulación. Antes de la reforma, los municipios contaban con un equipo multidisciplinario integrado por: médico del programa, enfermera profesional, bacteriólogo, especialista en neumología, trabajadora social, auxiliar de enfermería, promotor de salud y educador de salud, y coordinador de las acciones de control. En el SGSSS no se cuenta con un equipo multidisciplinario para el manejo de las acciones relacionadas con la tuberculosis. En cinco de los siete municipios estudiados, se halló que solamente una persona de nivel profesional estaba a cargo de la coordinación de las actividades de tuberculosis.

En materia de regulación de las actividades de los municipios por los entes nacionales y departamentales, el SNS identificaba acciones periódicas de seguimiento y control, tal como se evidenció en informes mensuales sobre actividad y asistencia técnica. En el SGSSS no se hallaron datos de seguimiento y control (de carácter nacional, departamental o local) sobre los nuevos actores privados por parte de los entes territoriales correspondientes a los municipios comprendidos en el estudio, aunque sí se continuó con la vigilancia a las entidades públicas. Se observó además la reducción de las asistencias técnicas a solo una en el año por parte del departamento y ninguna de la Nación.

También se puso de relieve un deficiente sistema de información y monitoreo de las acciones de tuberculosis por parte del sector público, y en el ámbito privado no se observó diligenciamiento de información sobre las actividades antituberculosas.

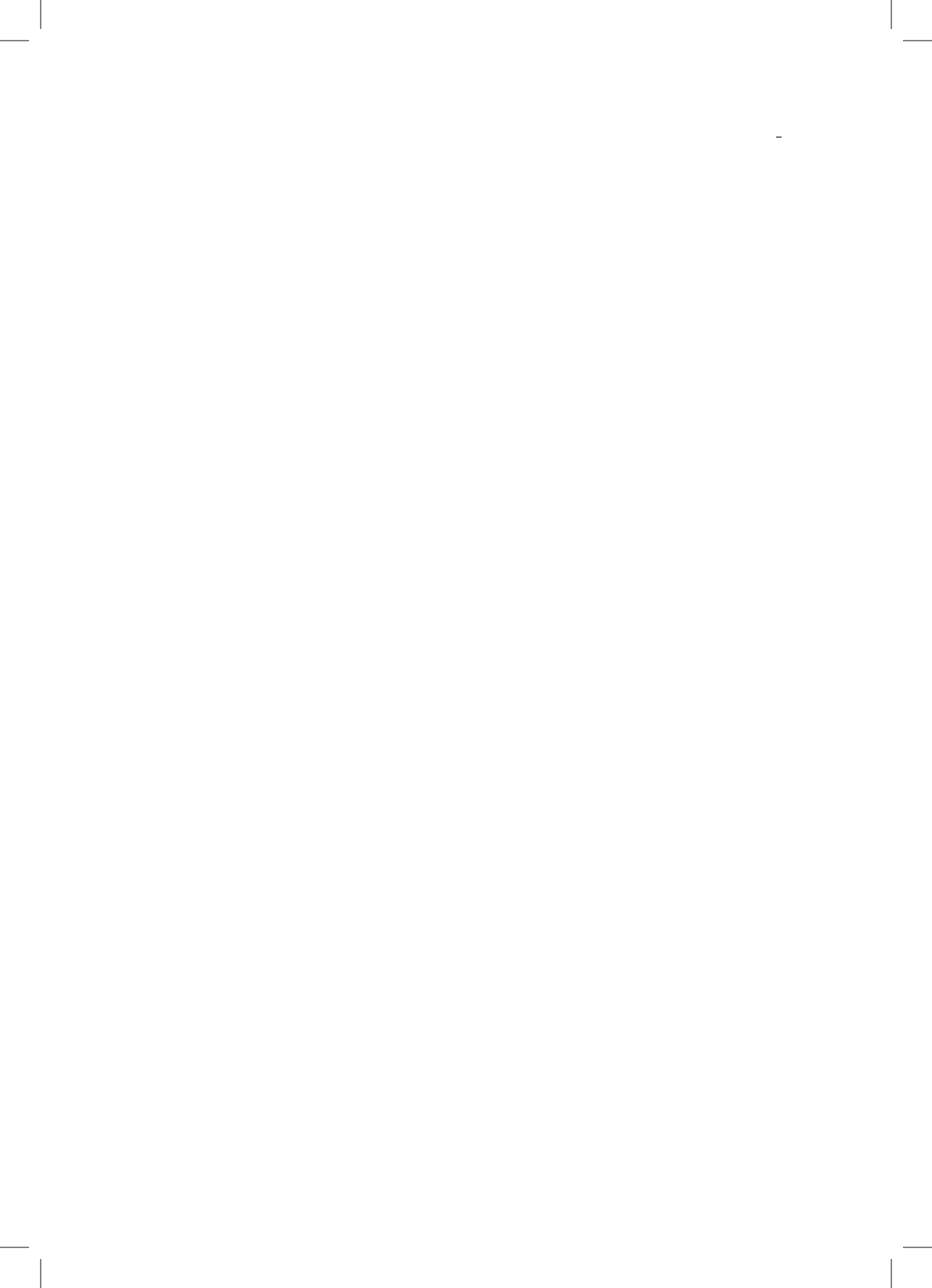
Conclusiones

En resumen, la reforma del sistema de salud colombiano no contribuyó a mejorar el impacto de la tuberculosis en la situación epidemiológica y produjo un deterioro en la organización del sistema de salud para el desarrollo de las actividades de control, que se expresa en: baja cobertura de la estrategia DOTS, disminución en la búsqueda de sintomáticos respiratorios, interrupciones del tratamiento explicadas por factores relacionados con la prestación de los servicios, cambios en el modelo de atención y financiamiento con la introducción de nuevos incentivos en el sistema, diferencias entre las instituciones públicas y privadas en cuanto a la prestación de los servicios y disminución del papel del Estado en la dirección, planeación, control y regulación de estas acciones.

Referencias bibliográficas

- Arbeláez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E (2004). Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Mgmt* 19:S25-S43.
- Ayala Cerna C, Kroeger A (2002). La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cadernos de Saude Publica* 18(6):1771-1781.
- Bossert T, Hsiao W, Barrera M, Alarcón L, Leo M, Casares C. (1998). Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy and Planning* 13:59-77.
- Carvajal R, Cabrera G, Mateus JC (2004). Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca. *Biomédica* 24 (Supl.):138-148.
- Chaparro PE, Garcia I, Guerrero MI, León CI (2004). Situación de la tuberculosis en Colombia, 2002. *Biomédica* 24 (Supl.):102-14.
- Colombia, Ministerio de Salud (2000a). Resolución 00412 de 2000. Santafé de Bogotá, Colombia. Febrero 25, 2000.
- Colombia, Ministerio de Salud (2000b). Resolución 1078 de 2000. Santafé de Bogotá, Colombia. Mayo 2, 2000.
- Colombia, Ministerio de Salud (2000c). Resolución 1745 de 2000. Santafé de Bogotá, Colombia. Junio 30, 2000.

- Colombia, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Pública, Grupo de Prevención (2000d). Situación actual de la tuberculosis en Colombia. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá, Colombia.
- Colombia, Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención (2001). *Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar*. Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, Colombia.
- Cuervo Rojas JM (2001). Características, resultados del tratamiento antituberculoso y factores determinantes del abandono en casos nuevos tratados en las instituciones de salud que notifican al programa de prevención y control de tuberculosis de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá durante 1999. Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, 2001 (Documento técnico no publicado) y Tesis de Maestría en Epidemiología Clínica. Pontificia Universidad Javeriana, 2001.
- García I, Merchán A, Chaparro PE, López LE (2004). Panorama de la coinfección tuberculosis/VIH en Bogotá, 2001. *Biomédica* 24 (Supl.):132-137.
- Plaza B, Barona AB, Hearst N (2001). Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health Policy and Planning* (Supl) 16:44-51.
- Rodríguez R, Arrengol R (1997). Informe de asesoría al Programa de Control de la Tuberculosis en Colombia. Informe de viaje, OPS.
- Rosero LM (2001). Una evaluación de la Ley 100 como herramienta de cumplimiento del derecho a la salud. En: DNP/Misión Social/PNUD. *Informe de Desarrollo Humano para Colombia 2000*. Bogotá: Alfaomega.
- Segura AM, Rey JJ, Arbeláez MP (2004). Tendencia de la mortalidad y los egresos hospitalarios por tuberculosis, antes y durante la implementación de la reforma del sector salud, Colombia, 1985-1999. *Biomédica* 24 (Supl.):115-123.
- World Health Organization (2004). *Global tuberculosis control. Surveillance, planning, financing*. Geneva: World Health Organization Report.



Descentralización, reforma sectorial y control de la malaria en Colombia

Gabriel Carrasquilla¹

La descentralización de las actividades de lucha contra la malaria en Colombia fue un proceso simultáneo a la descentralización del sector salud y a las reformas impulsadas para aumentar la cobertura de aseguramiento. Con el propósito de analizar el impacto de este cambio de contexto en el control de la malaria, se realizaron dos evaluaciones, una sobre la descentralización y su asociación con modificaciones en los indicadores de oferta, uso y cobertura de servicios de salud, y otra sobre la descentralización del programa de control de vectores y el efecto de la descentralización municipal en algunos indicadores de malaria.² Se exploraron los municipios colombianos endémicos de malaria en el período 1991-2000 y se consideraron tres períodos: antes de la descentralización y de las reformas del sector (1991-1993), durante el período de transición (1994-1998) y después de la descentralización (2000-2001). Se utilizó un enfoque tanto cualitativo como cuantitativo para recoger información de fuentes primarias y secundarias.

Este trabajo presenta los resultados de los estudios mencionados y concluye planteando una discusión de los datos obtenidos.

El proceso de descentralización y la reforma del sector salud en Colombia

En Colombia, la descentralización se planteó como objetivos democratizar la vida local, fortalecer la veeduría y la responsabilidad tanto del Gobierno como de la sociedad, mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios sociales y públicos a cargo del Estado, y establecer regiones como promotoras del desarrollo (Departamento Nacional de Planeación, 2002).

¹ Director del Centro de Estudios e Investigación en Salud Fundación Santa Fe de Bogotá.

² El estudio sobre descentralización de la lucha contra la malaria contó con la cooperación de la División de Investigación en Enfermedades Tropicales de la OMS, mediante donación A10160 a la Fundación FES Social. El estudio sobre descentralización del sector salud recibió el apoyo financiero de COLCIENCIAS Proyecto 6221-04-11818, en el marco del Contrato RC No. 178-2002 suscrito entre COLCIENCIAS y la Fundación Santafé de Bogotá.

Las leyes promulgadas para impulsar la descentralización en materia de salud (Ley 10 de 1990, Diario Oficial No. 39 137 y Ley 60 de 1993, Diario Oficial No. 40 987) y las reformas del sector (Ley 100 de 1993, Diario Oficial No. 41 118) establecieron los siguientes objetivos principales:

- Distribuir competencias entre la Nación, los departamentos y los municipios, reservando las funciones de dirección y control para el nivel nacional, y descentralizando en los municipios la atención del primer nivel y en los departamentos la del segundo y tercer nivel.
- Cambiar la atención de salud de un enfoque hospitalario a un modelo intersectorial, convirtiendo a los alcaldes en responsables políticos del área de salud e incorporando a la comunidad mediante diversas formas de participación.
- Estimular y reasignar las fuentes financieras, fortaleciendo el primer nivel de atención y estimulando el esfuerzo local en la financiación del sector.
- Establecer hospitales autónomos que se gestionen con características gerenciales.

Adicionalmente, el Gobierno colombiano definió la descentralización del sistema de salud como la principal estrategia para extender la cobertura a las poblaciones desprotegidas de bajos ingresos; corregir las inequidades entre grupos socioeconómicos y zonas geográficas; mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios; promover la participación comunitaria en la toma de decisiones del sector; enfocar la salud haciendo hincapié en los factores de riesgo relacionados con el comportamiento y el medio ambiente, y establecer mecanismos financieros para canalizar los recursos centrales y locales hacia la prestación de servicios de salud (World Bank, 1994).

La descentralización sectorial se inició con la aprobación por el Congreso de la Ley 10 de 1990, que otorgó autonomía a los municipios para el manejo de recursos y la prestación de servicios de salud haciéndolos responsables del primer nivel de atención (acciones de promoción y prevención e infraestructura de menor complejidad), mientras que los departamentos se harían cargo del segundo y tercer nivel (acciones de tratamiento y rehabilitación con infraestructura y tecnología de mayor complejidad). La Ley 60 de 1993 precisó las responsabilidades de los municipios y departamentos en materia de salud y educación, y definió las reglas de juego para la financiación, asignando competencias y recursos, y la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, centrado en el aseguramiento de la población por medio del

régimen contributivo para los empleados y trabajadores independientes y del subsidiado para los estratos más pobres.

El modelo de descentralización colombiano se caracteriza por la presencia de un sistema descentralizado de seguridad social en salud que interrelaciona el aseguramiento con la gestión territorial (Yepes, Sánchez, 1999). El modelo se inscribe en la perspectiva del “agente-principal” (Bossert, 2000), según la cual el Gobierno central (principal) determina las metas y políticas de salud y delega a los gobiernos municipales y regionales autoridad y recursos para la puesta en práctica de sus objetivos.

En relación con los modelos de descentralización, la clasificación más comúnmente utilizada corresponde a la diferenciación entre devolución, desconcentración y delegación (Rondinelli, 1981). En Colombia, la descentralización sanitaria adopta como modalidad la devolución, porque las funciones y recursos sectoriales han sido transferidos a gobiernos locales y departamentales que deben asumir la responsabilidad de la prestación de servicios, la administración y las finanzas.

Descentralización de las acciones de lucha contra la malaria

El Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) se estableció en 1957 como una campaña directa cuya dirección técnica y administrativa está centralizada en el Ministerio de Salud. El SEM se convirtió en la Unidad Administrativa Especial de Campañas Directas, también centralizada. En 1994 el Ministerio decidió realizar la descentralización del control de la malaria transfiriendo responsabilidades para el control de vectores a nivel de departamento (estado), y para el diagnóstico y tratamiento al municipio.

La descentralización del programa de control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores se llevó a cabo en el marco de un proceso de descentralización en materia de educación y salud, y de reformas en el sector sanitario, que pasaba de un esquema de subsidio a la oferta a uno de subsidio a la demanda, con un objetivo de aseguramiento universal que todavía no se ha alcanzado. Por consiguiente, el análisis de la descentralización debe tener en cuenta ese contexto de reformas. Si bien los objetivos de la descentralización de las acciones de control de la malaria concordaban con los planteamientos presentados desde 1992 por la OMS en la Estrategia Mundial para el Control de la Malaria (EGCM), diversos factores determinantes de orden económico, político, social y ambiental impidieron su adecuada implementación (Ministerio de Salud, 2001).

Los municipios debían cumplir con una serie de requisitos para obtener la certificación como municipios descentralizados que los habilita para recibir —en forma directa y ya no a través del departamento— los fondos que les gira el Gobierno nacional, y además les permite controlar sus fuentes de ingresos, la composición del gasto, los ingresos por tarifas y contratos, y la autonomía hospitalaria. Sin embargo, el proceso de certificación fue lento: en 1994 solo 19 municipios la habían recibido, entre 1996 y 1997 se incorporaron cerca de 300, y en diciembre de 2000, 538 del total de 1097 municipios.

Se han llevado a cabo pocas evaluaciones del proceso de descentralización sanitaria en Colombia, con algunas opiniones que muestran los avances y logros de los objetivos propuestos y otras que presentan las dificultades y limitaciones. Entre los avances se ha señalado un mejoramiento de la equidad debido a que el incremento de los fondos parece asociarse con una mayor utilización de los servicios, y la diferencia en gastos per cápita entre municipios parece estar disminuyendo (Bossert, 2000). Se ha notificado asimismo el mejoramiento de la red local de servicios, el fortalecimiento de la participación ciudadana, la incorporación de la salud en las agendas municipales y la percepción positiva de la descentralización por parte de la población (Yepes, Sánchez, 1999). También ha sido atribuida a la descentralización la ampliación de la red pública de servicios de salud, que pasó de una cobertura de 35% en 1990 a una de 63% en 2000, gracias a la disponibilidad de ingresos que permitió la expansión del gasto público en salud y el aumento del personal.

Entre las limitaciones de los procesos de reforma, incluida la descentralización, se han señalado algunas que no permitieron su adecuada implementación (Bossert, 2000), tales como la incapacidad administrativa de las entidades territoriales y la deficiente formación académica y técnica de los responsables del funcionamiento del sistema (World Bank, 1994; Restrepo, 1999), el escaso desarrollo de los sistemas locales de información en salud y la falta de transparencia en los criterios de asignación de recursos, además de la ausencia de acciones de promoción de la salud, con el consiguiente menoscabo de la salud pública, dado el fraccionamiento de las comunidades por el tipo de entidad que los cubre (Herrera, Cortéz, 2000).

La mayor parte de los estudios sobre descentralización —descriptivos y centrados en los aspectos financieros— han informado un incremento en los recursos de los municipios descentralizados, pero solamente uno de los que han sido publicados evaluó la situación de los programas de lucha contra la malaria (Kroeger, Ordóñez-González, Aviña, 2002). Este estudio, que hace hincapié en

los aspectos políticos y administrativos de la descentralización de la Unidad Administrativa de Campañas Directas, señaló que las dificultades del proceso tuvieron como consecuencia un aumento del número de casos de malaria, coincidente con el aumento de la incidencia de esta enfermedad en Nicaragua, que entre 1995 y 1997 creció tres veces más que en la década de 1980 como resultado de la política de descentralización (Birn, Zimmerman, Garfield, 2000).

Material y métodos

Para evaluar el estado de la descentralización en el campo de la salud, y en particular en el programa de control de vectores, se emprendieron estudios analíticos basados en información proveniente de fuentes primarias y secundarias para los años 1991-2000. En el componente de descentralización sanitaria se incluyeron 495 de los 1097 municipios del país, y en el de malaria y control de vectores se incluyeron 319 municipios definidos como endémicos, porque notificaban al menos cinco casos anuales de malaria en tres de los cinco años del período 1990-1994. No se había realizado antes en Colombia una evaluación que abarcara tantos municipios.

Dos entrevistadoras debidamente adiestradas por uno de los investigadores efectuaron entrevistas telefónicas a secretarios locales y directores de hospitales de cada uno de los municipios, previo consentimiento informado. Adicionalmente, la entrevista se extendió a funcionarios de las áreas administrativas y de salud ambiental. Se diseñó asimismo un cuestionario semiestructurado para evaluar las percepciones y opiniones de los funcionarios en relación con las reformas del sector y la descentralización, para ser administrado a secretarios de Salud, directores de hospital y coordinadores del programa de malaria. Por último, los resultados de la investigación sobre la descentralización de las acciones contra la malaria se presentaron en una reunión de coordinadores de todos los departamentos, en la que se discutieron los resultados.

La información sobre el número de casos de malaria por municipio y por año, hasta 1997, debió obtenerse de tarjetas individuales en los antiguos registros de información del SEM. No se contaba con esta información a nivel departamental o municipal, lo que pone de relieve una limitación importante en cuanto a la información disponible que deberán analizar los investigadores o tomadores de decisión al nivel local. En efecto, una de las principales limitaciones para analizar los efectos de las reformas del sector salud y la descentralización ha sido la falta de información (Granada et al., 2005).

Resultados

Los resultados del análisis pueden presentarse en forma sintética con referencia a cinco dimensiones del impacto de la descentralización y la reforma sectorial sobre el programa de lucha contra la malaria:

- recursos humanos;
- financiamiento y gasto;
- funciones de planeación, control, promoción y prevención;
- incidencia;
- percepción de las autoridades de salud al nivel local.

A continuación se presentan los principales hallazgos en relación con cada una de ellas.

Los efectos de la descentralización sobre los recursos humanos en salud

Se evaluaron algunos indicadores de oferta de recursos humanos (médicos, odontólogos y enfermeras) y de plazas de servicio social obligatorio de esas mismas profesiones y su posible asociación con el proceso de descentralización en Colombia (Carrasquilla et al.). Se compararon los municipios descentralizados al 31 de diciembre de 2000 con los que no contaban con la certificación correspondiente y se encontró que estos últimos tenían mayor cantidad de médicos y enfermeras por 1000 habitantes y más plazas rurales, pero menor número de odontólogos (cuadro 1).

Sin embargo, cuando se analizan solamente los municipios descentralizados se encuentra que, en las instituciones públicas, la cantidad de médicos por 1000 habitantes y de plazas rurales médicas aumentó de modo estadísticamente significativo después que el municipio se descentralizó, pero no ocurrió lo mismo con las plazas destinadas a enfermería y odontología (cuadro 2). No se recogió información sobre otros empleados, tales como técnicos, auxiliares y personal administrativo. Estos hallazgos son coherentes con lo afirmado por el Departamento Nacional de Planeación, que señaló un incremento en la cantidad de médicos por habitante debido a que los municipios recibieron personal de planta proveniente de la Nación y del departamento, y además tenían autonomía que les permitía la contratación de recursos humanos para el fortalecimiento del nivel local.

Un estudio sobre los efectos de la descentralización en municipios colombianos endémicos de malaria (Carrasquilla, Gómez, Mateus, 2005) halló que este proceso y las demás reformas sanitarias provocaron circunstancias muy diversas que a su vez influyeron en el perfil de la malaria. Relacionadas con estas circunstancias, se registraron demoras en el pago de salarios en los hospitales y paros en los hospitales públicos. En 1991 y en 1994, 94%-95% de los hospitales pagaban oportunamente los salarios a sus empleados, pero estas cifras se redujeron a 75% en 1997 y 60% en 2000, sin diferencias entre hospitales de

Cuadro 1. Número de profesionales de salud según certificación del municipio. Colombia, 1991-2000

Número por 1000 habitantes	Certificados	No certificados	p
Médicos	0,18	0,25	0,001
Enfermeras	0,12	0,15	0,074
Odontólogos	0,39	0,14	0,001
Plazas rurales médicas	0,13	0,17	0,043
Plazas rurales de Enfermería	0,07	0,08	0,720
Plazas rurales de Odontología	0,08	0,11	0,450

Cuadro 2. Número de profesionales por 1000 habitantes antes y después de la certificación del municipio. Colombia, 1991-2000

Indicador	Antes	Después	p
Médicos	0,18	0,22	0,007
Enfermeras	0,11	0,11	0,950
Odontólogos	0,33	0,18	0,251
Plazas rurales médicas	0,09	0,12	0,010
Plazas rurales de Enfermería	0,06	0,08	0,263
Plazas rurales de Odontología	0,05	0,07	0,730

municipios descentralizados y no descentralizados. Las demoras en el pago de salarios se relacionan con los paros en los hospitales, y en el período 2000-2001, cuando la crisis se agudizó y aumentó el número de hospitales que sufrían estos problemas, la tasa de malaria fue de 593,75 por 100 000 habitantes en los municipios cuyos hospitales estuvieron en paro y de 1797,43 ($p=0,012$) en los que no estuvieron en paro. Este no es un resultado inesperado, pues la falta de registro de casos de malaria se debe a que en los hospitales, que son las instituciones encargadas de los sistemas locales de información, no había personal que realizara esa tarea.

Se evaluaron también otros indicadores de recursos humanos durante el proceso de reformas y no se encontró asociación entre la incidencia de malaria y el número de secretarios de Salud del municipio, de profesionales, técnicos auxiliares o grupos comunitarios que participan en actividades de control de la malaria. Sin embargo, se halló asociación inversa y estadísticamente significativa entre el número de técnicos asignados al programa de malaria y las tasas de incidencia del período 1990-1993. La tasa de malaria para los municipios cuyos programas no contaban con técnicos fue de 518,65 por 100 000 habitantes, y la de los que tenían técnicos fue de 9,28, si bien solo se compararon nueve municipios sin técnicos y dos con técnicos.

Se observó además que el proceso de descentralización del programa de control de vectores no resolvió la situación de los trabajadores del antiguo SEM, sino que en los departamentos continuaron presentándose dificultades y tensiones entre el sindicato de los antiguos trabajadores de malaria y las autoridades departamentales (Kroeger, Ordóñez-González, Aviña, 2002). Se redujo la planta de personal de los departamentos y algunos trabajadores del nivel departamental fueron transferidos a los municipios, pero disminuyó la supervisión y el control de las actividades de control de la malaria y no se planteó una estrategia definitiva para fortalecer la capacidad de los niveles locales y regionales en estas acciones.

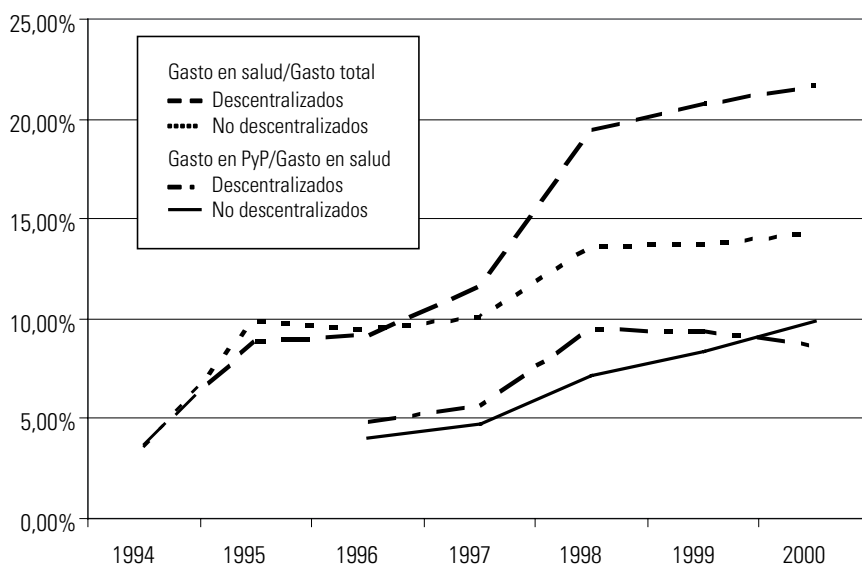
Los efectos de la descentralización sobre el financiamiento y el gasto en salud

El gasto en salud de los municipios como proporción del gasto total aumentó desde 1994 tanto en los municipios descentralizados como en los no descentralizados. Sin embargo, la proporción del gasto total (y del gasto per cápita) en salud fue significativamente mayor en los municipios descentralizados. Por otra

parte, el gasto en actividades de promoción y prevención como proporción del gasto en salud creció de manera más lenta y no se observan diferencias entre municipios descentralizados y no descentralizados en ninguno de los años analizados (figura 1).

Cuando el examen se detuvo en la relación entre el gasto en salud per cápita y la incidencia de malaria, no se comprobó asociación entre ambos indicadores para los períodos 1994-1998 y 2000-2001. Tampoco se halló asociación con el gasto en promoción y prevención, pero no se obtuvo información sobre gastos para el control de la malaria. Al evaluar la asociación con otras variables no se encontró relación con el clima (temperatura y precipitaciones), la altitud, la categoría de municipio, el estado de la descentralización o la proporción de población asegurada. La proporción de población rural, aunque no resultó significativa para el período 1994-1998, mostró la asociación más fuerte con las tasas de malaria, y fue positiva. En el período 2000-2001, a mayor proporción de población rural, mayor incidencia de malaria, y esta asociación sí fue estadísticamente significativa.

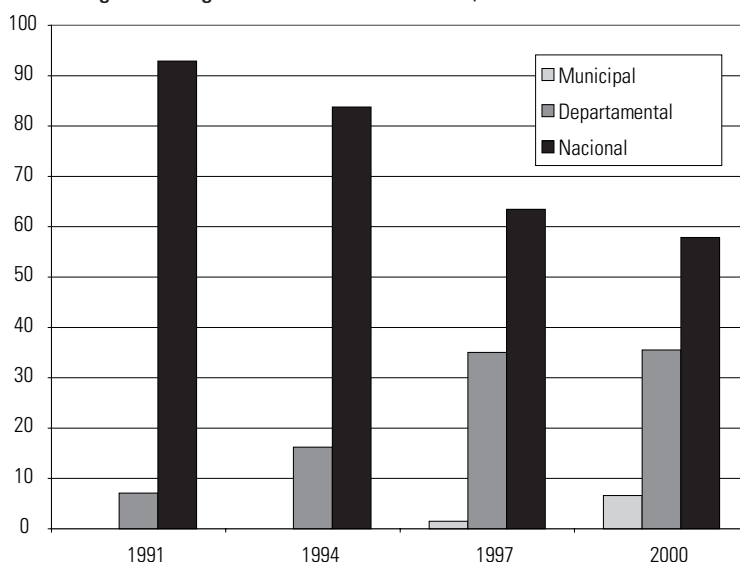
Figura 1. Gasto en salud y gasto en promoción y prevención (PyP). Municipios descentralizados frente a municipios no descentralizados. Colombia, 1991-2001



La figura 2 presenta la distribución de recursos asignados según nivel gubernamental. En 1991, antes de la reforma sectorial y de la descentralización, los recursos eran asignados en su mayoría por el Gobierno nacional, pero en 2000 estos disminuyeron a menos de 60%, mientras que los fondos asignados a los departamentos aumentaron a 35% y los destinados a los municipios también crecieron, llegando a menos de 10%.

Se puede apreciar que, en efecto, como consecuencia de la descentralización se giró a los municipios mayor cantidad de recursos financieros, pero ello no se tradujo en un refuerzo de las actividades de promoción y prevención, que son las que corresponden al primer nivel de atención (Carrasquilla et al.). Es importante observar los recursos invertidos en el Plan de Atención Básica de cada municipio, porque este debe orientarse hacia las principales necesidades locales. Se espera que en los municipios endémicos de malaria haya una asignación de las autoridades locales para atender esta situación de salud. Sin embargo, recoger esta información para efectuar el análisis correspondiente es un proceso lento que debe llevarse a cabo en cada municipio.

Figura 2. Asignación de recursos financieros para actividades de control de la malaria según nivel gubernamental. Colombia, 1991-2000

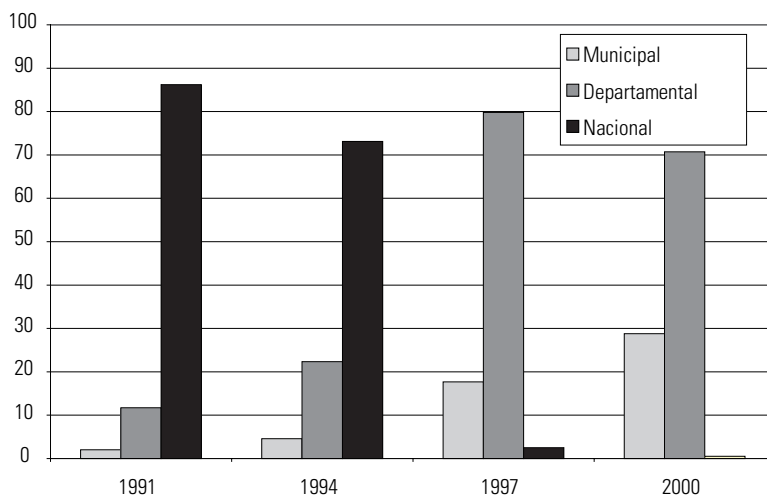


Los efectos de la descentralización sobre las funciones de planeación, control, promoción y prevención

La planeación de las acciones de control de la malaria que hasta 1994 era responsabilidad del ámbito nacional, de 1997 en adelante pasó a ser una actividad fundamentalmente departamental. En 1997, 13,22% de los municipios descentralizados y 1,30% de los no descentralizados habían realizado actividades de planeación para el control de la malaria, mientras que en 2000 esta proporción había aumentado a 25,62% y 6,49% respectivamente (Carrasquilla et al.).

No solo la planeación sino también la ejecución de acciones de control de la malaria mostraron diferencias entre los municipios descentralizados y los no descentralizados. En 1994, 7,4% de los municipios descentralizados realizaron actividades de control de la malaria, frente a ninguno de los no descentralizados, porcentajes que aumentaron en 1997 a 27,27% y 2,6% respectivamente y a 41,32% y 9,09% en 2000. En la figura 3 se observa asimismo un cambio importante en las actividades de control: de ser competencia del nivel nacional hasta 1994, pasaron al nivel departamental en 1997, aumentando la ejecución por el municipio en el año 2000, cuando prácticamente no se realizaban actividades al nivel nacional.

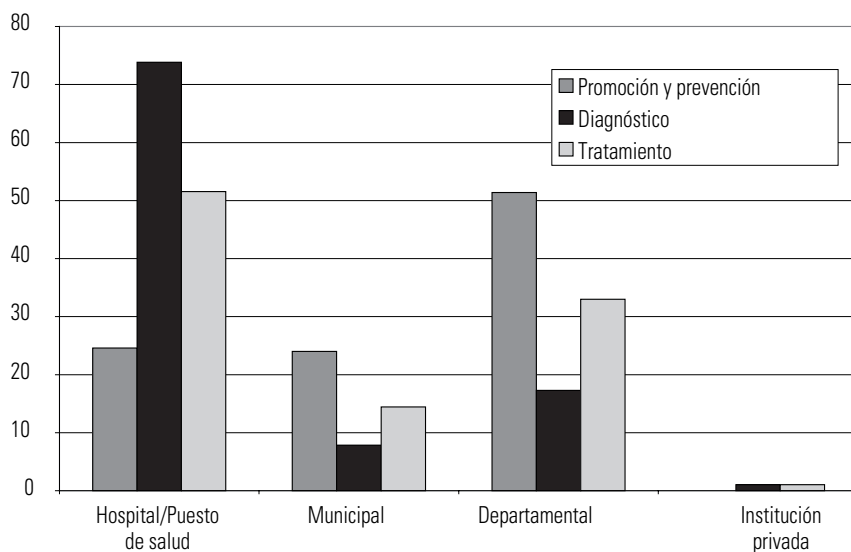
Figura 3. Actividades de control de la malaria según nivel gubernamental. Colombia, 1991-2000



La figura 4 muestra la distribución de actividades de promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria de acuerdo con la institución que la realizaba en 2002, cuando se llevó a cabo la entrevista. Las actividades de promoción y prevención las realizaba el departamento, tal como lo establece la ley. Esta investigación también ha confirmado que el diagnóstico y tratamiento eran responsabilidad de los municipios y los hospitales locales. Las instituciones del sector privado participaban de manera limitada en el diagnóstico y tratamiento, pero no informaron tener ninguna participación en actividades de promoción y prevención.

Se encontró que una proporción mayor de municipios descentralizados realizaban actividades de promoción y prevención en comparación con los no descentralizados (37,74% frente a 4,11%), al igual que actividades de diagnóstico de malaria (11,86% frente a 1,37%) y de tratamiento (21,19% frente a 3,95), lo que indica que la descentralización se implementó para actividades relacionadas con esta enfermedad de acuerdo a lo planeado. En los municipios más pequeños y más pobres las actividades de promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento las realizaban los hospitales o el puesto de salud local, mientras

Figura 4. Actividades de prestación de servicios para la atención de enfermos de malaria según institución. Colombia, 2002

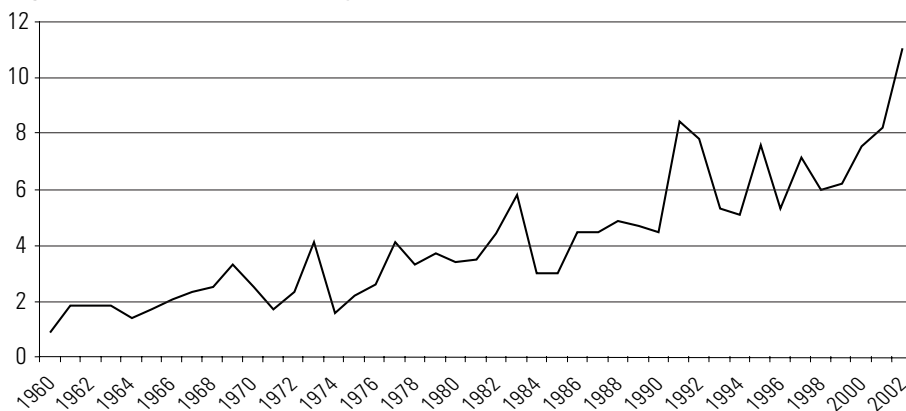


que en los municipios de mayor tamaño estas tareas las efectuaban directamente las oficinas correspondientes y no el hospital local. La diferencia puede deberse a que las categorías 5 y 6 tienen menor proporción de municipios descentralizados y por tanto el nivel departamental contrata las actividades de promoción y prevención, pero los recursos no son asignados por el municipio.

Los efectos de la descentralización sobre la incidencia de malaria

En los últimos años, la cantidad de casos de malaria ha venido aumentando, con picos periódicos y un recrudecimiento desde 1990 (figura 5). Diferentes razones se han atribuido a esta tendencia. Primero, la malaria afecta a las zonas más pobres, donde el Sistema General de Seguridad Social en Salud aún no está completamente desarrollado. Segundo, la reforma ha dado lugar a actividades de prevención, tratamiento y control fragmentadas, porque el cuidado primario es responsabilidad del nivel local pero las intervenciones de salud pública para el control de vectores las realizan los departamentos. La pérdida de continuidad en las medidas de prevención y la baja cobertura para el diagnóstico y tratamiento han incrementado la incidencia de esta enfermedad (Málaga et al., 2000). Tercero, la influencia que ejercen los cambios climáticos, el aumento de la resistencia a los fármacos antimaláricos, la reforma sectorial y la migración

Figura 5. Tendencia del índice parasitario anual. Colombia, 1960-2002



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Bogotá, 2003.

interna debido al conflicto armado, así como otros factores sociales, políticos, financieros y organizativos en los patrones de transmisión de la malaria (Carrasquilla, 2001).

Para evaluar los efectos de la reforma sectorial y la descentralización se definieron tres períodos: de 1990 a 1993, posterior a las reformas; de 1994 a 1998, que corresponde a una fase de transición mientras se implementaban las reformas, y de 2000 a 2001, cuando los programas ya estaban descentralizados y las reformas del sector completadas.

En el estudio se identificaron 319 municipios endémicos de malaria. El cuadro 3 muestra los resultados de 256 municipios para los cuales se obtuvo información sobre casos de malaria en por lo menos un año, para cada uno de los tres períodos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los períodos, ni tampoco entre municipios descentralizados y no descentralizados.

Los municipios en Colombia se dividen en siete categorías según su población y presupuesto. La categoría especial corresponde a las cinco grandes ciudades, la categoría 1 corresponde, en general, a capitales de departamento, y la 6 a los municipios más pequeños y de menores recursos.

Existe una asociación entre descentralización y categoría municipal, porque 91% de los municipios de categoría 1 están descentralizados, pero solo 40,5% de los de categoría 6 han obtenido la certificación como municipios descentralizados (Carrasquilla et al., 2000). No obstante, se encontró que la categoría municipal está relacionada con las tendencias de la malaria. Los municipios de categorías 1 y 2 muestran una tendencia a la disminución en los tres períodos estudiados. Por el contrario, los municipios de categorías 4, 5 y 6 muestran una tendencia decreciente entre el primer y segundo período, y luego la incidencia de malaria aumenta entre el segundo y el tercer período.

Cuadro 3. Tasas de malaria por 100 000 habitantes en municipios endémicos. Colombia, 1990-2001

Descentralizados	1990-1993	1994-1998	2000-2001
No	2831,09	1876,00	2112,70
Sí	2360,85	1650,78	2128,37
Total	2592,14	1756,77	2121,00

Percepción de los efectos de la descentralización en el programa de lucha contra la malaria

El análisis abarcó también la percepción de las autoridades locales de salud sobre el acceso a los servicios de promoción de la salud, así como de prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria. El cuadro 4 muestra diferencias estadísticamente significativas entre municipios descentralizados y no descentralizados en cuanto a la coordinación interinstitucional para la promoción y prevención y para las actividades de participación comunitaria. Además, en opinión de las autoridades locales el acceso al diagnóstico en la población no asegurada disminuyó o no cambió en mayor proporción en los municipios no descentralizados.

Cuadro 4. Percepción de que no hubo cambio o disminuyeron las actividades de control de la malaria en el nivel municipal, según estado de la descentralización

Actividad	Descentralizado	No descentralizado	Valor P
Coordinación interinstitucional	62,05	42,59	0,008
Participación comunitaria en el diagnóstico de malaria	67,12	59,63	0,000
Participación comunitaria en las actividades de promoción y prevención	59,71	52,29	0,410
Participación comunitaria en el tratamiento	87,76	85,32	0,850
Acceso al diagnóstico en la población no asegurada	79,23	88,60	0,000
Acceso al diagnóstico en los afiliados al régimen subsidiado	77,77	58,40	0,003
Acceso al diagnóstico en los afiliados al régimen contributivo	80,52	64,91	0,010

Discusión

- No se hallaron diferencias en las tasas de malaria entre los tres períodos en los que se dividió el estudio y tampoco entre municipios descentralizados y no descentralizados. La disminución de casos entre el primer y segundo período y el incremento entre el segundo y el tercero se debió a los municipios más pequeños y de menores recursos. En los municipios de categoría 1 y 2, que son los más desarrollados, se observó una disminución constante de los casos de malaria a lo largo de la década, pero en opinión de los coordinadores del programa de malaria lo sucedido en los municipios de categoría 4, 5 y 6 pudo deberse en parte a que durante la época de transición (1994-1998) hubo deficiencias importantes en la recolección de información que llevaron a un subregistro de casos. La similitud entre municipios descentralizados y no descentralizados se explica porque para obtener la certificación el municipio debía cumplir con algunos requisitos administrativos que no estaban relacionados con la descentralización del programa de control de vectores.
- Aunque los recursos aumentaron, no mejoró su asignación. Se aprecia claramente el incremento de recursos para los municipios en la década estudiada y también se observa que los municipios descentralizados tuvieron mayor aumento de sus ingresos. Sin embargo, esto no se reflejó en un incremento correspondiente a las actividades de promoción y prevención, como cabía esperar por corresponder al nivel local la responsabilidad del primer nivel de atención. Sí se observó, por ejemplo, un aumento en el número de médicos por 1000 habitantes, lo que supone atención profesional pero no afecta a las actividades de educación, promoción y prevención, y demás acciones de control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores. Adicionalmente, se pudo apreciar que aun cuando hubo diferencias estadísticamente significativas en el gasto en salud entre municipios descentralizados y no descentralizados, estas no se presentaron cuando se observó el gasto en promoción y prevención. Sin embargo, en otras actividades, tales como las coberturas de vacunación, sí se apreció una diferencia significativa, con mayores coberturas en los municipios descentralizados (Granada et al., 2005).
- La descentralización asignó responsabilidades sobre el control de la malaria a los niveles departamental y municipal. En 2001 se observó que la mayoría de los departamentos y municipios estaban participando en la asignación de

recursos y en la planeación y ejecución de actividades para el control de la malaria, sin embargo se presentaron algunas dificultades que repercutieron en la tasa de incidencia. En primer lugar, era notoria la inestabilidad de las autoridades municipales —los secretarios de Salud—, que se traducía en cambios en las prioridades y la orientación, a menudo varias veces en el mismo período de gobierno de un mandatario local. Se advirtieron asimismo diferencias entre municipios que habían asignado técnicos y auxiliares para las actividades de control de la malaria. En efecto, se requieren recursos humanos entrenados y con experiencia para trabajar en estos programas, ya que por lo general poseen el conocimiento y la motivación para seguir haciéndolo.

- En líneas generales, el proceso de reforma no mejoró el desempeño en cuanto a la lucha contra la malaria. La década de 1990, en particular la segunda mitad, se caracterizó por una crisis importante en el sector de la salud en Colombia, porque se aplicaron las reformas en forma simultánea, muchas veces sin la adecuada coordinación ni el debido acompañamiento de los niveles departamentales y locales, en particular con referencia a la descentralización. Estas crisis se manifestaron, por ejemplo, en situaciones críticas de los hospitales que, al no contar con suficientes recursos, demoraban el pago de salarios, lo que conducía a paros y manifestaciones que terminaron por afectar a los indicadores de salud. En el caso de la malaria, se registra una disminución de la incidencia debido a la falta de información. No se obtuvieron datos para evaluar eventuales efectos en la mortalidad.

En general las reformas sanitarias, incluida la descentralización, no produjeron mayores avances en materia de acceso (Almeida et al., 2000), equidad, eficiencia y calidad en los servicios de salud (Bossert, Larrañaga, Ruiz Meir, 2000) debido a limitaciones políticas, institucionales, financieras y administrativas que no permitieron un desarrollo apropiado (Ministerio de Salud, 1991; World Bank, 1994; Schmunis, Dias, 2000). No obstante, en Colombia se han producido avances y retrocesos, pero se debe tener en cuenta que las reformas sectoriales y la descentralización son procesos complejos y de larga duración cuyos resultados en términos de indicadores de impacto, tales como la incidencia de malaria, pueden tomar más tiempo que el de los períodos que se evaluaron en estos estudios. Sí parece conveniente que el proceso de descentralización cuente con mayor apoyo para que los municipios puedan reforzar la capacidad de gestión y fortalecer el desarrollo institucional y de los recursos humanos que tienen la responsabilidad de

implementarlo. Se requieren sistemas más fuertes de vigilancia y control para garantizar que los recursos financieros se destinen con eficiencia a la atención de los problemas más importantes, y de esta manera cumplan con los objetivos de las reformas, tales como mejorar las condiciones de salud de la población aumentando la equidad en el acceso, la calidad de los servicios y la solidaridad entre regiones, categorías de ingresos y grupos vulnerables, y promoviendo estrategias que promuevan la participación de la comunidad.

Referencias bibliográficas

- Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME (2000). Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services* 30(1):129-162.
- Birn A, Zimmerman S, Garfield R (2000). To decentralize or not to decentralize, is that the question? Nicaraguan health policy under structural adjustment in the 1990's. *International Journal of Health Services* 30(1):111-128.
- Bossert TJ, Larrañaga O, Ruiz Meir F (2000). Decentralization of health systems in Latin America. *Pan American Journal of Public Health* 8(1/2):84-92.
- Bossert T (2000). La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica: un análisis comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. (LACHSR Serie No. 29:3-47.
- Bossert T (2000). Orientaciones para promover la descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica. Escuela de Salud Pública de Harvard, 2000.
- Carrasquilla G, Granada A, Espitia VE, Pinto D. Indicadores de oferta, uso y cobertura antes y después de la descentralización en municipios colombianos. (En preparación.)
- Carrasquilla G (2001). Ecosystems approach for malaria control. *Cadernos de Saúde Publica* 17(Sup):171-179.
- Carrasquilla G et al. (2004). Efectos de la descentralización en indicadores claves de oferta, uso y cobertura de servicios de salud en municipios colombianos, 1991-2000. Informe final a COLICIENCIAS.
- Carrasquilla G, Gómez OL, Mateus JC (2005). Effects of health sector reform and decentralization on malaria endemic Colombian municipalities. American Society of Tropical Medicine and Hygiene. 54th Annual Meeting. December 11-15. Washington, D.C.
- Carrasquilla G, Granada A, Espitia VE, Pinto D. Indicadores de oferta, uso y cobertura antes y después de la descentralización en municipios colombianos. (En prensa.)

- Colombia (1991). Ministerio de Salud. Encuentro Nacional sobre Descentralización de la Salud. Cali.
- Departamento Nacional de Planeación (2002). *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década*. Bogotá: DNP. Tomos I a IV.
- Granada A, Estrada VE, Pinto D, Borrero E, Carrasquilla G (2005). Disponibilidad de información. ¿Un cuello de botella para la investigación y evaluación en políticas de salud? *Revista de Salud Pública* 7(2):201-214.
- Herrera V, Cortez AE (2000). *Análisis de la descentralización de la política social y la municipalización del sistema general de seguridad social en salud en municipios de categoría 4, 5 y 6*. Bogotá: ESAP-CINAP.
- Kroeger A, Ordóñez-González J, Aviña AI (2002). Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. *Tropical Medicine and International Health* 7(5):450-458.
- Málaga H, Latorre MC, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, De Taborda MC, Granados R, Pastor D (2000). Equidad y reforma de salud en Colombia. *Revista de Salud Pública* 2(3).
- Ministerio de Salud (2001). Dirección General de Salud Pública. *Iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo, directrices para su implementación en Colombia, 2001*.
- Restrepo, JC (1999). *Nuevos rumbos para la descentralización*. Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- Rondinelli D (1981). Government decentralization in comparative perspective: theory and practice in developing countries. *International Review of Administrative Science* 47(2):133-145.
- Schmunis GA, Dias JC (2000). Health care reform, decentralization, prevention and control of vector-borne diseases. *Cadernos de Saúde Publica*, 16: (Suppl 2): 117-123.
- World Bank (1994). Colombia: toward increased efficiency and equity in the health sector. Can decentralization help? Sector Report No. 11933-CO, Washington, D.C.
- Yepes FJ, Sánchez LE (1999). *La descentralización de la salud en Colombia: estudio de casos y controles*. Asociación Colombiana de la Salud (ASSALUD).



O impacto da descentralização do sistema de saúde na prevenção e controle da tuberculose: o caso do Brasil (1980-2005)*

Tereza Cristina Scatena Villa,¹ Antonio Ruffino-Netto,² Ricardo Alexandre Arcencio³

Introdução

O Brasil é um sistema federativo estruturado em três níveis políticos administrativos: União, estados e municípios. Possui uma população de 180 milhões de habitantes, 27 estados e 5560 municípios (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005). Em 2004, foram priorizados 315 municípios para a tuberculose (TB) nas 27 unidades federadas de acordo com critérios estabelecidos pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (Ministério da Saúde, 2004).

O Brasil ocupa o 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB no mundo. No Brasil a prevalência da TB é de 58 casos por 100.000 habitantes com incidência de 47,2 casos por 100.000 habitantes. A doença que tem cura ainda mata no Brasil pelo menos 6.000 pessoas/ano. O percentual de cura é de 72,2% e 11,7% de abandono, alcançando em algumas capitais o valor de 30% a 40%. A cada ano, 111.000 novos casos são registrados. Esses dados representam um grande desafio para o Brasil em relação às metas pactuadas junto a Organização Mundial da Saúde (OMS) de alcançar 85% das taxas de cura e reduzir o abandono do tratamento em 5%, ou seja, o Brasil,

* Este trabalho foi apoiado pela Fundação de Apoio À Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) /Process: 03/06595-4/. sponsored by Brazilian Tuberculosis Research Network (REDE-TB <http://www.redetb.usp.br>).

¹ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Professor Titular, Vice-Coordenador da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose e Coordenador da Área de Estudos Epidemiológicos da REDE-TB Email: tite@eerp.usp.br

² Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Professor Titular, Vice-Coordenador da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose e Coordenador da Área de Estudos Epidemiológicos da REDE-TB. Email: aruffino@fmrp.usp.br

³ Mestre em Enfermagem de Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

ainda está abaixo da meta pactuada e precisa melhorar o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento (World Health Organization, 2005).

A TB é uma endemia que “esteve presente como problema de saúde pública no Brasil durante todo o século XX” (Ruffino-Netto, 2004), conhecida como “a calamidade negligenciada” (Ruffino-Netto, 2002).

Esse artigo tem como eixo a descentralização das ações de controle de TB numa visão processual que se refere à unidade dialética de centralização que se apresenta, na prática social, com graus ou formas distintas, “compondo um mix determinado pelas circunstâncias históricas e políticas”, como é o caso emblemático do Brasil (Mendes, 1994).

Objetivo: analisar o impacto da descentralização do sistema de saúde na prevenção e controle da tuberculose, em diferentes períodos das políticas de saúde no Brasil (1980–2005).

Metodologia: Trata-se de uma revisão cuja busca foi direcionada para os documentos oficiais da OMS, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), teses e artigos relacionados às políticas de controle da tuberculose no Brasil. A análise centrou-se nas ações de controle da tuberculose inseridas nas políticas de saúde tendo como eixo a descentralização dos sistemas de serviços de saúde no Brasil, no período de 1980 a 2005.

Resultados e discussão

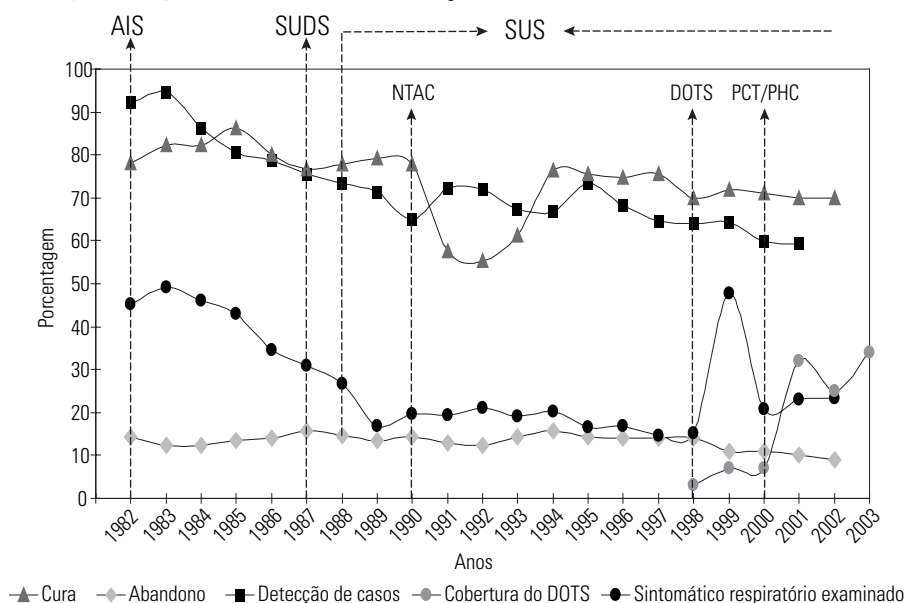
A descentralização do nível federal para o estadual: as Ações Integradas de Saúde, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde e o controle da tuberculose (1982-1986)

A partir de 1981, são propostas novas estratégias de organização de serviços de saúde, tendo como diretriz a descentralização através de convênio para a integração entre instituições federais (INAMPS/MS/SES) e estaduais com a transferência da execução do controle da TB para as SES. Esta estratégia de integração interinstitucional foi denominada Ações Integradas de Saúde (AIS), e a partir de 1987, com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) transferiram-se atribuições, recursos financeiros, pessoal de saúde e instalações (hospitais e ambulatorios) para a gestão das SES e para as SMS. Neste período, teve início o processo de descentralização dos serviços de saúde do nível federal para o nível estadual e municipal.

Em relação ao controle da TB são introduzidos no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), esquema terapêutico de curta duração (6 meses), medicamentos gratuitos, sistema de informação único e ascendente, modelo de programação claro e objetivo, e tratamento auto-administrado (Ruffino-Netto, 1999).

O gráfico 1 apresenta um panorama geral da situação da TB nos últimos 25 anos, buscando situar dois momentos históricos distintos que serão apresentados a seguir procurando evidenciar o processo de descentralização em cada período e o impacto epidemiológico, através de alguns indicadores de controle da TB. De acordo com o gráfico, no período entre 1982 e 1987 houve uma queda na taxa de detecção de casos de 90% para 75%, a taxa de cura permaneceu estável em torno de 80%, o número de Sintomático Respiratório examinado (SRE) caiu de 45% para 30% e a taxa de abandono permaneceu ao redor de 14%.

Gráfico 1. Panorama geral da situação da tuberculose segundo indicadores epidemiológicos no processo de descentralização da saúde nas décadas de 80, 90 e 2000



Fonte: Ruffino-Netto, 2004; Ministério da Saúde, 2005

AIS – Ações Integradas de Saúde; SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde; CNCT – Campanha Nacional Contra Tuberculose; SUS – Sistema Único de Saúde; DOTS – Tratamento de Curta Duração Diretamente Observado; PSF – Programa Saúde da Família; PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

O Sistema Único de Saúde e o controle da TB, 1988

As políticas de financiamento, a descentralização e a estratégia do tratamento supervisionado (DOTS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis No. 8.080/90 e No. 8.142/90, o que configurou, num momento de “janela histórica” representado pela redemocratização do País, uma reforma sanitária do tipo *big-bang*. A partir daí, vem sendo socialmente construído num movimento de tipo incremental lento, especialmente através de normas operacionais, que foram consenso entre os três níveis de governo e materializadas em Portarias Ministeriais (Mendes, 2001).

O SUS incorporou um conceito ampliado de saúde, definido como direito de todos, dever do estado cujo modelo de assistência à saúde é baseado no acesso universal hierarquizado e descentralizado (Brasil, 1988).

No Brasil, dois tipos de abordagens de descentralização foram implementadas no SUS. Uma delas é a *desconcentração* que consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, sem proporcionar autonomia e poder decisório. Outra é a *devolução*, que consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico que adquire assim, autonomia política e administrativa. Exemplos de devolução são os processos de estadualização e municipalização de certas funções dos governos federais (Mendes, 1998).

Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, o SUS real vai se consolidando como um subsistema - dentro de um sistema segmentado, destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados. Dessa forma, conformou-se um modelo segmentado onde convivem três grandes sistemas: o SUS, o Sistema de Desembolso Direto e Sistema de Atenção Médica Supletiva. O SUS é o sistema público, destinado a 140 milhões de brasileiros que não têm acesso aos planos privados. O SUS vem sendo constituído através de um enfoque na gestão da oferta dos serviços de saúde (Mendes, 2004). No Brasil, a atenção à TB é prestada pelo SUS, o sistema público.

O processo de descentralização nos anos 90 foi orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) SUS, que são instrumentos de regulação que tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

Também tratam de aspectos de organização do sistema de saúde (Levcovitz et al., 2001).

A implementação do SUS, na década de 90, constitui-se um desafio complexo, em um cenário onde milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde. A descentralização na área da saúde esbarra em dificuldades financeiras, institucionais e administrativas e portanto, o seu avanço assinala a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo (Levcovitz et al., 2001).

Conseqüentemente, na década de 1990, a falta de compromisso e financiamento pelo governo no controle da TB resultou na desestruturação do PNCT em nível federal (queda de cobertura, diminuição da busca de casos, piora dos resultados de tratamento, aumento do abandono; enfraquecimento das coordenações estaduais, diminuição das supervisões do Programa; descontinuidade da produção de drogas e compra de drogas no mercado internacional). Durante esse período, as medicações antituberculosas não estavam disponibilizadas em todo país e a estrutura das equipes de saúde que trabalhavam na comunidade foram desestruturadas. Não havia integração entre os níveis de atenção do sistema de saúde (Ruffino-Netto, 1999; Kritski & Netto, 2002). Portanto, a implementação do SUS deixou num primeiro momento vazios institucionais.

De acordo com o gráfico 1, a taxa de cura cai abruptamente entre 1990 e 1993, principalmente, porque a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) foi extinta. A CNCT, criada em 1946, é marcada pela intervenção do Estado na coordenação e prestação da assistência à TB através de programas verticais e equipes especializadas (Barreira, 1993).

A partir de 1993, a taxa de cura apresenta um incremento e a taxa de detecção de casos decresceu. Isso pode ser explicado devido a uma queda da busca ativa de casos examinados de Sintomáticos Respiratórios (SRE) no sistema de serviços de saúde. Nesse período, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) se organiza nos municípios reproduzindo as estruturas verticais com equipes especializadas na prestação da assistência e as ações de busca ativa são pouco incorporadas na rotina dos serviços de saúde.

Portanto, a tendência da curva de busca de SRE declinou o tempo todo e só começa a crescer depois da implantação do PNCT em 1998, o plano “define a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelece diretrizes para as ações e fixa metas para o alcance de seus objetivos”,

reconhece que a condição essencial é a articulação e a complementaridade dos três níveis de gestão do SUS (União, estados e municípios), a participação social e organizações não governamentais (ONGs), detecção e diagnóstico através da baciloscopia em todos os sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, disponibilizar tuberculostáticos, assegurar tratamento supervisionado e vigilância da resistência das drogas, prover um sistema de informações de acordo com as recomendações da OMS. Ainda, o Plano trouxe duas inovações onde instituiu como estratégia, repasses financeiros aos municípios, estimulando a busca de casos e o tratamento através de benefícios, mediante um termo de adesão reafirmando o compromisso para com o desenvolvimento das ações do PCT, através de repasse de verbas através de bônus (R\$ 150 ou R\$ 100 se houve ou não tratamento supervisionado); aumento do preço da baciloscopia, estabelece-se uma nova proposta de gerencia em: reestruturação (eliminados convênios); reengenharia (lógica baseada em resultados); bônus; reinvenção (DOTS); realinhamento (nova inserção do PCT no Ministério da Saúde; reconceitualização (descentralização); novas formas de aprendizagem; unidades de demonstração (Ruffino-Netto, 2002).

Assim, no ano posterior da implementação do plano, em que aumentou-se o valor pago ao exame de baciloscopia de escarro, observou-se um pico de 50% de SRE, equivalente ao ano de 1982, vale ressaltar que durante a série histórica do presente estudo, esses dois momentos foram considerados os momentos marcos, no que se refere à percentagem de SRE. Observa-se também que em 1998, com a implantação PNCT que propõe a estratégia DOTS, a taxa de abandono começou a declinar, caindo de 14% para 12% no período de 1998-2004, podendo também ter contribuído para o aumento no percentual de SER, já que 1 dos 5 pilares da estratégia propõe a detecção de caso através da baciloscopia de escarro.

A descentralização, inicialmente, teve um impacto negativo no controle da TB, sendo que o processo de implantação do SUS ocorreu sem um planejamento racional para a integração de programas verticais e transferência de atividades para o nível local. Não foram previstos recursos extra-orçamentários para os níveis intermediários e os municípios não dispunham de capacidade regulatória, manuais e incentivos que oferecessem suporte para a implementação e sucesso da reforma (Kritski & Netto, 2000).

A década de 90 é marcada por crises de falta de financiamento da saúde sendo que os recursos para as ações ambulatoriais foram limitados (Cordeiro, 2001), podendo talvez refletir na constância do percentual de cura abaixo dos

85% e decréscimo gradual na detecção de caso conforme visualizado no gráfico 1, tendo em vista que a atenção ambulatorial, é o principal ponto de atenção na assistência a TB. Nesse período é estabelecida a política de municipalização, com o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da atenção à saúde, consolidado pela NOB 01/96. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos estados, que prevê dispositivos que tendem valorizar a incorporação de práticas epidemiológicas na gestão do SUS, além de incentivos para os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (Mendes, 2004).

A descentralização implantada pelo SUS deu-se através da municipalização. Nele, a gestão do sistema de serviços de saúde, no âmbito local, é responsabilidade dos municípios, ainda que com algumas competências concorrentes com União e estados. Este modelo organizacional da municipalização autárquica (Mendes, 2001), constitui a vertente polar da regionalização autárquica. A municipalização autárquica tem suas origens no federalismo municipal brasileiro, mas acentuou-se no SUS, em função das normas operacionais básicas. E, num país onde 75% dos municípios têm menos de 20.000 habitantes, vem levando a uma forte fragmentação do SUS (Mendes, 2004), podendo ser considerado como um demonstrativo da debilidade do programa.

A reorganização da rede de serviços locais de saúde, tanto em termos quantitativos como qualitativos, representa um processo fundamental na reforma setorial e fortemente dependente da capacidade de gestão. As variações no desempenho gerencial explicam, em grande parte, as variações em termos de resultados e impactos na saúde da população. Uma série de pré-requisitos para a habilitação nos municípios (plano de saúde municipal, conta PAB-Piso da atenção básica, relatório de gestão, fundo de saúde, implantação dos bancos de dados nacionais de saúde, a criação do Conselho Municipal de Saúde) é exigida com uma estrutura normativa para o processo de descentralização. Entretanto, as análises do processo de implementação da descentralização da saúde têm evidenciado o despreparo da esfera municipal e a precariedade de sua estrutura técnico-administrativa voltada à prestação de serviços. Têm sido incentivadas estratégias de micro-regionalização e outras inovações gerenciais (Bodstein, 2002).

Segundo o relatório da OMS, 2004 um dos seis obstáculos para o avanço nos programas de controle da TB foi à descentralização incompleta (World Health Organization, 2004).

Entretanto, em relação à tuberculose, as diferentes estratégias na sistemática de financiamento, como os incentivos do PAB tanto no seu componente fixo que utiliza o critério per capita e variável que considera o incentivo ao PACS/PSF, Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica, e outras, “nem sempre estão direcionados a induzir a maior integração dos distintos níveis de complexidade da atenção”, como no caso do controle das endemias e outros programas verticais que eram realizados no caso brasileiro de forma centralizada, com relativo grau de sucesso, e foi desorganizado tanto pelo stress fiscal quanto pelo processo de descentralização, com recrudescimento de epidemias (Almeida, 2003).

Existem indícios de que a descentralização também afetou de forma importante esses programas, primeiro, porque não foram contemplados nas primeiras normas, centradas na assistência médica, como a NOB/93 e NOB/96; e segundo, pela desorganização local frente à retirada do nível central que comandava e operava os programas verticais localmente (Brito, 2003).

Assim verifica-se de acordo com o gráfico 1, que na década de 90, o percentual de cura manteve-se abaixo dos 85% preconizado pela OMS, e ainda no ano 2000, este estava em torno de 72% e a taxa de detecção nesses anos vem decrescendo gradualmente.

A incorporação do controle da tuberculose na Atenção Básica de Saúde no ano 2000

Em 2000, o PNCT e outras áreas programáticas (hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras) foram incorporados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), criado pelo Ministério da Saúde com a função de normatizar a organização e gestão da prática da atenção básica. A incorporação das áreas programáticas ao DAB teve como principal objetivo fortalecer a relação entre estratégia de Saúde da Família como “canal de distribuição” e as áreas programáticas como “produtoras de conhecimentos e serviços específicos”, agregando assim instrumentos para a organização da atenção (Souza, 2000).

Inserido nesse movimento de reformulação do setor saúde são propostos mecanismos de financiamento da Atenção Básica, como o PAB que juntamente ao valor fixo, podem agregar-se alguns valores variáveis sob a forma de incentivos ao PSF e o PACS. Dentre os componentes do PAB variável, os grandes destaques, no ano 2001 foram o PSF e Epidemiologia e o Controle de Doenças (Mendes, 2002) onde se insere as ações de controle da tuberculose.

Instituiu-se a Norma Operacional da Assistência (NOAS), a NOAS SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (Ministério da Saúde, 2002). A partir de então, o pacto de gestão entre as três esferas de governo, denominado como Pacto dos Indicadores de Atenção Básica, foi concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referente ao nível de atenção básica. O pacto constitui-se em um instrumento formal de negociação entre gestores tomando como objeto de negociação as metas a serem alcançadas em relação aos indicadores de saúde, previamente acordados. Ressalta-se que, no ano de 2003, o indicador “proporção de abandono do tratamento de tuberculose”, foi considerado como um dos vinte indicadores principais para o monitoramento da atenção básica (Ministério da Saúde, 2004).

A NOAS SUS 01/2002, teve como sua razão principal, superar os problemas de ineficiência e qualidade dos serviços, determinados pela municipalização autárquica; infelizmente, não conseguiu seu intento, em função dos equívocos de seu desenho. É preciso ter claro, entretanto, que a construção de uma nova norma é condição necessária, mas não suficiente para a superação dos problemas do SUS, mantida a perspectiva de reformas incrementais no sistema público brasileiro de saúde (Mendes, 2004).

O novo Plano de Controle da Tuberculose no Brasil (2001-2005) tem como estratégias: implantar/implementar o bônus para todos os municípios que tenham Unidades Básicas de Saúde, desenvolvendo ações de controle da TB; realizar tratamento supervisionado; estimular a adesão municipal ao Programa de Controle da TB. Introduce novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando com as estratégias de PSF e PACS. Sugere que tal parceria pode vir a contribuir para a expansão das ações do PCT, pois estas estratégias têm a família e domicílio como instrumento de trabalho. Nesta perspectiva, o Plano dá ênfase na atuação das equipes do PACS e PSF, enquanto instrumento para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono do tratamento. Nas unidades do PSF/PACS e nos demais serviços de saúde municipais, a busca ativa de SR e contatos deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina (Ministério da Saúde, 2002).

Diante de novos horizontes é considerada a necessidade de definir estratégias de capacitação dos profissionais que estarão na vanguarda desse processo inovador e audacioso, com premissa de levar a saúde para todos e, mais ainda, transformar o imaginário social da doença (Ruffino Netto, 2001). Assim a TB é uma doença presente e dependente de uma mudança de mentalidade, seja no nível macro nas formulações de políticas que enfatizam a tuberculose como prioridade; no nível meso no gerenciamento/ coordenadorias e no nível micro no envolvimento das equipes responsáveis pela assistência aos portadores de TB.

Financiamento das ações de controle da tuberculose na década de 2000

A partir de 2002, ocorrem reformulações nos valores de incentivos relacionados à alta por cura da TB (Portaria 1474/GM). Esta portaria fixa novos valores do incentivo para o controle da TB para a notificação de casos novos, para alta por cura, quando o tratamento for auto-administrado, e alta por cura, quando o tratamento for supervisionado (Fundação Nacional de Saúde, 2002).

Em 2004, o critério de concessão de bônus foi substituído por uma nova sistemática implantada pelo MS, que é um recurso anual concedido mediante a apresentação de um plano de trabalho elaborado pelos municípios.

O financiamento específico de TB segundo a portaria No. 2.646/GM de 16 de Dezembro de 2004 foi liberado para os municípios prioritários.

O bônus não foi ao todo suspenso, o MS distribuiu o recurso pelos municípios prioritários em 2004, mediante um Plano de Aplicação no qual é solicitado que o recurso seja distribuído em 5 áreas: capacitação, educação em saúde, vigilância epidemiológica, laboratório, supervisão. Esses recursos foram repassados fundo a fundo pelo Ministério da Saúde a Secretaria Municipal.

Foi suspensa a parte que cobrava as altas por tratamento auto-administrado e supervisionado, ou seja, o bônus foi suspenso, desde 2004, para pagamento de cura DOTS e não DOTS.

Em relação às baciloscopias para diagnóstico e controle continua sendo paga pelo SIA - SUS no valor de R\$ 4,20 correspondendo aos códigos anteriores. Permaneceu a cobrança via BDA das baciloscopias realizadas pelos municípios (diagnóstico e controle), cobrados mensalmente ao Ministério da Saúde (MS). Isto é pago pelo Fundo de Ações Estratégicas que entra todos os meses no Fundo Municipal de Saúde dos municípios como um recurso extra-teto. Este

recurso deve ser destinado às compras de insumos para laboratório ou outra utilização que o município quiser na TB. Em 2005, através da Portaria No. 543 08 de abril, foram liberados recursos para os municípios prioritários.

Conclusões

1. Descentralização requer um profissional preparado para a gerência em saúde pública, que utilize um conjunto de instrumentos específicos da epidemiologia, gestão e planejamento, com habilidades e funções para atuar, tanto em relação ao nível central (gerência), como na organização da atenção no nível periférico (Atenção Básica).
2. O controle da TB requer do sistema de saúde uma fonte de financiamento estável e regular dirigida ao PCT. É fundamental assegurar recursos financeiros e insumos para o PCT através de verba carimbada, pois o repasse de um pacote de recursos financeiros ao município não assegura sua aplicação no PCT.
3. É necessário ter uma “inteligência” central que “pense e oriente as atividades do PCT”, cercado de assessores de competência técnica.
4. Algumas atividades do PCT podem ser descentralizadas, como a supervisão da dose medicamentosa e a busca ativa / detecção de casos (ações de vigilância epidemiológica) em níveis periféricos da Rede de Serviços de saúde; e algumas atividades devem ser centralizadas na coordenação do PCT como as informações da vigilância, supervisão regular e monitoramento, sendo este posto ocupado por profissional com competência técnico-gerencial.
5. É preciso treinamento de recursos humanos, prévio à descentralização, e de forma articulada ao serviço, controle social e à gestão.
6. É necessário assegurar um sistema de registro e informação para o RH que atua nos níveis periféricos da rede de serviços de saúde, para que se responsabilizem pela informação com qualidade dos seus dados (sua adequação, consistência, coerência, etc.) bem como tenham noção epidemiológica, operacional e da aplicação dos recursos financeiros no PCT.
7. É necessária participação da comunidade para saber cobrar dos serviços de saúde a atenção de que necessitam envolver diferentes atores da sociedade – governo – profissionais de saúde / pesquisador / ONG em fóruns de controle da TB).
8. As grandes lições aprendidas são: que a descentralização das ações do PCT requer uma política de capacitação de RH, nos aspectos técnicos, gerenciais,

de sistema de informação e apoio laboratorial, um coordenador para o PCT no município; compromisso político com o PCT em todas as instâncias de decisão e financiamento com verba carimbada.

Referências bibliográficas

- Almeida C (2003). O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres? *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2):346-369.
- Barreira IA (1992). A enfermeira-Ananéri no “País do Futuro”; a aventura da luta contra a tuberculose. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery.
- Bodstein R (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 7(3):401-412.
- Brasil (1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas, pp. 112-118.
- Brito JS (2003) A descentralização da gestão dos serviços de controle da malária no Brasil. Projeto de dissertação de mestrado. ENSP/FIOCRUZ março 2002. (Mimeo.)
- Cordeiro H (2001). Descentralização, universalidade e equidade nas reformas do setor saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):319-328.
- Fundação Nacional de Saúde (2002). *Guia de vigilância epidemiológica*. 5ª. ed. Vol. 2. Brasília.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005). Projeção da população do Brasil, IBGE. Disponível em [http:// www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/) (Acesso em 29 agosto 2005.)
- Kritski AL & Netto R (2000). Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis* 4(7):622-626.
- Levcovitz E et al. (2001). Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2):269-291.
- Mendes EV (org.) (1994). Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro:HICITEC/ABRASCO.
- Mendes EV (org.) (1998). A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Editora HUCITEC.
- Mendes EV (2001). *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II. Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de

- Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília.
- Mendes EV (2002). *Atenção primária a saúde no SUS*. Ceará: Escola de Saúde Pública.
- Mendes EV (2004). O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda, RADIS comunicação em saúde. www.ensp.fiocruz.br/radis (Acesso em set. 2004).
- Ministério da Saúde (2002). Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Portaria 373.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período 2001-2005. Brasília, Dezembro de 2000.
- Ruffino-Netto A (1999). Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. *Boletim de Pneumologia Sanitária* 7(1):7-18.
- Ruffino Netto A (2001). Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *IESUS* 10(3):129-38.
- Ruffino-Netto A (2002). Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 35(1):51-58.
- Ruffino-Netto A (2004). Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Informe Epidemiológico do SUS* 10(3):129-138.
- Souza MF (2000). Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Rev. Saúde em Debate* (Rio de Janeiro) No. 1.
- World Health Organization (2004). An Expanded DOTS Agência Brasil. No Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose, Brasil tem pouco a comemorar. <http://www.tropinet.org/adCmsDocumentoShow.aspx?documento=349&Area=0>. (Acesso em 5 abr. 2004.)
- World Health Organization (2005). *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. Geneva: WHO.

Impacto da descentralização do Programa de Eliminação da Hanseníase no Brasil

Vera Andrade,¹ Tadiana Moreira,² Rosa Castália França Ribeiro Soares³

Introdução

A discussão sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase no Brasil vem se dando desde a década de 1980, no bojo da reestruturação do sistema de saúde. Concomitante à Reforma Sanitária Brasileira o Ministério da Saúde passou a dar prioridade ao Programa de Hanseníase por meio da elaboração de novas estratégias que promovessem o aumento da cobertura de serviços e a melhoria da atenção ao portador da doença. Até então a assistência a esse grupo de doentes era oferecida nas unidades estaduais de saúde, instaladas em alguns municípios.

A Constituição de 1988 institui o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do qual novas estratégias vêm sendo implantadas na promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Tais inovações envolveram também o combate à hanseníase. O presente trabalho tem como propósito discutir a descentralização das ações programáticas de hanseníase e o seu impacto na eliminação da endemia.

O projeto da reforma do setor saúde do Brasil

O sistema de saúde do Brasil atravessou uma importante reforma nas últimas décadas, na qual a descentralização de ações e serviços é um dos princípios norteadores. No Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, que sofreu influência do nacional-populismo brasileiro, foi declarado o favoritismo à descentralização e a transferência de poder aos municípios. Nesse período, o modelo político de saúde adotado foi o campanhista sanitarrista (Mendes, 1994).

¹ Organização Pan-Americana da Saúde.

² Instituto Educacional Luterano Bom Jesus.

³ Ministério da Saúde do Brasil.

Inicialmente, o sistema de saúde não era universal e, até a década de 1970, manteve-se atrelado ao crescimento da Previdência Social, prestando assistência somente aos trabalhadores contribuintes dos Institutos de Previdência (Noronha, 1994).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, importante evento político-sanitário ocorrido na década de 80, trouxe novamente à tona, a discussão de um novo sistema de saúde pautado na descentralização e no fortalecimento dos níveis periféricos, que permitissem maior autonomia local e a participação popular, dando maior eficácia ao conjunto de serviços prestados à população. Mas o processo de descentralização do setor saúde no Brasil só é iniciado na década de 1980, com políticas como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que favoreciam primeiro a desconcentração e logo a cogestão e a devolução dos serviços aos estados federais.

Com a promulgação da Carta Constitucional, que no tocante à saúde incorpora os princípios e as principais diretrizes da VIII Conferência, foi reconhecida constitucionalmente a “saúde como direito de todos e dever do Estado” e definido o SUS como o modelo político de saúde. O Estado Brasileiro passou então a instituir a descentralização, a universalização, equidade, a integralidade das ações e a participação popular. Foi então, com a Nova Constituição de 1988 e a legislação subsequente (Leis Orgânicas da Saúde No. 8080 e 8142, portarias e normas), que o processo foi consolidado assumindo como eixo a municipalização progressiva e gradual dos serviços e ações.

Ferramentas da descentralização

Durante cinco anos houve tentativas de encaminhar a descentralização política e financeira para cobrir as ações e serviços de saúde. Com objetivo de agilizar e monitorar a política de saúde brasileira foi criada em 1993 a Norma Operacional Básica – NOB/SUS 01/93 (Portaria do Ministério da Saúde No. 545) que determinou as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde bem como estabeleceu os mecanismos de financiamento das ações de saúde para as esferas municipais. A norma a seguir, NOB 96, apresentou avanços em relação à Norma de 1993 na política de financiamento do SUS.

Se a NOB/93 definiu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, a NOB/96 buscou

definir o processo de organização do cuidado à saúde, introduzindo um novo modelo de atenção à saúde (Ugá et al., 2003).

A viabilidade do modelo de descentralização da gestão da assistência de saúde à população em 1998 é desenhada pela alocação dos recursos financeiros específicos para o custeio das ações básicas de saúde pautada em base populacional dos municípios, o Piso de Atenção Básica (PAB) (Ministério da Saúde, 1997), incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental e Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Combate às Carências Nutricionais e Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Até 2000 não havia nenhuma sanção real para os municípios que tivessem fracassado a alcançar suas metas. Essa situação foi alterada em 2001, com a introdução de uma Nova Norma Operacional de Assistência em Saúde (NOAS). Todos os municípios assinaram os pactos, para que sob os novos regulamentos continuassem a receber as transferências do PAB feitas pelo governo federal diretamente aos municípios para fortalecer a atenção básica à saúde. O PAB Variável é o recurso financeiro mínimo de recursos financeiros que um município recebe do Ministério da Saúde para cuidar da saúde de seus habitantes. O PAB-A ou ampliado inclui à atenção básica muitos procedimentos, antes realizados apenas na atenção de média e alta complexidade.

Para monitorar os resultados alcançados nos Planos e Relatórios de Gestão, o Ministério da Saúde estabeleceu um processo de mensuração da pactuação dos indicadores da atenção básica com a Programação Pactuada Integrada para Erradicação e Controle de Doenças (PPI-ECD), que posteriormente passou a ser denominada Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS).

Para Ugá et al. (2003) a PPI não se estabeleceu como o processo para estruturar o modelo de atenção na vigência da NOB/96, mas foi retomada nas propostas de regionalização dos serviços consolidadas na NOAS 01/2001 que tem como objetivo a integralidade e a equidade não alterando, entretanto, o sistema de alocação de recursos nos estados e municípios.

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica, instrumento formal de negociação entre gestores, em relação às metas a serem alcançadas nos indicadores previamente acordados entre os níveis Federal, Estadual e Municipal apontam na direção de melhora da qualidade da atenção básica e da saúde da população.

Descentralização das ações de diagnóstico e tratamento da hanseníase no Brasil

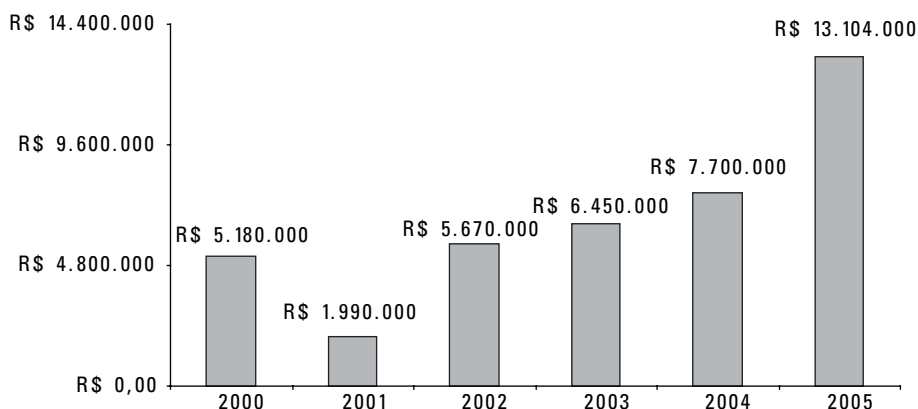
Não existe vacina para a prevenção primária da hanseníase, conta-se apenas com o tratamento com poliquimioterapia, disponibilizado pela Organização Mundial da Saúde (PQT/OMS), para curar os doentes, influir na cadeia de transmissão e prevenir as incapacidades e deformidades e informação a população. A OMS disponibiliza o tratamento ao Brasil e a todos os demais países endêmicos.

Durante vinte anos a execução do controle da hanseníase foi responsabilizada das unidades federadas, inicialmente prestadas nos dispensários e posteriormente nos ambulatorios de hanseníase, consultórios localizados em sua grande maioria em áreas isoladas das unidades sanitárias. Com uma coordenação estadual integrada aos Departamentos de Vigilância Epidemiológica ou de Doenças Transmissíveis das Secretarias Estaduais de Saúde observaram-se, nesta época, diferentes níveis de organização de serviços. Neste período a prestação de assistência aos portadores de hanseníase era executada pelas unidades de saúde das Secretarias Estaduais de Saúde, pelas unidades da antiga Fundação Serviços Públicos de Saúde (FSESP) e progressivamente pelos hospitais universitários e algumas unidades municipais de saúde (Ministério da Saúde, 1988).

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária abriu novamente a discussão sobre a integralidade das ações de hanseníase. Foi elaborado assim o Projeto de Intervenção para o quinquênio 1986-1990, destinado à descentralização e integração do programa na rede de serviços de saúde. O Projeto também tinha como objetivos a implementação e sistematização das ações de controle, de acordo com a complexidade dos serviços, na tentativa de tornar o programa horizontal. Neste período a execução das ações de controle da hanseníase passou a ser delegada aos municípios, de acordo com o modelo de saúde instituído pelo SUS, através da NOB/93. As unidades estaduais de saúde foram então municipalizadas passando a ser responsáveis pelo controle de todos os agravos.

Paralelamente a descentralização e a integração da hanseníase na rede pública de saúde dos estados e municípios foi instituído pelo Ministério da Saúde uma política de capacitação de recursos humanos para treinar todas as categorias profissionais envolvidas com a assistência aos doentes de hanseníase dos estados do país, utilizando novas estratégias pedagógicas, em consonância com a política nacional de recursos humanos.

Em relação ao financiamento, o Ministério da Saúde tem ampliado o orçamento para hanseníase, com recursos de fontes próprias do tesouro nacional e de um projeto com financiamento internacional (Vigisus), resultando num incremento orçamentário de R\$ 5.180.000,00 no ano 2000 para R\$ 13.104.000,00 em 2005, como mostrado no gráfico a seguir.



Fonte: CGPLO/SVS/MS

Paralelamente à proposta de implantação gradual dos regimes de PQT/OMS e conhecendo os vários impedimentos operacionais para o desenvolvimento das atividades de controle, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária redefine metas e inicia um período de iniciativas de reestruturação do Programa tais como a descentralização administrativa e de controle e integração do programa nos serviços básicos de saúde (Ministério da Saúde, 1985, 1985a).

O período de 1992 a 1998 é marcado pela necessidade de redimensionar a cobertura da PQT e de conhecer a prevalência real de casos com previsão de atingir a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000.

Como instrumentos norteadores, o Programa Nacional elaborou o Plano de Emergência Nacional (PEM) para o período 1990-1994 e, em 1995, o Plano de Eliminação (PEL) com contratação direta de supervisores que atuaram nos estados como consultores em colaboração com o Ministério da Saúde e a OMS. A avaliação do PEM, em 1996 mostrou que as atividades planejadas foram desenvolvidas adequadamente e as estimativas atingidas. Entretanto, a detecção

de casos continuou em crescimento; a PQT tinha sido amplamente assumida como um esquema eficaz e a reestruturação do sistema de informação permitiram que a prevalência estivesse muito próxima do número de casos estimados pelo estudo de tendência.

O processo de aproximação dos municípios é construído na identificação de municípios prioritários. Para a correta execução do PEL em 1996 o Ministério da Saúde estimou que 3548 municípios de um total de 5507 eram endêmicos e possuíam pelo menos um serviço de saúde que desenvolvia as ações de controle. Em outro desenho, usando diferentes critérios foram identificados 755 municípios estando 119 deles localizados na Amazônia. Em 1998 o Ministério da Saúde delineou nova estratégia de intervenção. Assim, as áreas hiperendêmicas foram identificadas em 800 municípios onde estavam situados 80% dos casos prevalentes do país e que receberam investimentos financeiros extras através de convênios, modalidade de repasse de recursos de custeio, atualmente em desuso, salvo para projetos específicos ou manutenção de atividades de centros nacionais de referência. A avaliação do Ministério demonstrou um quadro precário: apenas 30% desses municípios desenvolveram o plano conforme o convênio assinado (Ministério da Saúde, 1998).

O compromisso de “ampliar a descentralização do atendimento aos portadores de hanseníase para reduzir a sua incidência”, voltou em 1999 como meta do Plano Plurianual de investimentos, com planejamento para três anos.

Outra importante atividade desenvolvida que reforçou a descentralização é a atividade de Campanhas de Eliminação da Hanseníase (LEC). Com apoio financeiro Com apoio financeiro do Ministério da Saúde, OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir de 1998 foram recomendadas campanhas municipais em áreas mais endêmicas.

O desafio de consolidar esquemas horizontais

A inserção das atividades de eliminação da hanseníase (diagnóstico de suspeitos e de casos e do tratamento) nas demais ações da atenção básica através do PAB, além de aumentar o acesso da população a estes procedimentos, vem permitindo uma maior participação de profissionais generalistas na assistência aos portadores da doença. Esta inserção pôde se dar nas unidades das redes municipais de saúde, contando com o apoio do PSF e do PACS, universalizando o acesso da população ao diagnóstico e ao tratamento (Andrade et al., 1999).

Embora a lógica do modelo de atenção básica permita a integração da hanseníase no conjunto de ações de saúde, observam-se grandes disparidades na atenção à saúde oferecida nos municípios do país no que se refere às ações programáticas de hanseníase. A não compreensão de que a hanseníase deva estar integrada a todo o conjunto de ações básicas de saúde e não exclusivamente aos PSF e ao PACS resulta em uma baixa cobertura de unidades de saúde com programa implantado, inviabilizando o acesso da população a este tipo de assistência (Moreira, 2002). Soma-se a tal fato, a verticalidade dada pelos gestores municipais ao programa por meio da oferta de assistência especializada.

Para reverter este quadro uma nova abordagem é instituída no Brasil para que as ações do Programa de Eliminação da Hanseníase possam chegar a qualquer localidade. Esta abordagem baseia-se em três fundamentos: (a) descentralização do tratamento com qualidade; (b) desenvolvimento de um amplo programa de treinamento de profissionais de saúde na efetivação do diagnóstico e do tratamento dos casos; (c) divulgação de uma nova imagem da doença por meio da divulgação de material de informação à comunidade.

Para operacionalizar esta abordagem, uma estratégia inovadora é então elaborada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e pela OPAS, em colaboração com o Ministério da Saúde – Área Técnica de Dermatologia Sanitária e da sociedade civil representada pelo Movimento de Reabilitação das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Um Grupo Técnico (GT/HANSEN/CONASEMS) é assim criado pelo CONASEMS no final de 1998, com o papel de buscar soluções práticas no aproveitamento da estrutura e da capacidade instalada da rede de saúde dos municípios para promover uma maior equidade em saúde à população (Andrade et al., 1999; Organização Mundial da Saúde, 2000). Esse grupo tarefa atuou junto aos gestores municipais de saúde motivando-os e apoiando-os na descentralização do diagnóstico e tratamento, no desenvolvimento de uma política de capacitação de recursos humanos em hanseníase, no aperfeiçoamento do sistema de informação e na divulgação de materiais de informação.

De fevereiro de 1999 a agosto de 2001 o GT/HANSEN/CONASEMS mobilizou os Secretários Estaduais de Saúde, os Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde e/ou Coordenações Estaduais do Programa de Hanseníase de 14 estados, na inserção da estratégia de aceleração da eliminação da hanseníase como uma das prioridades políticas. Foi assumido formalmente a descentralização das atividades de diagnóstico de suspeitos e de casos assim como

o tratamento com PQT/OMS na rede básica de saúde de seus municípios. O envolvimento direto dos gestores municipais de saúde na efetivação desta estratégia, responsabilizando-se pela reversão da hanseníase como um problema de saúde pública é primordial para a efetivação desta estratégia (Andrade et al., 1999).

Na avaliação dessa estratégia, tendo como resultado sua efetivação na comunidade empregaram três indicadores: (a) compromisso e vontade política do gestor municipal de saúde em assumir a proposta; (b) transformação da vontade política em ação, expressa pela descentralização das ações programáticas de diagnóstico e tratamento em um período máximo de três meses; (c) transformação do compromisso de ação em qualidade - o aumento acentuado do acesso ao diagnóstico e tratamento, corrigindo a iniquidade do sistema de saúde aos portadores de hanseníase (a ser mensurado pelo Ministério da Saúde).

Em dois anos de atuação o projeto do CONASEMS promoveu uma importante contribuição na universalização do acesso da população às atividades de hanseníase em 2898 (52%) municípios do país com características sócio-econômico-culturais diferenciadas e grandes desigualdades na prestação de atenção aos portadores de hanseníase. O sucesso na operacionalização desta proposta se deveu também a mobilização de cidadãos que assumiram a eliminação da doença como uma importante causa social (Andrade & Pellegrini, 2001).

Fundamentando-se nas propostas do GT/HANSEN/CONASEMS, o estado do Rio de Janeiro, em 1998, reproduziu essa metodologia expandindo as ações programáticas de hanseníase para todas as unidades básicas de saúde do estado, iniciando assim o processo de descentralização das atividades do programa nos municípios das regiões Metropolitana, Médio Paraíba e Serrana do estado (Secretaria Estadual de Saúde, 2001a).

A descentralização das ações de controle da hanseníase como principal diretriz para o alcance da meta de eliminação, expandindo a cobertura de serviços com ações de controle da doença na rede básica de saúde foi uma premissa da Área Técnica de Dermatologia Sanitária registrada nas Instruções Normativas, publicadas na Portaria GM/1073 de setembro de 2000.

O Ministério da Saúde, reconhecendo o sucesso da estratégia - extensão do acesso universal e irrestrito do tratamento PQT/OMS e a advocacia, em 2002 passam a utilizar o método de atuação do GT/HANSEN/CONASEMS expandindo as ações também para a tuberculose.

Plano Nacional de Mobilização e Intensificação de Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose no Brasil, 2002-2003

Numa concepção de integração programática e mobilização social o Ministério da Saúde, em parceria com outros Gestores e Instituições da Sociedade Civil lançou em 2001 o “Plano Nacional de Mobilização e Intensificação de Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose no Brasil (PNMHT)”. O plano tinha como objetivo a redução da prevalência da doença, busca de prevalência oculta, redução das incapacidades físicas e das taxas de abandono ao tratamento.

A vinculação do diagnóstico e do tratamento ao elenco dos procedimentos executados pelos profissionais do PSF foi um forte componente desse plano que criou um Grupo Nacional para o Acompanhamento, Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose. O plano previa a adoção de estratégias específicas para áreas metropolitanas e grandes cidades, além da descentralização do atendimento da hanseníase e da tuberculose em todas as Unidades Básicas de Saúde.

Os programas de hanseníase e tuberculose estavam formalmente inseridos no Departamento de Atenção Básica e durante o ano de 2002 e 2003 inúmeras atividades foram desenvolvidas pelo grupo de profissionais contratados pelo Ministério da Saúde exclusivamente para mobilizarem e acompanharem as atividades desenvolvidas pelos Estados. Os dados de monitoramento expressavam dificuldades, entre elas, a falta de avaliação que, quando realizada, foi pouco utilizada nos processos de intervenção (Velloso & Andrade, 2002; Oliveira, 2002).

Oliveira (2002) partindo da contextualização e descrição sistematizada do PNMHT para a formulação de um modelo lógico de avaliação com base em levantamento bibliográfico documental, observações de participantes e entrevistas mostrou a importância de priorizar-se pesquisa avaliativa para o PNMHT. Não foi possível até o momento de essa publicação encontrar avaliação dos resultados do PNMHT. Entretanto, os resultados constantes no relatório de gestão da área técnica de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde de 2002 destacam que a gestão descentralizada da hanseníase para as ações de eliminação da doença é de vital importância para o alcance da cobertura universal das ações programáticas de eliminação.

O mesmo relatório refere que essa diretriz leva à quebra da cadeia de transmissão da doença através do seu diagnóstico precoce, do tratamento com PQT/OMS e redução do abandono. A descentralização do programa também passa pela capacitação e pelo aumento de recursos humanos na rede básica de saúde, com destaque a equipe do PSF, que vem sendo implementada no país desde 1998.

Tal fato pode ser constatado no estado do Rio de Janeiro que no período de 1998 a 2002 promoveu mais de duzentos treinamentos em hanseníase, para os técnicos da rede básica de saúde. Nesse período, foram treinados 5.190 profissionais da saúde.

O Ministério da Saúde reconhece que a eliminação da hanseníase em nível nacional deverá ser alcançada até 2005, uma vez que 48% dos pacientes em tratamento, 50% da detecção de casos novos e 80% da população do Brasil residem nos estados, com coeficiente de prevalência próximo a meta de eliminação (Ministério da Saúde, 2002).

Durante o ano de 2003 a Área Técnica de Dermatologia Sanitária seguiu preconizando e reforçando as estratégias de integração das ações de controle da hanseníase na rede básica de saúde. Dessa forma, em fevereiro de 2004 submeteu o PNEH aos parceiros diretos os Centros de Referência Nacional, Comitê Técnico Assessor de Dermatologia Sanitária e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, OPAS/OMS, MORHAN, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), CONASEMS, Pastoral da Criança, organizações não-governamentais (ONG), equipes do PACS e as Unidades de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2004). Refere que a ampliação e universalização da cobertura municipal devem ser os pilares para o alcance da tão almejada eliminação da doença como problema de saúde pública até o final do ano de 2005.

Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, 2004

Em março de 2004 o Ministério da Saúde reconheceu que a manutenção das taxas de prevalência em torno de 5 casos por 10.000 habitantes nos últimos cinco anos e de detecção de casos novos em torno de 2 casos por 10.000 habitantes, nos últimos 10 anos (Ministério da Saúde, 2004) configurava um desempenho incompatível com os avanços verificados no país em termos de controle de doenças endêmicas e epidêmicas. A partir desta constatação empreendeu-se uma ampla reestruturação na Área Técnica de Dermatologia Sanitária

que passa a ser denominada de PNEH e vai integrar o rol de prioridades de gestão do Ministério da Saúde e do Governo Federal. Desde então, com o objetivo de promover o fortalecimento das ações que permitam alcançar a meta de eliminação, é dada ênfase à ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, estabelecimento de rotinas de vigilância epidemiológica (exames de contatos, confiabilidade das informações e agilidade na divulgação) e qualificação da assistência aos ex-pacientes asilares.

Para fortalecer o processo de descentralização das ações programáticas de hanseníase na rede básica do país, novas estratégias vêm sendo desenvolvidas com o apoio técnico, operacional e político da OPAS, do MORHAN, da International Federation of Anti-Leprosy Association (ILEP), Pastoral da Criança, Instituto Lauro de Souza Lima, Sociedade Brasileira de Hansenologia, Conselho Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS. Tais estratégias baseiam-se principalmente em (a) promoção de capacitação de equipes do nível básico de saúde em diagnóstico, tratamento, aplicação de técnicas simples de prevenção de incapacidades e acompanhamento dos casos; (b) apoio técnico aos estados e municípios prioritários disponibilizado através de um grupo-tarefa; (c) realização de encontros macro regionais trimestrais com todos os 27 estados, municípios prioritários e parceiros para planejamento e avaliação de ações e monitoramento dos progressos da eliminação da doença; (d) repasse financeiro para ações específicas de hanseníase para os estados e municípios prioritários; (e) gestão de medicamentos, e (f) mobilização de gestores por meio da edição das “Cartas de Eliminação”, documentos políticos de motivação e de monitoramento do processo de eliminação e do sistema de alerta ancorado no CONASEMS.

Dados publicados em agosto de 2005 pela OMS informam que entre os países ainda endêmicos —Angola, República Centro Africana, República Democrática do Congo, Índia, Madagascar, Moçambique, Nepal e Tanzânia— o Brasil ocupa o 5º lugar com taxa de prevalência de 1,7 casos por 10.000 habitantes. Atualmente, Madagascar ocupa a primeira posição com 2,4 casos por 10.000 habitantes (Organização Mundial da Saúde, 2005).

Resultados: o impacto da descentralização na endemia de hanseníase no Brasil

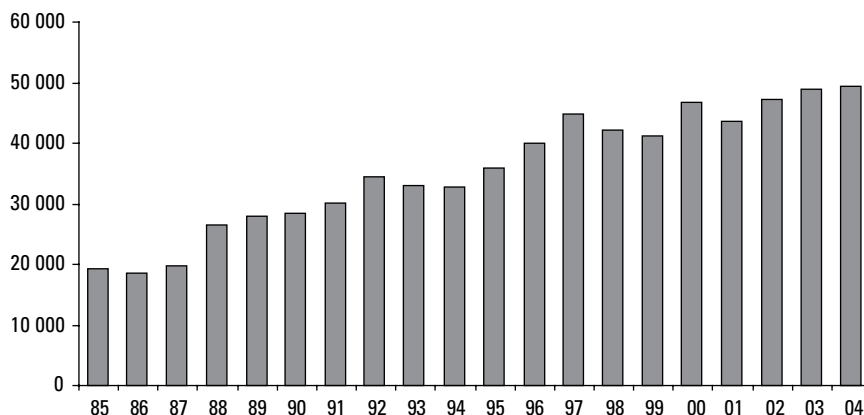
No período de implantação da PQT/OMS em 1987 a proporção das saídas do registro ativo por alta por cura passa de 24,3% para 59%. O tempo estimado de permanência dos casos em registro ativo diminuiu de 12,1 anos, em 1987,

para 8,3 anos, em 1991. O aumento no coeficiente de prevalência, de 1987 a 1990, foi de 9,2%, enquanto o aumento do coeficiente de detecção de casos novos no período foi de 29%.

No que se refere à ocorrência de casos novos a partir da segunda metade da década de 1980 verifica-se um aumento na capacidade de diagnóstico da rede de saúde expressa pelo número de casos diagnosticados em três diferentes períodos de política de descentralização de hanseníase.

No primeiro período analisado, implantação da PQT/OMS, o número de casos aumentou em 10.829 casos; em 1987 este número foi de 19.685 casos passando em 1991 para 30.094 casos. Para o período que compreende os anos de 1992 a 1998, 7.604 casos excederam os 48.055 de 1998 em relação aos 34.451 diagnosticados em 1997. Nos últimos cinco anos essa diferença foi de 8.148 (41.236 casos em 1999 para 49.384 em 2004).

Casos novos de hanseníase, Brasil 1985-2004



Fonte: SINAN/DATASUS/SE/MS – base junho de 2005

A primeira avaliação nacional da utilização dos esquemas PQT/OMS, em março de 1988, pelo Ministério da Saúde, concluiu que a implantação do tratamento PQT/OMS promoveu o processo de descentralização para os municípios do país mas não para os serviços básicos de saúde.

As modificações do padrão epidemiológico e a capacidade operativa do Programa de Hanseníase durante os seis anos (1987-1991) podem ter sido

devido à implantação e adoção de importante investimento na descentralização sustentado por um amplo programa de capacitação de recursos humanos com média de 5.600 profissionais capacitados por ano (Velloso & Andrade, 2002). Entre os anos de 2002 e 2003 mais de 50.000 profissionais foram treinados em ações de eliminação de hanseníase.

Esses achados observados em relação ao coeficiente de detecção no período pós PQT mostram uma possível tendência de expansão da endemia e reforçam a hipótese de que o aumento do coeficiente de detecção no Brasil nos últimos dez anos foi devido ao maior potencial para o diagnóstico (Andrade et al., 1997).

As diretrizes de descentralização do Ministério da Saúde demonstraram que a partir de 2000, quando foi desenvolvido o maior número de atividades para desconcentrar e ou descentralizar o diagnóstico e tratamento da hanseníase, ocorreu uma mudança da linha de tendência na direção descendente para ascendente em todas as regiões. Como era de se esperar o indicador epidemiológico ou de resultado das atividades detecção de casos sofre claramente influência das atividades de eliminação.

A estabilidade dos coeficientes de detecção nos últimos cinco anos está se confirmando, como observado por (Andrade, 1996), por uma detecção fortemente influenciada pela capacidade dos serviços em identificarem casos na comunidade. Aperfeiçoamento do sistema de informação com qualificação dos dados e agilidade na divulgação, fatores operacionais tais como a implantação de PQT/OMS, o processo de descentralização e todas as demais iniciativas promovidas e sustentadas por Planos de Governo como treinamento de pessoal e campanhas de mobilização estão mais relacionados às oportunidades criadas para a realização do diagnóstico do que a inoperância dos serviços de saúde do país em descobrir os focos produtores de casos. Tal fato é comprovado por dois indicadores de consequência de diagnóstico tardio: proporção de pacientes novos de formas multibacilares e com grau de incapacidade física igual ou superior a dois, indicando que a descoberta dos casos vem sendo implementada pela rede de saúde.

Os principais indicadores de acompanhamento da eliminação – coeficiente de prevalência, detecção bruta de casos novos e detecção específica na faixa etária de 0-14 anos continuam a apontar no sentido de melhoria, mantendo-se, todavia, elevados os coeficientes de detecção na maioria dos estados das regiões norte, nordeste e centro-oeste.

Ao final de 2002, obtiveram-se os seguintes resultados:

Hanseníase, prevalência e detecção. Brasil, 1998-2002

Ano	1998		1999		2000		2001		2002	
	Nº	Coef./ 10.000	Nº	Coef./ 10.000	Nº	Coef./ 10.000	Nº	Coef./ 10.000	Nº	Coef./ 10.000
Prevalência	87.737	5,50	83.180	5,07	77.676	4,68	72.589	4,28	77.558	4,44
Deteção	42.055	2,60	41.119	2,51	41.082	2,47	35.975	2,12	41.402	2,37

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Hanseníase, outros indicadores. Brasil, 1998-2002

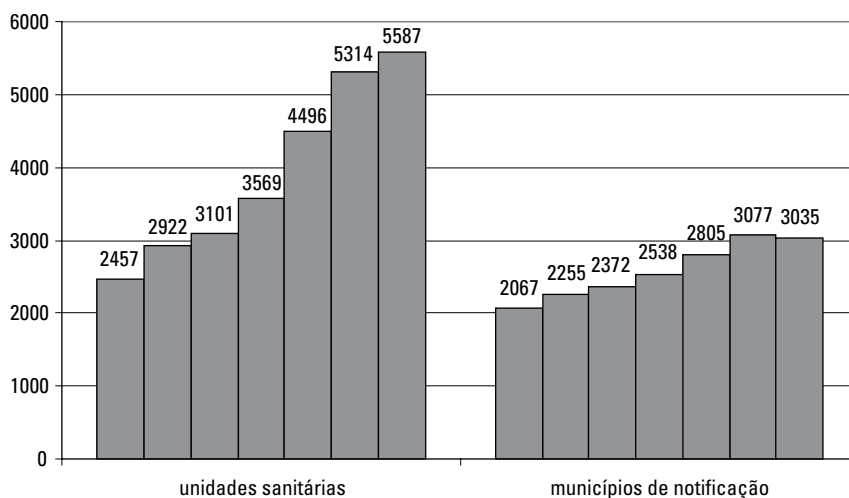
Indicador	Ano				
	1998	1999	2000	2001	2002
% Incapacidades físicas no diagnóstico (Grau II)	9%	7%	5%	5%	3%
Inclusão de casos novos em PQT/OMS	99%	99%	99%	100%	100%
Taxa de abandono	17%	14%	12%	11%	10%

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

No ano de 2003 a taxa de abandono chega a mais de 25%; a proporção das saídas do registro ativo por alta por cura atinge 66% sendo de 59,5% para os multibacilares e 71,55 para os paucibacilares. O tempo estimado de permanência dos casos em registro sofre importante redução, não ultrapassa três anos. Os coeficientes de prevalência e detecção permanecem na casa dos 4 e 2 por 10.000 habitantes, respectivamente. O percentual de casos com incapacidades físicas no momento do diagnóstico volta a 5%, como nos anos 2000 e 2001. Oito por cento dos casos novos eram menores de 15 anos.

Em relação à capacidade diagnóstica, pesquisa realizada na base de dados SINAN Hansen em julho de 2005 mostra que para o período de 1998 - 2004, o número de municípios notificantes ou que atendem casos de hanseníase foi ampliado em 968 municípios (2.067 em 1998 e 3.035 em 2005) enquanto o quantitativo de unidades de saúde notificantes dobrou, passando de 2.457 para 5.587 em 2004. Entretanto, o maior aumento ocorreu nos anos de 1999 a 2001.

Cobertura municipal e de unidades notificantes de hanseníase Brasil – 1998-2004



Fonte: unidades notificantes e municípios de atendimento – SINAN/DATASUS/SE/MS

Base de julho de 2005

Dados primários dos Estados colhidos no exercício do Monitoramento da Eliminação da Hanseníase em 2003 mostram que foi de 16% a proporção de unidades de saúde com serviços de PQT disponíveis, do total de unidades de saúde existentes (Centro, Posto e Unidade Saúde da Família) dos 7.056 municípios amostrados. Desses, 1.112 tinham serviço de poliquimioterapia + diagnóstico + tratamento + alta. Informação de cobertura proveniente das Cartas de Eliminação em 2004 aumenta a cobertura para 28% com 1014 unidades com serviço com PQT do total de 5.199 de Unidades Sanitárias.

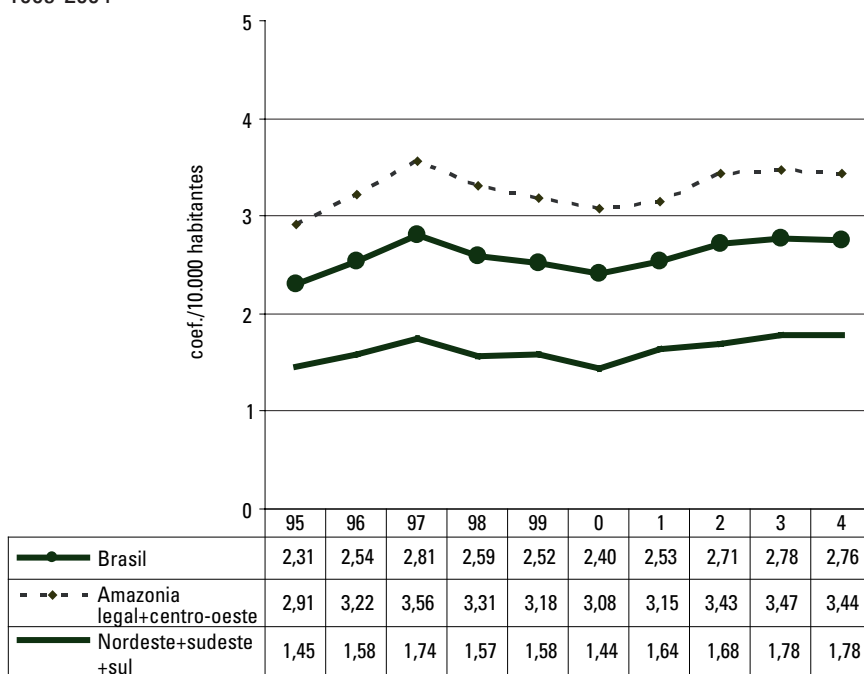
Em 2004 o número de doentes de hanseníase no Brasil em curso de tratamento era de 30.693 casos, cifra que representa um coeficiente de prevalência de 1,71 por 10.000 habitantes. O coeficiente de prevalência, de 1987 a 2004 foi reduzido em quase 10 vezes, enquanto que os coeficientes de detecção de casos novos se mantiveram na faixa de 2 por 10.000 habitantes.

O tempo estimado de permanência dos casos em registro ativo que era de 12,1 anos em 1987, hoje é menor que um ano.

O coeficiente de detecção mantém-se muito próximo do observado em 2003 – 2,76 por 10.000. A área da Amazônia Legal e os estados de Mato Grosso do Sul e Goiás, da região Centro Oeste, são hoje a área de maior carga da doença

do país. O conjunto dos estados que compõem a Amazônia Legal como descrito anteriormente (Velloso & Andrade, 2002) acumulam as maiores taxas de detecção e prevalência, seguido pela região Centro-Oeste com destaque para o estado de Goiás cuja prevalência foi de 3,62 por 10.000 habitantes. Mantêm-se elevado nestas áreas os níveis de detecção de casos novos especialmente em Mato Grosso com 12,47/10.000 habitantes.

Coeficientes de detecção de hanseníase segundo os estados da região da Amazonia legal com a Centro-Oeste e regiões nordeste com sudeste com a sul, 1995-2004



Nove dos 27 estados brasileiros apresentaram um coeficiente de detecção inferior a 2,0/10.000 habitantes. Entre os casos novos - o percentual de menores de 15 anos e a frequência de indivíduos que foram diagnosticados portadores de incapacidade severa mantiveram-se em 8% e 5%, respectivamente.

Os coeficientes de detecção em menores de 14 anos confirmam que a hanseníase é um importante problema de saúde pública nos estados da Amazônia

Legal, expressando um quadro de grande severidade quanto ao estágio da eliminação. Somente níveis endêmicos baixos da carga da doença reduzirão o risco desta fração da população adoecer.

Como resultado pontual da atuação do GT Hansen, cita-se que 715 gestores compareceram aos workshops promovidos pelo GT/HANSEN/CONASEMS em parceria com o MS e a OPAS/OMS somando, o conjunto de estados, mais de 52% do total de municípios do país, nos quais residem 50% da população estimada para 2001 e 44.149 (53%) casos de hanseníase em registro ativo em 1999. De fevereiro de 1999 a agosto de 2001, os COSEMS e/ou Secretários Estaduais e/ou Coordenações Estaduais do programa de 14 estados assumiram formalmente expandirem na maioria dos seus municípios e/ou unidades sanitárias as atividades de suspeição, diagnóstico e tratamento com PQT. O GT/HANSEN/CONASEMS intensificou as ações de eliminação em 327 (43%) municípios prioritários do Ministério da Saúde, principalmente na região Norte e Nordeste.

Uma das mais importantes atividades desenvolvidas pelo Plano de Aceleração da Eliminação da Hanseníase do estado do Rio de Janeiro durante o ano de 2001 foi à visita pela Coordenação Estadual a todos os gestores municipais. Essa visita levou informações aos gestores de maneira a mobilizá-los a assumirem o atendimento de hanseníase. No final desse mesmo ano a cobertura de municípios com ações programáticas de hanseníase implantadas atingiu 100% (Secretaria Estadual de Saúde, 2001). O número de unidades básicas de saúde com diagnóstico e tratamento também dobrou, passando de 308 unidades em 2001 para 617 em 2003 e finalizando 2004 com 622.

Discussão e considerações finais

A Constituição Brasileira de 1988 ao deslocar o poder aos municípios pela descentralização, criou as condições para que o município exerça sua autonomia, no caso da saúde para organizar o subsistema de saúde de acordo com as especificidades locais, respeitados os seus demais postulados. A responsabilidade de prestar serviços de atendimento à saúde da população é outra atribuição delegada aos municípios pela Constituição.

Os anos 80 são caracterizados por movimentos de intervenções dirigidas à descentralização e à integração do programa de hanseníase na rede de serviços de saúde. As oportunidades de diagnóstico pelo aumento do número de unidades sanitárias são ampliadas e associadas ao fortalecimento do programa através do repasse de verbas governamentais e de organismos não governamentais,

reduzindo-se inclusive as dificuldades e obstáculos para o desenvolvimento das ações específicas.

Ainda que nos últimos trinta anos tenha sido estabelecido um processo de ampliação da cobertura à população, o avanço da cobertura de serviços para as pessoas com hanseníase vem ocorrendo em um ritmo lento, aquém do padrão de avanços do SUS.

Os municípios que já vinham prestando atendimento aos portadores de hanseníase, continuavam centralizando a atenção em uma única unidade de saúde, quase sempre nas antigas unidades estaduais de saúde. Já os municípios sem a oferta das atividades de controle da hanseníase, geralmente de pequeno porte, referendavam seus casos para os outros municípios maiores. Com base nisso, a declaração do compromisso político por se de alguns gestores estaduais e/ou municipais não garante a posteriori atitude, conseqüente de descentralização.

Para que os municípios brasileiros atinjam a meta de eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública até 2005 é preciso que estes tenham autonomia e vontade política para descentralizar as ações de eliminação para toda a rede básica de saúde, com destaque ao PSF e PACS.

Percebe-se que a descentralização da gestão da saúde instituída através do processo de municipalização, não se baseia apenas na transferência legal e material dos serviços de saúde ao município, e nem na transferência de recursos financeiros. Descentralizar é a efetiva capacidade de buscar solução aos problemas da comunidade.

A vontade política dos gestores locais é ponto fundamental em todo este processo de descentralização. Para que a descentralização das ações de diagnóstico e tratamento de hanseníase progrida deve-se incluir o gestor local nas discussões e decisões para que um correto diagnóstico de viabilidade promova a identificação de soluções práticas no aproveitamento da estrutura e da capacidade instalada da rede de saúde dos municípios para promover uma maior equidade em saúde à população.

Torna-se também necessário operacionalizar as competências das coordenações da área programática de hanseníase nas diferentes esferas de governo nas ações de vigilância epidemiológica e controle da endemia para que o conjunto dessas ações possa efetivar a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

A estratégia de descentralização é hoje possível graças aos avanços na simplificação do método de diagnóstico em que mais de 85% dos casos de hanseníase o

diagnóstico é clínico, sem necessidade de exames complementares e da tecnologia do tratamento da hanseníase. O condicionamento do medicamento não necessita de mecanismo específico de armazenamento sofisticado.

Para 2006-2010 o desafio do Governo Federal do Brasil será atingir os níveis de eliminação em nível municipal e reforçar sua sustentabilidade por meio da adoção de uma eficiente vigilância epidemiológica – acompanhamento, monitoramento e disseminação de informações sobre a doença.

Referências bibliográficas

- Andrade VLG (1996). *Evolução da Hanseníase no Brasil e Perspectivas para sua Eliminação como um Problema de Saúde Pública*. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Andrade VLG, Albuquerque MFM, Sabroza PC (1997). The importance of operational factors for the interpretation of indicators in the Hansen's disease endemic in Brazil. *Acta Leprológica* 10(3):131-139.
- Andrade VLG, Virmond M, Gil Suárez R, Moreira TM, Pereira GFM, Souza AC (1999). New approach to accelerate the elimination of leprosy. IN: *Hanseníase Internationalis* 24(1):49-54.
- Andrade VLG & Pellegrini B (2001). O que mudou na Hanseníase com a NOAS. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e GT/HANSEN/CONASEMS.
- Mendes EV (1994). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: *Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. (Mendes EV, org.). São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro, cap.1, p. 11-92.
- Ministério da Saúde (1985a). Proposta para implantação de esquemas multidrogas OMS. Brasília: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/MS. (Mimeo.)
- Ministério da Saúde (1988). Situação da hanseníase no Brasil (Informe elaborado para a Oficina de Trabalho sobre quimioterapia da hanseníase nas Américas). Brasília: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/MS. (Mimeo.)
- Ministério da Saúde (1988). Relatório da 1ª Reunião de Avaliação da Utilização da Poliquimioterapia para tratamento de pacientes de Hanseníase no Brasil. Brasília: Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/MS. (Mimeo.)

- Ministério da Saúde (1997). *Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. MS, Brasília.
- Ministério da Saúde (1998). *Hanseníase no Brasil – Progressos e dificuldades em relação à eliminação*. Brasília: Departamento de Gestão e Políticas Estratégicas - DGPE da Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/MS. (Mimeo.)
- Ministério da Saúde (2002). *Relatório de Gestão da Área Técnica de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica/Área Técnica de Dermatologia Sanitária*. Brasília.
- Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase Área Técnica de Dermatologia Sanitária/Coordenação Geral de Doenças Endêmicas/Departamento de Vigilância Epidemiológica/Secretaria de Vigilância em Saúde*.
- Noronha JC, Levcovitz E (1994). AIS-SUDS-SUS Os caminhos de direito a saúde. In: *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. (Guimarães R, Tavares R. org.). Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ, pp. 73-111.
- Oliveira, NA (2002). *Plano nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose no Brasil: uma proposta de avaliação*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.
- Organização Mundial da Saúde (2000). *Guia para a eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública*. 1ª Edição, Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Weekly Epidemiological Record* 34, 26 de agosto de 2005, 80, 289-296.
- Secretaria Estadual de Saúde (2001a). *Plano de Aceleração de Eliminação da Hanseníase do estado do Rio de Janeiro*. Superintendência de Saúde Coletiva/Assessoria Técnica do Programa de Dermatologia Sanitária, Rio de Janeiro. (Mimeo).
- Secretaria Estadual de Saúde (2001). *Relatório das atividades de hanseníase desenvolvidas no período 1998-2000*. Superintendência de Saúde Coletiva/Assessoria Técnica do Programa de Dermatologia Sanitária, Rio de Janeiro. (Mimeo.)
- Uga MA; Piola SF; Porto SM; Vianna SM (2003). Descentralização e alocação de recursos no âmbito do SUS. IN: *Ciência & Saúde Coletiva*. ABRASCO 8(2):417-438.
- Velloso AMP, Andrade VL (2002). *Hanseníase: curar para eliminar*. Porto Alegre: Edição das autoras, V. 1.

Siglas utilizadas

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
FSESP: Fundação Serviços Públicos de Saúde
GT/HANSEN/CONASEMS: Grupo Técnico de Hanseníase da CONASEMS
ILEP: International Federation of Anti-Leprosy Association
MORHAN: Movimento de Reabilitação das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MS: Ministério da Saúde
NOAS: Norma Operacional de Assistência em Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
OMS: Organização Mundial da Saúde.
OPSA: Organização Pan-Americana de Saúde
PAB: Piso de Atenção Básica
PAB-A: Piso de Atenção Básica Ampliado
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEL: Plano de Eliminação
PEM: Plano de Emergência Nacional
PNEH: Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
PPI: Plano Plurianual de Investimentos
PPI-ECD: Programação Pactuada Integrada para Erradicação e Controle de Doenças
PPI-VS: Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde
PQT: Poliquimioterapia
PSF: Programa de Saúde da Família
SUS: Sistema Único de Saúde
TB: Tuberculose

El impacto de la descentralización
de sistemas de salud en la prevención
y control de la enfermedad
de Chagas

Descentralización del Programa de Control de la Transmisión de *Trypanosoma cruzi* (Chagas) en la Argentina

Sergio Sosa Estani,¹ Mario Zaidenberg,² Elsa L. Segura³

La enfermedad de Chagas fue descrita por Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas (1879-1934) en 1909. Salvador Mazza (1886-1946) marcó un hito en la historia del conocimiento de esta enfermedad en la Argentina; su labor tesonera permitió diagnosticar varios cientos de casos de Chagas sospechados por la clínica y comprobados mediante examen parasitológico. Por otra parte, la comprobación de infección humana en zonas exentas de bocio endémico permitió superar las trabas que habían frenado a Carlos Chagas. Como consecuencia de estos trabajos, la tripanosomiasis americana fue tema del VI Congreso Nacional de Medicina realizado en la Argentina en 1939.

La Primera Reunión Panamericana sobre Enfermedad de Chagas se realizó en San Miguel de Tucumán (Argentina) en 1949. Fue impulsada por Cecilio Romaña y contó con el apoyo de Evandro Chagas (hijo de Carlos Chagas) y Emanuel Dias. En esa reunión se analizaron principalmente los resultados del tratamiento de las viviendas con hexaclorociclohexano-isómero gamma para el control de triatominos (Dias, 1948). Por primera vez se abrió una expectativa concreta de controlar las poblaciones domésticas de triatominos. La Secretaría de Salud de la Argentina fue ese año ascendida a Ministerio, y su flamante ministro, Ramón Carrillo, aprobó la resolución (cuadro 1) por la cual se creó el Comité Directivo para las Investigaciones y Profilaxis sobre la Enfermedad de Chagas. Este Comité, de carácter nacional, tenía la misión de “planear acciones,

¹ Jefe del Servicio de Epidemiología, Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemoepidemias (CENDIE), Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos G. Malbrán”, Ministerio de Salud y Ambiente, Buenos Aires, Argentina.

² Responsable de la Coordinación Nacional de Control de Vectores, Ministerio de Salud y Ambiente, Argentina.

³ Investigadora del CONICET, Instituto Nacional de Parasitología “Dr. Mario Fatala Chabén”, Buenos Aires, Argentina.

orientar las investigaciones, tratar el empleo conveniente de los recursos y organizar una campaña nacional de profilaxis”.

El Comité designó coordinador de los programas a Cecilio Romaña y recomendó la creación del Servicio Nacional de Profilaxis y Lucha contra la Enfermedad de Chagas (SNPLECh) “para el cumplimiento y vigilancia de los programas redactados a ese fin y con sede central en esta Capital Federal”, hecha efectiva en 1952 (cuadro 1). La dirección del SNPLECh también se encomendó a Romaña, en ese momento Director del Instituto de Medicina Regional de la Universidad Nacional de Tucumán.

En junio de 1952 tuvo lugar la Primera Conferencia Nacional de Enfermedad de Chagas. En 1953 se fijó la sede del SNPLECh en la Ciudad de Buenos Aires, coincidiendo con el cambio de dirección política dentro del mismo Gobierno nacional. El golpe de Estado de 1955 modificó la política sanitaria y redujo el nivel de decisión del SNPLECh al hacerlo dependiente de la Dirección Nacional de Epidemias y Endemias. Esta política centralizadora y verticalista paralizó las acciones de control, a las que se prestaba especial atención desde 1950.

Cuadro 1. Instrumentos legales de la evolución organizativa del Programa Nacional de Chagas en la Argentina

Actividad autorizada	Instrumento legal	Fecha de publicación en el Boletín Oficial
Creación del Comité Directivo para las Investigaciones y Profilaxis sobre la Enfermedad de Chagas	Resolución ministerial N° 30 063	18/12/1950
Creación del Servicio Nacional de Profilaxis	Decreto 2177/52	17/07/1952
Creación de la Comisión de Estudios y Lucha contra la Enfermedad de Chagas*	Decreto 2798/76	24/11/1976 Suplemento
Ley de Prevención y Lucha contra la Enfermedad de Chagas	Ley 22 360	31/12/1980
Reglamentación de la Ley 22 360	Decreto 1451/82	14/12/1982

* Con esta ley comenzó a organizarse la Comisión de Investigación de Enfermedad de Chagas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Creación del Servicio Nacional de Chagas y del Laboratorio Sanitario

En 1957, el SNPLECh se instaló en la Capital Federal, en dependencias cedidas por el Instituto de Entomología Sanitaria, integrándose a la Dirección de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud Pública. Allí funcionó el primer laboratorio dedicado a la enfermedad de Chagas, donde se inició el desarrollo de cultivos de *Trypanosoma cruzi* a partir de cepas cedidas por José Rísoli, jefe del Laboratorio de la Misión de Estudios de la Patología Regional Argentina (MEPRA), y la cría de triatomíneos de las especies *Triatoma infestans* y *Rhodnius prolixus*. En esos años, Mauricio Rosenbaum y sus colaboradores se sumaron a las investigaciones sobre la enfermedad de Chagas combinando el estudio de la infección y de la enfermedad en los mismos individuos en amplias áreas endémicas. Estos investigadores demostraron la relación existente entre la infección por *T. cruzi* y el desarrollo de cardiopatías, con lo que comenzaron a definir la importancia sanitaria de la enfermedad de Chagas. Los estudios se publicaron en 1957 y recibieron el Premio Accésit de la Sociedad Argentina de Cardiología.

En 1957, Rosenbaum y Cerisola fueron designados respectivamente jefe de Cardiología y jefe de Laboratorio del Servicio Nacional de Chagas, que ya había sido transformado en Dirección Nacional de Lucha contra la Enfermedad de Chagas. Ese año se disolvió la Dirección Nacional de Lucha contra la Enfermedad de Chagas y el Laboratorio Sanitario se trasladó al Instituto Malbrán. Esta nueva centralización, solamente explicable por la necesidad de aumentar la dependencia, provocó otro atraso en las actividades de control de la transmisión de *T. cruzi* en la Argentina. El Laboratorio de Chagas quedó confinado a un pequeño baño cedido gentilmente por el Servicio de Anatomía Patológica y adaptado como laboratorio para seguir cultivando los parásitos y efectuar el diagnóstico de la enfermedad de Chagas. En él comenzó a trabajar Mario Fatala Chabén.

El control de las transfusiones

En 1958 David Becker y otros pediatras diagnosticaron dos casos agudos de Chagas de origen transfusional en el Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”, de Buenos Aires. A raíz de estos casos, se organizó el control de la sangre a transfundir en este hospital, tarea que seguiría en los demás hospitales de la Ciudad de Buenos Aires y en todos los estados provinciales (Segura, 2002).

La preparación para el Programa Nacional de Control (PNC)

El Ministerio de Salud, que ya contaba con una masa de información sobre la extensión y relevancia de la enfermedad de Chagas en el país, tomó la decisión de devolver el Servicio Nacional de Chagas a su sede original en Tucumán. El Servicio reformuló un plan de lucha integral en toda el área endémica. El programa piloto de eliminación de la vinchuca se llevó a cabo primero en la Provincia de La Rioja, bajo la dirección de Carlos Soler, luego en Catamarca bajo la dirección de Carlos Bravo, y posteriormente en el Chaco bajo la dirección de Walter Hack. En septiembre de 1959, con el liderazgo de Juan Bejarano y Alfredo Rabinovich, se realizó un seminario que reunió a técnicos y sanitarios en La Rioja. La experiencia acumulada en esa reunión se plasmó en un volumen titulado *Exigencias mínimas para un Programa contra la Enfermedad de Chagas-Mazza*, que sirvió de antecedente y norma para los programas de todas las provincias endémicas. El libro fue preparado por Alfredo Rabinovich, Carlos Soler, Julio Ousset, Jorge W. Ábalos, Juan Zuccarini, Ignacio Pirotsky, Walter Hack, Eugenio Pushong, Carlos Ferrero, Robinson D'Aiutolo y Honorio Candebat.

En julio de 1961 se llevó a cabo en Catamarca una Conferencia Nacional dirigida principalmente a la planificación y selección de los jefes del Programa Nacional, con el propósito de revisar las actividades realizadas y entregar las primeras partidas de fondos para los tres programas de control. La resolución de organización del programa fue de 1962. La ejecución en los 11 ámbitos provinciales que comprendía el Programa Nacional de Lucha contra la Enfermedad de Chagas-Mazza (en adelante PNC) quedó bajo la responsabilidad técnica y administrativa del Ministerio Nacional, y la dirección técnica en la Dirección de Enfermedades Transmisibles correspondió a Bejarano. La Conferencia de Catamarca fue considerada la reunión inicial del PNC de la Argentina. Julio A. Cichero fue nombrado responsable operativo del control vectorial, y José A. Cerisola, jefe del Laboratorio Sanitario. A partir de 1962, las actividades de lucha contra el vector y las de diagnóstico e investigación siguieron caminos convergentes.

En 1965, Juan Bejarano organizó las Primeras Jornadas Entomoepidemiológicas Argentinas, en las que se revisaron los resultados obtenidos en la MEPRA. Junto con el advenimiento de la democracia en 1964, sobrevinieron tendencias descentralizadoras.

Existía triatomismo domiciliario en unos 2 300 000 km² del territorio argentino y se reconoció la presencia de *T. cruzi* en varias especies de mamíferos

silvestres, principalmente edentados, marsupiales y roedores, y domésticos, principalmente perros y gatos.

Las normas reglamentarias del PNC, escritas en 1961 y publicadas por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública en 1964, se actualizaron en 1968, 1983 y 1993, junto con las normas para la desinsectación de 1961 y de 1983.

Resultados del PNC

Se estimó que existían alrededor de 850 000 unidades domiciliarias bajo riesgo de infestación y que debían ser tratadas con insecticidas. Por Decreto 9377/1971, el PNC comprendió 19 estados provinciales desde 1972. En el período comprendido entre 1962 y 1990 se calculó que se había alcanzado una cobertura de ataque con insecticidas de 100% (es decir, cobertura total de las localidades), aunque solamente se pudo sostener 20% de las actividades de vigilancia epidemiológica.

El PNC comenzó con unos 2000 técnicos en 1964 y en 1990 contaba con aproximadamente 600 técnicos nacionales y provinciales. La dificultad de mantener una vigilancia con la metodología imperante estimuló la realización de investigaciones sobre intervenciones de control con la participación de efectores de salud locales y la comunidad.

Las actividades de control de la transmisión no vectorial avanzaron considerablemente sobre la base de dos hechos: (a) la organización del control de la sangre a transfundir, y (b) el estudio anual sistemático de los varones convocados anualmente para cumplir con la Ley del Servicio Militar Obligatorio, de 20 años de edad (1965-1969) o 18 años (1977-1993). Estas dos actividades promovieron una sólida red de diagnóstico y control de calidad en la Argentina (Segura, 2002).

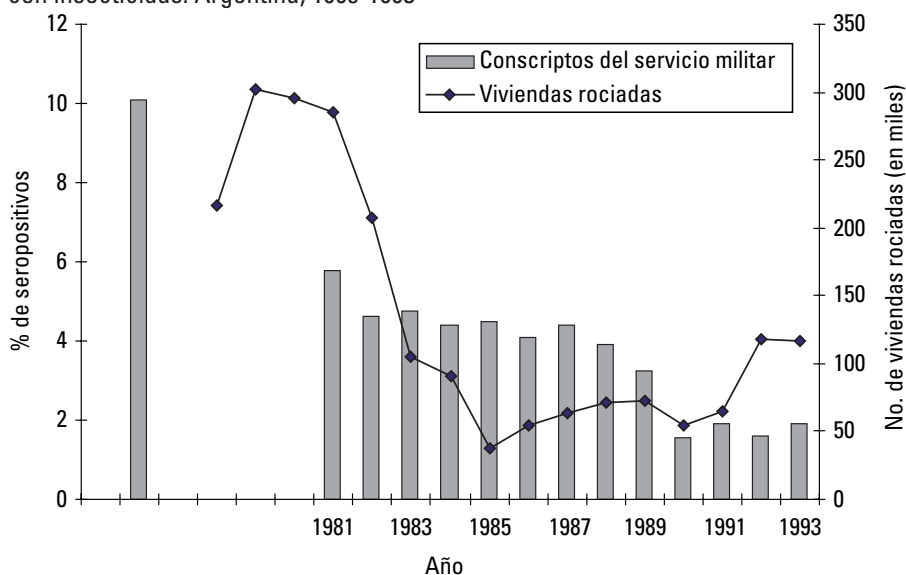
Evaluación del impacto de las acciones de control, 1964-1990

El desarrollo del PNC permitió reducir la seroprevalencia de *T. cruzi* en varones conscriptos de 10,1% en el grupo de edad de 20 años en 1965-1969 a 5,8% en 1981 y 1,9% en 1993 (figura 1) (Segura et al., 1999a). Cerca de 1,8 millones de jóvenes convocados para el servicio militar obligatorio desde cada rincón del país fueron examinados para detectar anticuerpos anti-*T. cruzi* entre 1981 y 1993.

La serie temporal de muestreos transversales mostró desviaciones aparentes respecto de una tendencia lineal decreciente (figura 1). Luego de una marcada declinación de 1981 a 1982, las tasas de seroprevalencia se mantuvieron casi constantes en torno a 4,5% hasta 1987 y luego sufrieron una caída sostenida hasta 1990, cuando se estabilizaron en cerca de 1,9%. La tasa anual de tratamientos insecticidas disminuyó de 216 000-300 000 rociados entre 1978 y 1981 hasta casi 37 000 rociados en 1985, y luego se incrementó hasta alcanzar aproximadamente 120 000 rociados en 1993 (en el marco de la Iniciativa del Cono Sur), aunque con una marcada disminución en 1990-1991 como consecuencia de la crisis económica de 1989. El cambio de gestión técnica y administrativa que se observó durante la transferencia del PNC a los estados provinciales e inmediatamente después de ella influyó en la disminución del número de rociados a partir de 1982.

Debido a la imposibilidad de consolidar las acciones de control y vigilancia específicamente según los métodos empleados por la estrategia vertical en una zona rural extendida con población dispersa, entre 1985-1989 y 1991-1992 se desarrolló y ensayó una estrategia de control alternativa de *T. infestans* en la

Figura 1. Seroprevalencia de anticuerpos contra *Trypanosoma cruzi* en hombres jóvenes convocados al servicio militar, y viviendas rociadas anualmente con insecticidas. Argentina, 1965-1993



provincia de Santiago del Estero. Los resultados de estos proyectos demostraron que los rociados con insecticidas llevados a cabo con la participación de la comunidad combinaron efectividad y compromiso de tal forma que produjeron un fuerte impacto sobre la reinfestación y la extensión del área bajo vigilancia entomológica (Segura et al., 1999b). Esta experiencia fue transferida en una cascada de responsabilidades al personal del Programa Nacional de Control de Chagas mediante talleres participativos, guías de procedimientos y entrenamiento práctico. A su vez, este personal transfirió la estrategia participativa a los agentes de atención primaria de salud y a voluntarios elegidos por sus propias comunidades (líderes comunitarios). Luego de los talleres, los representantes o líderes comunitarios recibieron los materiales necesarios para instalar y desarrollar las actividades de vigilancia en ejecución: insecticidas piretroides de tercera generación, aspersores de rociado manual y sensores para detectar infestaciones domiciliarias. Estos materiales eran provistos por el Ministerio de Salud de la Nación. De 1993 a 1998 se entrenó a un total de 15 000 agentes de atención primaria o líderes comunitarios. Se rociaron 675 000 casas con insecticidas residuales en fase de ataque, y 850 000 casas entraron en la fase de vigilancia. Era la primera vez que en la Argentina se lograba la cobertura total de las viviendas en riesgo. El impacto de las acciones se evidenció en la disminución sostenida de los casos de Chagas agudo de origen vectorial en Santiago del Estero hasta 1999. La red de laboratorios instaló un programa de control de calidad de los procedimientos serológicos actualmente aplicados a los donantes de sangre, al trasplante de órganos, y a la detección y tratamiento de recién nacidos de madres seropositivas para *T. cruzi*.

A partir de 2000, la notificación de casos agudos en Santiago del Estero mostró oscilaciones y un incremento sostenido desde 2003. De acuerdo con los datos proporcionados por el Servicio Nacional de Chagas, también se observó desde 2002 un aumento de la infestación peridomiciliaria y domiciliaria en los estados provinciales del norte y oeste.

Descentralización del Programa Nacional de control de Chagas

Excepto por la información emanada de los instrumentos legales, existen muy pocos registros escritos del proceso de transferencia operativa del control de Chagas a las provincias argentinas. Esta tuvo un carácter de descentralización por desconcentración, y de devolución en algún aspecto, dado que

en la mayoría de las jurisdicciones el equipamiento y los recursos humanos pasaron a ser integralmente administrados por las jurisdicciones provinciales. Este procedimiento silencioso fue acompañado por la transferencia de los hospitales nacionales y los establecimientos educacionales de la órbita federal a la provincial.

Se dictaron un conjunto de instrumentos legales (cuadro 2) para autorizar a la Nación a transferir a las provincias las delegaciones del PNC por medio de “convenios de transferencia de la actividad operativa”. Sobre la base de la autorización de transferencia de fondos de la Ley 17 922, se incluyó en los convenios el compromiso nacional de transferir a las provincias los “fondos correspondientes a los créditos previstos en su presupuesto vigente”, por el término de un año.

En la Provincia del Chaco el PNC trabajó con la modalidad del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que se había implementado en el ministerio de Domingo Liotta en 1974 en algunas provincias argentinas.

Cuadro 2. Decretos-leyes que autorizaron la transferencia de la Nación a la Provincia, del Programa Nacional de Control de Chagas*

Ley	Fecha	Presidente de la Nación	Programas transferidos a las provincias
22370	8/5/81	General Roberto Viola	Corrientes Formosa La Pampa Misiones Neuquén Río Negro San Luis Santiago del Estero
22581	30/04/82	General Leopoldo F. Galtieri	Córdoba Entre Ríos Mendoza San Juan
22743	27/12/82	General Reynaldo B. Bignone	La Rioja
22779	11/04/83	General Reynaldo B. Bignone	Jujuy

* Durante la transferencia a las provincias, Rodríguez Castels era ministro de Salud y David Becker, director del PNC.

La transferencia no fue resistida, salvo ocasionales manifestaciones verbales relatadas por algunos funcionarios contemporáneos a ella. Por falta de información escrita sobre el desarrollo de la transferencia, se presentan a continuación los resultados de entrevistas realizadas a cuatro funcionarios que del PNC entre 1981 y 1983, todos ellos con cargos directivos (ministros o subsecretarios).

1. Ningún responsable de los programas jurisdiccionales de las provincias fue consultado o capacitado para la transferencia.
2. Los funcionarios creen que no fueron consultados porque la jefatura nacional sabía que los jefes de programa no estaban de acuerdo con la transferencia en esas condiciones.
3. Cuatro de 19 jurisdicciones no aceptaron la transferencia del Programa Nacional de Control de Chagas.
4. No hubo supervisión ni evaluación de la transferencia después de haber sido realizada.
5. Antes y después de la transferencia recibían normativas técnicas de la Nación.
6. Los funcionarios piensan que la transferencia tuvo efectos adversos sobre el programa debido a que:
 - el nivel de cumplimiento de las actividades de rociado y vigilancia no alcanzaba las metas fijadas;
 - los fondos para pagar los contratos y viáticos llegaban tarde y los insumos no fueron suficientes durante los primeros 3 ó 4 años a partir de la descentralización;
 - los programas tenían menor libertad de acción respecto de la administración local a causa de conflictos políticos locales (“el año pasado el Programa de Chagas era prioridad 2 y este año es prioridad 50”);
 - nunca más se consiguió alcanzar el nivel de actividad de control que tenía el PNC antes de la transferencia.

El cuadro 3 resume las características comparativas de los procesos de descentralización en la primera etapa (década de 1980) y la etapa de fortalecimiento con reformulación estratégica (década de 1990).

Cuadro 3. Características del proceso de descentralización del Programa Nacional de Control de Chagas

	Primera etapa: descentralización	Segunda etapa: fortalecimiento
Características	Años ochenta Formal Desconcentración Devolución Administrativa Compulsiva	Años noventa Informal Coordinación en capacitación Coordinación científico-técnica Coordinación operativa-participativa
Estrategia	Vertical	Horizontal
Guías	Control vectorial	Control vectorial-No vectorial
Logros	Mayor autonomía	Mayor cobertura Apropiación local de las acciones
Fracasos	Disminución de la cobertura Disminución de la estructura	Disminución de la calidad Dilución de las responsabilidades
Nivel de desagregación de la información	Localidad	Inicialmente Departamento, posteriormente se recupera la Localidad
Calidad de la información	Buena	Regular
Personal local	Poco	Incrementado por municipios
Participación comunitaria	Ausente	Presente
Insumos	Mantenidos con ausencias específicas	Incrementados
Recursos financieros nacionales transferidos	Mantenidos	Mantenidos - disminuidos
Recursos financieros locales	Escasos y excepcionales	Escasos y excepcionales
Donaciones internacionales	No	No

Se sintetizan a continuación los resultados alcanzados por el proceso de descentralización.

1. Luego de la descentralización del PNC entre 1981 y 1983, no se alcanzaron los niveles de rociado previos sino hasta 10 años después.
2. Factores determinantes del fracaso.

No hubo:

- consulta ni negociación;
- capacitación de recursos humanos;
- participación social en el proceso;
- monitoreo ni evaluación posteriores.

3. Otros factores:

- El personal técnico especializado se mantuvo en sus tareas, excepto en dos provincias que luego corrigieron la situación.
- No hubo participación de la comunidad.
- El flujo de insumos fue disminuyendo paulatinamente.
- Las transferencias a las provincias se realizaron con nominación de destino hasta 1984; posteriormente, por pedido de las provincias, se efectuaron a una cuenta común de “programas asistidos” por la Nación, los que las provincias repartían sin criterio técnico.
- La contribución de los recursos locales se produjo solo en casos excepcionales.
- No existieron donaciones internacionales.

4. Lecciones aprendidas:

- En el futuro deben realizarse cambios después de lograr un generoso acuerdo técnico-político entre la Nación y las provincias o entre la provincia y los municipios.
- Debe efectuarse una amplia consulta social.
- Se debe capacitar al personal.
- Se deben definir claramente las funciones de cada parte.
- Se requiere la elaboración de un manual de los procedimientos gerenciales en cada nivel de competencia.
- Deben instalarse los componentes de supervisión y evaluación.
- Deben cumplirse los compromisos económico-financieros y técnicos asumidos por las partes.

A veinte años de la transferencia de 15 de los 19 programas de control de Chagas, la Nación y las provincias comparten la dirección técnica. La compra de insumos es responsabilidad de la Nación. La transferencia de fondos a las provincias se realiza en una suma única que comprende varios programas. La garantía de la conservación del parque automotor se ve afectada por la falta de definición de las leyes que originaron la transferencia.

La Provincia de Córdoba inició la descentralización del sector de la salud hacia los municipios, y actualmente se lleva a cabo la ejecución de los compromisos asumidos. En esta etapa, los métodos empleados han superado la anterior descentralización.

“En el sector de la salud, los defensores de la descentralización sostienen que la descentralización puede lograr otros objetivos en el sector de la salud, tales como eficacia, equidad, eficiencia, calidad, viabilidad financiera y sintonía con las preferencias locales. A menudo, se sostiene que, dado que los funcionarios locales conocen mejor las condiciones locales, si se les permite administrar el uso de los recursos humanos, la organización de servicios y la compra de suministros locales tomarán mejores decisiones que los burócratas remotos. Se supone que este conocimiento cercano, junto con la flexibilidad de tomar decisiones, llevará a decisiones más eficientes y eficaces”(Bossert, 2000).

Actualmente (2005) en la Argentina el control de la transmisión de la enfermedad de Chagas cuenta con la máxima prioridad de la autoridad ministerial de salud. Es de esperar que sea posible coordinar con inteligencia y agilidad tanto la capacitación técnica de los efectores como la llegada oportuna de los insumos, creando una coordinación nacional que supervise a los programas jurisdiccionales, tanto técnica como administrativamente. La reparación de los defectos de la transferencia del PNC podrá lograrse mediante un generoso acuerdo técnico-político entre la Nación, las provincias y los municipios.

Agradecimientos: María C. Touris (Tesis de Maestría del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) en el Instituto Nacional de Parasitología Dr. M. Fatale Chabén), Blanca H. de Bravo (jefa de la Delegación Catamarca del Servicio Nacional de Chagas), Raúl Cuencas (ex jefe de Operaciones de Campo del Programa Chaco), Darío Ozuna Quintana (ex jefe del Programa de Formosa), David Becker (ex jefe del Programa Nacional de Chagas) y Mercedes MacCormak.

Referencias bibliográficas

- Bossert TJ (2000). Orientaciones para promover la descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Publicación de la Iniciativa Regional de Reforma del sector Salud en América Latina y el Caribe.
- Dias E, Pellegrino J (1948). Alguns ensayos con o gamexane no combate aos transmissores da doença de Chagas. *Brasil Medico* 62: 185-191.
- Segura EL (2002). Situación del control de la enfermedad de Chagas en Argentina, 1909-2001 (Capítulo 2), en Silveira AC (ed.). *Historia del control de la transmisión de T. cruzi en el Cono Sur de América*. Organización Panamericana de la Salud.
- Segura EL, Cura EN, Sosa Estani S, Andrade J, Lansetti JC, De Rissio AM, Campanini A, Blanco S, Álvarez M, Gürtler RE (1999a). Long-term effects of a nationwide control program on the seropositivity for *Trypanosoma cruzi* infection in young men from Argentina. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 62:352-362.
- Segura EL, Sosa Estani S, Esquivel ML, Gómez A, Salomón OD y Grupo de desarrollo y aplicación operativa (1999b). Control de la transmisión del *Trypanosoma cruzi* en Argentina. *Medicina* (Buenos Aires), 59(II):91-96.



El impacto de la descentralización de los sistemas de salud en la prevención y control de la enfermedad de Chagas: el caso del Brasil

Antonio Carlos Silveira¹

Introducción

La descentralización de los servicios de salud forma parte de un conjunto de políticas públicas que se aplican en la Región desde hace algún tiempo. En el caso del Brasil, la VIII Conferencia Nacional de Salud realizada en 1986 construyó las bases doctrinarias de lo que se denominó la “reforma sanitaria”. La nueva Constitución de la República, promulgada en 1988, otorgó legitimidad a sus principios básicos: equidad de acceso y universalidad de la oferta, sostenidas por un control social estructurado (Brasil, 1988). El proceso de descentralización se consideró indispensable para el cumplimiento del supuesto de que “la salud es un derecho del ciudadano y un deber del Estado”, tal como lo expresan el texto constitucional y la Ley 8080 (conocida como Ley Orgánica de la Salud), del 19 de septiembre de 1990 (Ministério da Saúde, 1991).

En el caso del control de las enfermedades transmitidas por vectores, la descentralización experimentó dificultades muy particulares determinadas por el modelo operativo adoptado. La referencia más antigua conocida sobre una acción sistematizada de control de vectores en el Brasil es de 1691, cuando el gobernador de la provincia de Pernambuco “mandó hacer campaña sanitaria” para el control de la epidemia de fiebre amarilla en la ciudad de Recife (Franco, 1976).

Los programas de control de las denominadas grandes endemias (entre ellas la enfermedad de Chagas) han estado históricamente concebidos como

¹ Médico epidemiólogo. Ex director del Programa Nacional de Enfermedad de Chagas y miembro del Comité Consultivo en Enfermedad de Chagas del Ministerio de Salud del Brasil. SQN 304-Blco B/302. CEP: 70.736-020. Brasília/DF., Brasil.

una estructura vertical, y se desarrollaron bajo la forma de campañas sanitarias caracterizadas por: (a) su transitoriedad, en función de metas claramente establecidas para cumplir en determinado período de tiempo; (b) su alta especificidad, con acciones aisladas, independientes y exclusivas; (c) su rigidez normativa y, en consecuencia, un tratamiento técnico-tecnológico indiferenciado con aplicación universal, y (d) la movilización de gran volumen de recursos en un corto período de tiempo. Este modelo organizativo de los programas de control de las enfermedades endémicas no estaba en sintonía con la nueva propuesta de reestructuración de los sistemas de salud.

En el caso del Brasil, había cierta tendencia a considerar que el modelo consolidado en la primera mitad del siglo XX correspondía a un instrumento concebido con el propósito de reflejar y perpetuar en el campo de la salud pública el orden autocrático que prevalecía en el tiempo de su adopción y, posteriormente, en los años de régimen militar (Porto, 1994). Ese entendimiento simplista oculta razones que ciertamente fueron determinantes en su concepción. La magnitud de las enfermedades endémicas, y en particular de las transmitidas por vectores, con especial incidencia en las zonas rurales del país y precariamente cubiertas por los servicios permanentes de salud (y que en ocasiones afectaban a la población de las ciudades, donde enfermedades agudas como la fiebre amarilla y la peste se transmitían en forma explosiva), se constituía en un impedimento para la puesta en práctica del proyecto de desarrollo pretendido. Para la expansión y apertura de nuevas fronteras económicas resultaba indispensable el saneamiento del país, que aún tenía inmensos territorios inexplorados. Por otra parte, el modelo de atención de salud no se ocupaba de la prevención de nivel primario y resultaba absolutamente inadecuado e incapaz de dar respuesta a los problemas sanitarios.

Había así, por parte de los “defensores de las reformas”, una innegable incompreensión de los determinantes históricos de las campañas, y, por otra parte, los “campanistas” resistían los cambios. En este escenario se desarrolló al principio la descentralización de las enfermedades transmitidas por vectores en el Brasil. Por un lado se apuntaban los siguientes beneficios de la descentralización:

- respuestas más oportunas y eficaces, debido a la posibilidad de efectuar intervenciones más inmediatas;
- mayor adecuación de las acciones a los acontecimientos, debido a la posibilidad de tener un conocimiento más preciso de la realidad local;

- “permanencia” de las operaciones, debido a la posibilidad de ejecutarlas a partir de los servicios de salud locales;
- racionalización del uso de los recursos mediante la integración de los programas y servicios;
- ampliación de la base de operación mediante el pleno empleo de los recursos localmente instalados, aumentando así la cobertura.

Por otro lado, se advertía sobre las siguientes limitaciones de la descentralización:

- las actitudes corporativistas;
- el modelo asistencial vigente, que privilegia las acciones curativas;
- la falta de experiencia en los niveles locales;
- las dificultades de financiamiento (Tobar y Pinheiro, 1993);
- la falta de reconocimiento por parte de las autoridades locales —sometidas a demandas para atender los problemas que la población percibiría como urgentes— de la prioridad que representan enfermedades de magnitud supramunicipal o regional (esto es, la existencia de prioridades nacionales);
- la pérdida de la cohesión de las acciones o el riesgo de que se desarrollen en forma desarticulada o sin continuidad.

En el caso de la enfermedad de Chagas se vislumbraban riesgos adicionales relacionados con su falta de prioridad en el contexto epidemiológico local (Pereira, 1995), considerando la poca visibilidad clínica de la infección aguda, su evolución hacia un carácter crónico, y los grupos poblacionales afectados. Además, habría dificultades para integrar las actividades de vigilancia y control de la endemia chagásica a otros programas debido a sus especificidades epidemiológicas, que determinan que dependan —como ninguna otra enfermedad— de acciones sobre el vector.

Contextos históricos y fundamentos legales de la descentralización de las enfermedades endémicas en el Brasil

Se reconoció que, por su naturaleza compleja, el proceso de descentralización de los programas de lucha contra las enfermedades endémicas no era una medida

que pudiera instituirse por medio de una norma o acto, sino que debía conducirse en forma cuidadosa; por consiguiente, fue objeto de un largo debate.

El marco inicial de este proceso fue la realización del Seminario Nacional sobre Avances en la Descentralización del Control de Endemias (Porto, 1994; Silveira, 1994), en el que se reunieron experiencias exitosas de transferencia de actividades a los estados y municipios, y se discutieron las condiciones, formas y procedimientos para extenderlas. Entre las recomendaciones más importantes figuran: (a) adoptar una programación integrada entre las diferentes instancias de gobierno para orientar la transferencia de los recursos y (b) crear instrumentos sectoriales de seguimiento, evaluación y control, que garanticen la efectividad de las acciones. A partir de ahí se han dado importantes pasos:

- 1996: publicación de la Norma Operativa Básica del Sistema Único de Salud (NOB SUS 01/96), que define las modalidades de transferencia de recursos —regular, e, idealmente, fondo por fondo; por convenios; como remuneración por producción de servicios— sobre la base de la fijación de un Techo Financiero de Epidemiología y Control (TFECD) que tomara en cuenta información demográfica e incorporara un valor de “estímulo a la descentralización”.
- 1999: publicación de instrumentos legales que tienen por objetivo la descentralización:
 - Resolución ministerial No. 1399/99 del 14 de diciembre: Directrices para la Habilitación de Estados y Municipios.
 - Resolución ministerial No. 950/99 del 23 de diciembre: definición del Techo Financiero de Epidemiología y Control de Enfermedades.
- 2000: Institución de la Programación Pactada e Integrada de Epidemiología y Control de Enfermedades (PPI-ECD), como instrumento de programación y financiamiento para garantizar la continuidad de las acciones y la sustentabilidad de los resultados.
- 2002: Publicación de la Disposición Provisional No. 33, del 20 febrero, que crea la Agencia Federal de Prevención y Control de Enfermedades (APEC).
- 2003: Publicación del decreto No. 4726/03, que reformula la estructura del Ministerio de Salud y crea la Secretaría Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS), que abarca las enfermedades endémicas, entre ellas la enfermedad de Chagas.

En 1999, la descentralización del sistema de salud se hace efectiva ampliamente, sentando las bases formales y prácticas mediante la promulgación de las resoluciones ministeriales antes mencionadas, que establecen:

- las atribuciones del gobierno federal y de los gobiernos estatales y municipales;
- el proceso de certificación (habilitación) de estados y municipios;
- el proceso de programación y de seguimiento de las acciones;
- el sistema de financiamiento con el TFECD;
- las penalidades en caso de incumplimiento de los compromisos pactados.

Dos cuestiones merecen especial atención. Una de ellas se refiere a las condiciones exigidas para la habilitación de estados y municipios. El primer requisito es la presentación de la Programación Pactada e Integrada para el estado, aprobada en la Comisión Intergerencial Bipartita, que está constituida por gestores, autoridades y miembros de organizaciones sociales del Estado y los municipios. Se exige asimismo la comprobación de la capacidad técnica y operativa para asumir las atribuciones que le son propias; los mecanismos de distribución de recursos financieros entre secretarías estatales y municipales de salud, y la existencia de una cuenta específica para destinar los recursos transferidos por el Gobierno federal al financiamiento de las actividades de vigilancia y control de enfermedades, y que deberán aplicarse conforme a la PPI-ECD.

Otra cuestión para señalar es la forma de construcción del techo financiero de epidemiología y control de enfermedades (TFECD), que a partir de la creación de la Secretaría Nacional de Vigilancia Sanitaria pasó a llamarse techo financiero de vigilancia sanitaria (TFVS), y que se presenta en los cuadros 1 y 2.

En función de la situación epidemiológica, el volumen de operaciones, la población, la extensión territorial y el costo histórico de las actividades, los estados fueron categorizados inicialmente en tres estratos, atribuyéndose valores per cápita diferenciados para cada estrato (cuadro 1). Estos valores fueron revisados a partir de 2004, ampliándose a cuatro el número de estratos (cuadro 2).

La distribución per cápita de recursos según unidades de la Federación se muestra en la figura 1.

Como parte del conjunto de normas legales, un nuevo instrumento de control de las aplicaciones financieras de los estados y municipios (Despacho ministerial 1172/2004) establece que “la Secretaría de Vigilancia Sanitaria podrá

Cuadro 1. Financiamiento de las acciones de epidemiología y control de enfermedades. Techo financiero, Brasil, 2000

Estrato	TFECD - Estados		Incentivo Descentralización (R\$/habs./año)	Contrapartida SMS + SES (%)
	Per Cápita (R\$/habs./año)	Área (R\$/km ²)		
1	4,08	3,00	0,48	20
2	2,88	2,04	0,48	30
3	1,80	1,20	0,48	40

Fuente: SVS/MS

Estrato 1: Región Norte (Maranhão y Mato Grosso)

Estrato 2: Región Nordeste (Maranhão), Región Sudeste (São Paulo) y Región Centro-Oeste (Mato Grosso y Distrito Federal)

Estrato 3: Región Sur (Distrito Federal y São Paulo)

Cuadro 2. Financiamiento de las acciones de epidemiología y control de enfermedades. Actualización de la composición del techo financiero, 2004

Estrato	TFVS - Estados		Incentivo Descentralización (R\$/habs./año)	Contrapartida SMS + SES (%)
	Per Cápita (R\$/habs./año)	Área (R\$/km ²)		
1	4,23	3,00	0,48	20
2	2,98	2,04	0,48	30
3	1,88	1,20	0,48	35
4	1,84	1,20	0,48	40

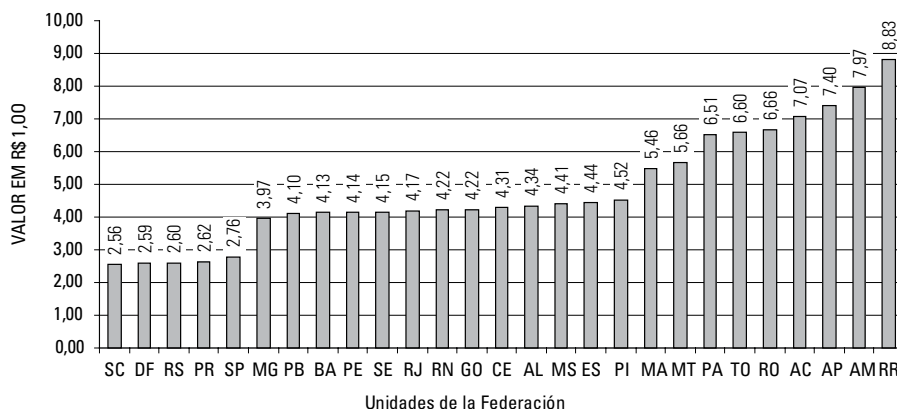
Estrato 1: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso

Estrato 2: Alagoas, Bahía, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Sergipe

Estrato 3: Paraná, São Paulo

Estrato 4: Distrito Federal, Rio Grande do Sul, Santa Catarina

Figura 1. Recursos financieros (per cápita) transferidos a los estados por el proceso de descentralización en el Brasil, 2004



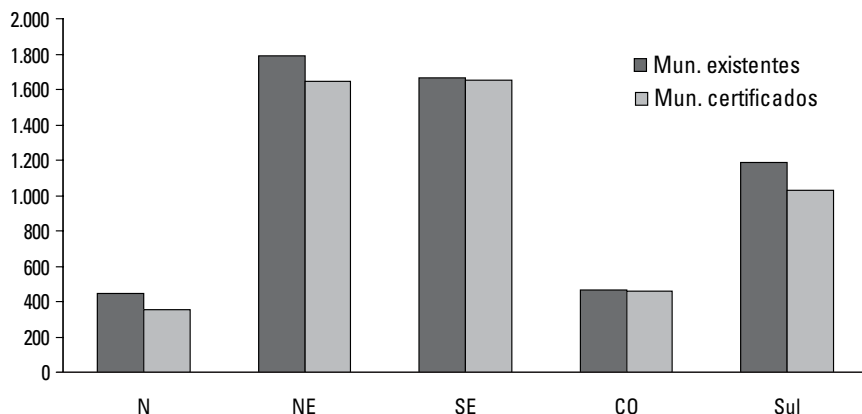
suspender la transferencia mensual del TFVS para los estados y municipios que no hicieren la demostración de la aplicación de los recursos”, conforme estaba previsto en la programación pactada. Ello podría representar una garantía para el cumplimiento de las metas de trabajo programadas.

El proceso de descentralización se inició con la desconcentración gradual de las operaciones, preservando el nivel central algún grado de reserva ejecutiva, y continuó en dirección a la completa delegación de las tareas operativas en el terreno. La forma de financiamiento y el reordenamiento institucional fueron factores determinantes para la definición del modelo de descentralización adoptado hasta el presente.

El alcance de la descentralización

El personal del nivel central no realiza en forma directa ninguna operación. El recurso humano, el equipamiento y los vehículos fueron transferidos a los niveles estatal o municipal. La habilitación de los municipios se realizó en forma casi completa. Se estimuló a los estados a profundizar la descentralización hasta el nivel municipal mediante un incentivo financiero (cuadros 1 y 2). La figura 2 muestra el número de municipios ya certificados distribuidos por macrorregión del país.

Figura 2. Descentralización de las acciones de vigilancia en salud. Municipios certificados por región. Brasil, diciembre de 2004



N: norte NE: nordeste SE: sudeste CO: centro-oeste: Sul: sur

Fuente: SVS/MS

Evaluación preliminar del impacto de la descentralización sobre el control de la enfermedad de Chagas

Aún no se ha evaluado en forma objetiva y coherente el impacto de la descentralización sobre las acciones de control de la enfermedad de Chagas en el país. Se pueden sin embargo registrar con relativa seguridad algunas observaciones basadas en verificaciones en el terreno y en testimonios personales de quienes manejan el programa más directamente.

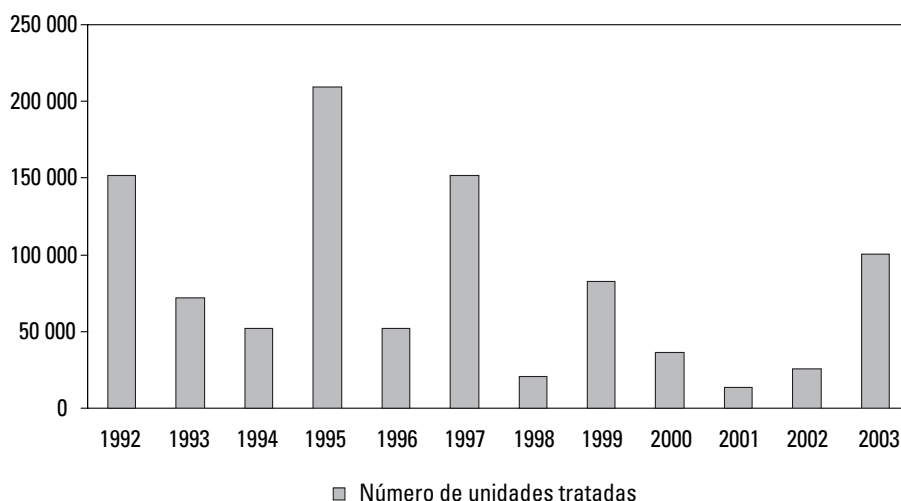
Se han señalado los siguientes aspectos negativos de la descentralización:

- La definición de prioridades a menudo se ve influida por demandas reconocidas como más inmediatas (como se temía que ocurriera con la enfermedad de Chagas, por las peculiaridades de su historia natural).
- La mayor o menor efectividad de las acciones depende de las herramientas de control disponibles, del conocimiento técnico y de la preparación previamente existente en los niveles regionales y locales.
- Las acciones de control no siempre obedecen a la contigüidad espacial y a la continuidad en el tiempo.

- La menor cobertura de las acciones (en algunos casos, el “abandono”).
- La pérdida de información epidemiológica, con una recolección y procesamiento de datos irregulares o no sistemáticos.
- La excesiva burocratización y complejidad de los mecanismos de programación y control.
- La transferencia y mantenimiento del mismo modelo de intervención.

No se sabe en qué medida algunas de las cuestiones señaladas están determinadas por la descentralización de las operaciones y en qué medida se ven afectadas por el propio nivel de control alcanzado en la transmisión de la enfermedad. La pérdida de prioridad, que determina algún grado de discontinuidad y menor cobertura, ciertamente también se vio influida por la interrupción de la transmisión de la enfermedad en muchas zonas. La figura 3 muestra una serie histórica de datos relativos al alcance de las acciones de rociado domiciliario en los estados integrados a la Iniciativa del Cono Sur para la eliminación de *Triatoma infestans* y a la interrupción de la transmisión transfusional de la enfermedad de Chagas, máxima prioridad entre las actividades del programa. Resulta evidente la irregularidad de las acciones año a año.

Figura 3. Número de viviendas tratadas en los estados integrados al Plan de Eliminación de *Triatoma infestans* (PETi). Brasil, 1992-2004



Fuente: Informes de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa Cono Sur/Chagas.

En algunos estados que no forman parte de la zona de aplicación del PETi, las actividades están virtualmente interrumpidas. Es particularmente preocupante la situación de las zonas en las que está presente *Panstrongylus megistus* domiciliario y donde las intervenciones son mínimas o inexistentes.

La apreciación negativa de que la descentralización transfirió y preservó el mismo patrón de intervención que en el pasado, expresa que se ha visto frustrada la expectativa inicial de concebir y desarrollar un modelo de acción más permanente y mejor ajustado a las diversidades locales.

Con respecto a la crítica sobre la extrema complejidad de los mecanismos de programación y seguimiento, se debe señalar que estos pueden representar un excesivo costo en términos de tiempo y personal para el cumplimiento de actividades de carácter burocrático. Sin embargo, debe reconocerse que el sistema concebido tiene lógica y base epidemiológica, y es posible que la automatización de los procedimientos termine por conducir a una reducción de los costos y del tiempo dispensado a esas actividades.

Una evaluación positiva que puede hacerse con total convicción es que la descentralización aumentó la masa crítica de personal para el análisis epidemiológico debido a la incorporación de técnicos calificados en las secretarías estatales de salud, e incluso, en algunos casos, de los municipios. Se considera asimismo positivo el hecho de que estén creadas las condiciones para una mejor integración de las acciones, y por lo tanto para optimizar el uso de los recursos existentes.

Puesto que la descentralización es un proceso aún en curso, se estima que con su desarrollo y perfeccionamiento tanto estructural como funcional existe la posibilidad de que los objetivos iniciales se cumplan. Debe tenerse en cuenta que la presente evaluación se realiza en momentos en que el proceso aún no ha concluido.

Sugerencias para una propuesta de evaluación formal del efecto de la descentralización sobre el control de la enfermedad de Chagas

Es necesario, pues, llevar a cabo una evaluación objetiva y confiable de la descentralización, y para ello resulta indispensable definir algunos parámetros que orienten su elaboración. En primer lugar, sería deseable que una evaluación de este tipo no se limitara a una enfermedad determinada sino

que abarcase al grupo de enfermedades que se designan habitualmente como endemias, por las similitudes que presentan (Sabrosa, 1991), sin dejar de considerar las peculiaridades de las actividades de vigilancia y control de cada una de ellas.

Se detallan y sistematizan a continuación los puntos que se juzga necesario precisar.

¿Qué interesa evaluar?

Fundamentalmente los procesos, dando respuesta a cuestiones tales como:

- ¿Se cumplieron los propósitos?
- ¿Se confirmaron los riesgos?
- ¿Han sido superadas las condiciones limitantes?
- ¿Cómo?

En forma complementaria, al evaluar los productos y los resultados, se podría considerar:

- el grado de cumplimiento de las metas físicas programadas, y
- el grado de cumplimiento de los objetivos basado en indicadores entomológicos y de seroprevalencia.

Información que se debe recolectar e indicadores

- Zona cubierta en relación con la zona de riesgo conocida;
- periodicidad de los ciclos operativos;
- contigüidad de la zona cubierta;
- actividades desarrolladas por los efectores de salud;
- servicios locales de salud integrados al programa en relación con los servicios existentes;
- calificación técnica de los efectores de salud;
- funciones ejecutadas según el ámbito de gobierno;
- adecuación de los instrumentos y métodos de vigilancia y control;
- flujo de datos y oportunidad de la información;
- recursos financieros disponibles y efectivamente aplicados.

Cómo evaluar (alternativas metodológicas)

Estudio de casos, por definición de zonas que se pueden tipificar basándose en:

- el grado de avance de la descentralización;
- la magnitud conocida del “problema Chagas”;
- el grado de éxito alcanzado;
- la capacidad instalada;
- los recursos disponibles.

Se han presentado a modo de conjetura algunos de los aspectos que debería incluir una evaluación de los efectos de la descentralización en el control de la enfermedad de Chagas. Esta contribución pretende aportar elementos para la discusión del tema, con el propósito de ayudar a definir un protocolo de evaluación que puedan utilizar los diferentes países del continente.

Referencias bibliográficas

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Ed. Tecnoprint.

Franco O (1876). *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública.

Ministério da Saúde, Brasil (1991). *Lei Orgânica da Saúde*. 2a ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social.

Pereira MP (1995). *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Porto MS (1994). Marcos técnicos e legais para a descentralização do controle de endemias. In: *Descentralização do controle de endemias*. 1ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Sabrosa PC (1991). *Espaço e produção de endemias*. Rio de Janeiro. Doc. mimeografiado.

Silveira AC (1994). Requisitos para a descentralização. In: *Descentralização do controle de endemias*. 1ª. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Tobar F y Pinheiro V (1993). *Tendências e cenários no financiamento à saúde*. Conjuntura e Saúde. Diciembre 93/enero 94: 11-21.

Descentralización y enfermedad de Chagas, Brasil, 2005

João Carlos Pinto Dias¹

Hasta la década de 1980 los programas para el control de la enfermedad de Chagas existentes en las Américas dieron prioridad a la lucha química contra el vector doméstico, basándose en los programas verticales clásicos contra la malaria y la fiebre amarilla. A excepción del programa venezolano, las acciones de mejoramiento de viviendas no se han considerado prioritarias en la Región, quedando restringidas a iniciativas aisladas en diferentes países (Briceño-León, 1993; Dias, 2002). A su vez, la mayor parte de los programas de control de sangre para transfusión se iniciaron con la aparición de la epidemia mundial del VIH/SIDA en la década de 1980. En los últimos 20 o 30 años, se intensificaron en la Región macroprocesos epidemiológicos y sociopolíticos tales como el afianzamiento de la democratización, la urbanización, la búsqueda de mayor eficiencia del Estado y la descentralización político-administrativa, provocando cambios significativos en las estrategias de control de las enfermedades endémicas (OPS, 2001; Schmunis, Dias, 2000). En el caso de la enfermedad de Chagas, el Brasil introdujo cambios administrativos definitivos en diciembre de 1999, mediante un decreto gubernamental para la descentralización de los programas ministeriales y la virtual extinción de la Fundación Nacional de Salud (FNS). En el ámbito mundial, los principales antecedentes de esta decisión fueron el ascenso de la economía de mercado y la globalización, además de las presiones internacionales para el achicamiento del Estado (Dias, 2004). En este contexto, en los años ochenta el sector salud en el Brasil comenzó a establecer un sistema descentralizado (municipalizado) sobre la base de las reformas europeas de comienzos del siglo XX (principalmente las de Italia) y más particularmente de los supuestos de Alma-Ata de 1978. Todo ello se consolida en la VIII Conferencia Nacional de Salud llevada a cabo en Brasilia en 1986 (Dias 2004; Dias, Schofield, 1999).

Se resumen en el cuadro 1 los principales hechos relacionados con la enfermedad de Chagas y su control en el Brasil, destacándose algunos momentos políticos y de adelantos científicos y metodológicos.

¹ Investigador titular de la Fundación Oswaldo Cruz, Ministerio de Salud, Brasil.

Cuadro 1. Resumen histórico de la lucha antichagásica en el Brasil

Fecha (década)	Evento	Observaciones
1909	Descubrimiento de Carlos Chagas	Chagas ya habla de la importancia del mejoramiento de la vivienda y describe la transmisión congénita.
1918	Ley sobre ranchos en Paraná	De Souza Araújo pide la erradicación de los ranchos.
1938-1939	Descubrimiento de casos agudos	Influencia del signo de Romaña.
1943	Emmanuel Dias instala el Centro de Bambuí	Investigación de insecticidas, mejoramiento de vivienda, educación sanitaria.
1946-1947	Dias y Pellegrino describen la acción triatómica del hexaclorohexano (HCH)	Inmediatamente Mario Pinotti inaugura campañas profilácticas experimentales.
1946-1949	Dias y Laranja profundizan los estudios sobre cardiopatía crónica y promueven encuestas seroepidemiológicas	Fuerte impacto en la conciencia médica nacional, sistematizando la cardiopatía y estimando la gran repercusión médico-social de la enfermedad.
1951	Nussensweig y sus colaboradores describen la transmisión transfusional y su control (en São Paulo)	Se amplifica el empleo de serología en los bancos de sangre y empieza la utilización de quimioprofilaxis.
1956-1958	Dias perfecciona el método de desinsectización en Bambuí. Pinotti consolida la lucha antimalárica	Dias pronostica la eliminación de <i>Triatoma infestans</i> mediante acciones continuadas en zonas de contigüidad. Época de oro de los programas verticales.
1963-1964	Programa estatal de control en São Paulo	Acciones verticales bajo ejecución provincial.
1974	Inauguración de la vigilancia con participación comunitaria en Bambuí	Acción municipal, involucrando notificaciones de los pobladores bajo influencia de las escuelas rurales.
1975-1978	Reestructuración y optimización del programa de alcance nacional por la Superintendencia de Campañas de Salud Pública (SUCAM)	Impulso a las acciones continuadas. Encuestas nacionales triatómica y de prevalencia.
1978-1979	Pruebas iniciales con piretroides	Realizadas en Minas Gerais (FIOCRUZ + SUCAM), dieron como resultando la sustitución inmediata del HCH.

Cuadro 1. (continuación)

Fecha (década)	Evento	Observaciones
1979	Congreso Internacional de Chagas en Rio	La comunidad científica hace hincapié en las actividades de control y busca el apoyo de la Presidencia de la República.
1983	Amplificación del programa nacional. Expansión del VIH	Decisión política de asignar recursos financieros de un fondo social del gobierno federal (FINSOCIAL). Ley de control de bancos de sangre: programa nacional de sangre/hemoderivados.
1986	Brotos de dengue. Conferencia Nacional de Salud. Expansión de los programas de vigilancia	Descenso del programa. Discusiones sobre descentralización bajo la inspiración de Alma-Ata y de la apertura democrática.
1990-1992	Gestación y arranque de la Iniciativa del Cono Sur (INCOSUR) para controlar y eliminar la enfermedad	Priorización del Programa de Erradicación de <i>Triatoma infestans</i> (PETi). En 1992, la X Conferencia Nacional de Salud determina la descentralización de la FNS.
1999	Decreto para la descentralización	Transferencia de los recursos y tareas ejecutivas de la FNS para los estados y municipios.
2000-2005	Implementación de la descentralización. Control de bancos de sangre (98%)	Iniciativas para la implantación de programas municipales y subregionales. Pérdida del profesionalismo alcanzado en el nivel federal, reducción de metas operativas y pérdida de datos epidemiológicos, en la lucha antivectorial.
2001	Certificaciones de la eliminación de la transmisión por <i>T. infestans</i>	Riesgo de menor rigurosidad por los programas estatales y municipales.
2002-2005	Encuesta nacional entre niños de 0-5 años de edad. Talleres de consenso sobre la clínica y el control de la enfermedad de Chagas	Prevalencia en niños por debajo de 0,02%. Mínima incidencia de transmisión congénita. Se busca reforzar la vigilancia y la competencia de los estados y municipios. Cada vez se asigna menor grado de prioridad a la enfermedad de Chagas. Capacitación en el manejo clínico.

Fuente: Dias, 2002; Dias, Schofield, 1999; Silveira, 2000.

Al presente, las tasas de incidencia y prevalencia de la enfermedad de Chagas, así como las de morbilidad y mortalidad por esta causa siguen disminuyendo en el Brasil (Dias, 2002; OMS, 2002; Miles et al., 2004). Los logros más contundentes se alcanzaron con el antiguo sistema vertical de control de vectores, esperándose su continuidad en la nueva situación horizontalizada, por medio de actividades de vigilancia epidemiológica (Schmunis, Dias, 2000). Lentamente se consolida el nuevo Sistema Único de Salud (SUS), que pone el acento en las acciones ejecutivas del nivel municipal de atención médica, reservando al nivel federal las tareas de normalización y coordinación. Los grandes programas de control de vectores han sido transferidos a los estados y municipios, que a menudo manifiestan su falta de tradición y experiencia profesional en las estrategias y acciones pertinentes (Dias, 2000; Schmunis, Dias, 2000). Sin embargo, se observan progresos en las acciones municipales como resultado de la presión social, principalmente a causa del dengue y de brotes importantes de malaria y leishmaniasis visceral en algunas zonas urbanas, así como del esfuerzo de la comunidad científica por mantener las acciones de control de la enfermedad de Chagas (Coura, Vinhaes, Dias, 2000). Como avance, el SUS se esfuerza por poner en marcha nuevos mecanismos de discusión y planeamiento de programas, tales como las conferencias y consejos de salud, para tratar las necesidades más sentidas por la población (Dias, 2000). Los factores de cambio pasan por lógicas político-económicas (globalización, economía de mercado, búsqueda de autonomía de los niveles periféricos, ideología de desconcentración del poder federal, etcétera) (Dias, 2002, 2004).

Con respecto al Programa de Control de la Enfermedad de Chagas (PCDCh), las acciones fueron básicamente transferidas a los niveles periféricos en virtud de la desconcentración de las funciones ejecutivas federales. Las acciones de investigación y de aplicación de insecticidas se concentran ahora en los municipios, por delegación y transferencia de recursos humanos y financieros, quedando en el Estado federal las funciones de coordinación, supervisión, capacitación y consolidación de la información epidemiológica. De modo general se puede concluir que la descentralización realizada se resumió en una “desfederalización” del programa y sus recursos, manteniéndose las estrategias básicas y hasta las estructuras anteriores en el nivel de los estados y municipios. Prácticamente no hubo privatizaciones en el PCDCh, sobre todo por cuestiones de desinterés del mercado (Akhavan, 2000; Dias, 2000a).

En cuanto a los recursos humanos, la mayor parte del PCDCh se insertaba en instancias subregionales de los estados (“distritos”), bajo comando

federal y con coordinación técnica estatal. En virtud del decreto de 1999, en su mayoría personal fue transferido a los municipios, quedando algunos elementos de referencia en las instancias propias de los estados (directorías regionales de salud). Sin embargo, por decisiones técnicas, en algunos estados como Goiás y Rio Grande do Sul, el cuerpo social del PCDCh quedó temporalmente adscrito y comandado por las secretarías estatales de salud, sin transferencia a los municipios, hasta que se completara la tarea de eliminación del *T. infestans*, preservándose así a nivel regional la estructura anteriormente federal. Como era esperable en razón del tamaño, la diversidad política y la falta de tradición de más de 3000 municipios endémicos del país, todo el proceso de descentralización experimentó muchas dificultades, diversidad de situaciones y falta de experiencia. Al principio, la mayoría de los municipios no poseían certificación que los habilitara para una gestión “plena” de las acciones de salud, hallándose limitados a la ejecución de tareas de atención primaria, y relegando el control de endemias a los equipos subregionales de los estados (Dias, 1991; Dias, Schofield, 2003). Por otro lado, factores como el corporativismo, la falta de diálogo y el desplazamiento de familias, así como reclamos de equiparación salarial y ajustes de viáticos complicaron la integración de los agentes federales a los niveles locales. Sin embargo, algunas experiencias resultaron positivas cuando los municipios o directorías regionales aprovecharon la experiencia y los conocimientos especializados de los agentes transferidos, delegándoles misiones de coordinación, supervisión y capacitación de los niveles periféricos (Coura, Vinhaes, Dias, 2000; Dias, 2002).

En el plano epidemiológico, la migración rural-urbana se intensificó y la enfermedad de Chagas se urbanizó, disminuyendo los focos con triatominos intradomiciliarios y concentrándose en el peridomicilio (Dias, Schofield, 1999 y 2003; Silveira, 2000). Alrededor de 3000 municipios presentan algún grado de infestación triatomínica, que en su inmensa mayoría corresponde a especies nativas secundarias que eventualmente invaden las viviendas humanas. Por otro lado, anualmente siguen realizándose alrededor de 4 millones de transfusiones de sangre en el Brasil. El riesgo de transmisión congénita se ha estimado en alrededor de 1,0% entre las embarazadas infectadas. Existen entre 600 000 y 800 000 mujeres infectadas en edad fértil. Por otro lado, se estima que unas 800 000 personas tienen una cardiopatía chagásica crónica, y llegan a aproximadamente 400 000 o 500 000 los portadores de alguna forma digestiva de la enfermedad (Carlier et al., 2002; Dias, 2000a).

En cuanto a la acción programática, se lograron importantes progresos en la lucha antitriatomínica llevada a cabo verticalmente en los últimos 30 años, y también se alcanzó la casi total cobertura de control en los bancos de sangre. Sin embargo, con los éxitos logrados la enfermedad perdió visibilidad y su nivel de prioridad descendió. De manera general puede decirse que en 2005 son aplicables los siguientes supuestos a los desafíos y nuevos criterios de racionalidad en relación con la enfermedad de Chagas:

(a) Control de la transmisión:

- Control vectorial: las prioridades son la implantación definitiva de la vigilancia y su sostenibilidad por dos o tres décadas, planteándose como mayor desafío el control del peridomicilio a través de acciones netamente municipales y con amplia participación comunitaria. Las áreas residuales que necesitan una fase de ataque pueden ser intervenidas por equipos estatales (subregionales). En particular, la vigilancia en la región amazónica debe instalarse mediante detección e investigación de casos agudos, en paralelo con el monitoreo de la posible colonización domiciliaria de triatomíneos silvestres o traídos pasivamente por pobladores inmigrantes (Dias, Prata, Schofield, 2002; Silveira, 1999).
- Transmisión transfusional: mantenimiento de la calidad del control de la sangre para transfusiones por medio de un estricto control de los bancos. Estímulo a la donación voluntaria y perfeccionamiento de la serología de tamizaje para el descarte. Mejoramiento de la derivación de pacientes infectados al SUS (Carlier et al., 2002; Moraes Souza, Ramírez, Bordin, 1997).
- Transmisión congénita: perfeccionamiento del diagnóstico (investigación e implementación) precoz, posibilitando el manejo y tratamiento oportuno de los niños infectados (Carlier et al., 2002; Miles et al., 2004).

(b) Atención médica y social para las personas ya infectadas. Se estima que existen entre 2 y 3 millones de portadores de *T. cruzi* en el país (Dias, 2002, 2004).

- Identificar y perfeccionar los mecanismos de entrada de los pacientes al sistema (bancos de sangre, demanda clínica, encuestas, etc.). En particular para las poblaciones más pobres, optimizar y facilitar el acceso al sistema, incluso facilitando el tratamiento específico para los casos indicados.

- Mejorar y optimizar los métodos y estrategias de diagnóstico precoz para los pacientes crónicos, así como para eventuales casos agudos. Disponer de laboratorios de referencia regionales y locales, conforme a la situación epidemiológica.
- Considerando que 80%-90% de los casos pueden ser correctamente manejados por la red local de salud, optimizar los mecanismos de referencia de los casos más graves y complicados a instancias de mayor complejidad clínica.
- Optimizar los mecanismos y competencias de atención al nivel local con vistas al perfeccionamiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia, evitando la sobrecarga de los centros de referencia y mayor complejidad.

(c) Problemática laboral y de seguridad social

- Optimizar y garantizar el acceso de los pacientes a las instancias pertinentes.
- Definir y perfeccionar los criterios para los beneficios de la seguridad social.
- Garantizar la profesionalidad mediante la continua capacitación de recursos humanos en los niveles periféricos.

En cuanto a los aspectos prácticos de la descentralización, existe consenso acerca de que la gran mayoría de las acciones de control y de manejo de las personas infectadas se encuentran disponibles y pueden llevarse a cabo en los niveles municipales, dependiendo del interés local y de las capacidades instaladas. Se resumen a continuación los elementos específicos de estas acciones:

- La lucha antivectorial es perfectamente factible en el municipio, especialmente en la situación de vigilancia.
- La vigilancia presupone acciones de largo plazo, continuidad y participación comunitaria; resultan muy relevantes los aspectos educacionales.
- Los municipios demandan referencias macrorregionales en términos de recursos técnicos y laborales, de capacitación y supervisión.
- Al Estado (eventualmente al nivel federal) le compete la articulación entre los municipios, la normalización de técnicas, la adquisición de insumos que permitan ahorros por la escala de las compras, la consolidación

de los datos epidemiológicos, y eventualmente la realización de acciones complementarias y suplementarias.

- En áreas con poblaciones indígenas y de fronteras internacionales (o de seguridad nacional) deben llevarse a cabo políticas especiales bajo coordinación federal.
- Las políticas de sangre y hemoderivados son presupuestos del SUS y de sus normas operativas básicas.
- El paciente infectado se debe manejar en las redes locales del SUS, bajo la financiación del Estado (“deber del Estado”), que ha de garantizar su acceso a los niveles más elevados de resolución (referencia).

Es bien sabido que los municipios tienen limitaciones en términos de la lucha antivectorial, ya que son en general pequeños y pobres, y sin mayor competencia resolutive. Así, pueden llevar a cabo la vigilancia antivectorial y manejar adecuadamente a las personas infectadas en su forma clínica indeterminada, pero no cuentan con bancos de sangre, ni con clínicas sofisticadas u hospitales equipados para la atención de casos graves. Las acciones de vigilancia deben institucionalizarse en los niveles municipales (“secretarías” municipales de salud), agregándose a otras actividades de control de enfermedades y vectores (en los “departamentos” de vigilancia epidemiológica, por ejemplo). Las articulaciones para proveer estas necesidades pasan por los elementos operativos del SUS bajo la coordinación del Estado a través de sus instancias subregionales, las directorías regionales de salud. Son estas también las encargadas de la supervisión regular a los municipios y la capacitación de los recursos humanos por parte de inspectores regionales, así como de la consolidación de los datos epidemiológicos. El financiamiento de las acciones del SUS se comparte entre los niveles federal (cerca de 70%), estatal (29%) y municipal (10%), bajo negociaciones pactadas en comisiones de estos niveles. Otras iniciativas en los niveles locales son los programas de salud de la familia, de los agentes comunitarios y los “consorcios” intermunicipales de salud que se expanden por todo el país. La interacción de las secretarías (o departamentos) municipales de salud, educación y trabajo es fundamental en la lucha contra la enfermedad de Chagas (Dias, 2004). También se justifica una preocupación específica por el mejor aprovechamiento de los antiguos agentes de salud de la FNS, que en su mayoría fueron cedidos a los estados y municipios, puesto que tienen amplia experiencia práctica en el control de endemias y pueden ser de extremo valor tanto en las acciones como en la capacitación y supervisión de nuevos agentes

municipales (Dias, 2000). Como punto crítico en la situación del control de la enfermedad de Chagas en el Brasil, la importancia percibida por la población y las autoridades en cuanto a la enfermedad puede ser el eje central de la toma de decisiones y del mantenimiento de las acciones profilácticas. En este sentido, los publicitados progresos en el control de la transmisión suelen resultar en una neta reducción del interés, con la natural disminución del grado de prioridad en términos de acciones y recursos (Dias, Schofield, 2003). Este punto requiere responsabilidades técnicas y una discusión objetiva con la población, lo que puede realizarse en distintos niveles mediante el aprovechamiento de las conferencias municipales, estatales y nacionales de salud previstas en la rutina del SUS. Igualmente, la existencia de consejos de salud en los tres niveles de gobierno abre muy buenas perspectivas para la presentación de datos y el planeamiento de acciones compartidas (Dias, 1991, 2004; Schmunis, Dias, 2000).

En el contexto del SUS, el PCDCCh posee aspectos estructurales y políticos de gran importancia. Predominan netamente las acciones municipales de carácter finalístico, lo que requiere equipos locales de control y manejo de enfermos, incluidos elementos relativos a las viviendas y la educación. Sin embargo, la mayoría de los municipios no tienen aún —en principio— ni conocimientos especializados ni experiencia para lidiar con esta enfermedad y su control. Muchos de ellos nunca desearon la descentralización y están más acostumbrados a las tradicionales acciones federales (Dias, 2000). Por este motivo, en los últimos años se nota una sensible disminución en los niveles de cobertura del programa en todo el país, sobre todo en términos de investigación triatomínica y aplicación de insecticidas. El control de los bancos de sangre todavía mantiene excelentes grados de calidad y cobertura, ya que se realiza mediante un sistema nacional muy bien establecido y coordinado por el Ministerio de Salud (Dias, 2002). Políticamente, el control de la enfermedad de Chagas no confiere mucho rédito político a las autoridades y partidos a causa de su lenta evolución clínica y principalmente por la baja expresión social de los infectados. Además de los equipos locales de control, para una acción descentralizada efectiva son necesarias las referencias regionales que garantizan a los municipios la calidad y continuidad de las acciones. Esas referencias incluyen (Dias, 1991; Schmunis, Dias, 2000) laboratorios (serología y entomología), niveles clínicos (cardiología y gastroenterología) y quirúrgicos, disponibilidad de información y planeamiento, etcétera.

En términos de indicadores epidemiológicos, además de los clásicos identificados por la Organización Mundial de la Salud, tales como la infestación

domiciliaria por distintos vectores y la cobertura de control de viviendas y bancos de sangre (OMS, 2002; Dias, 2000; Moraes Souza, Ramírez, Bordin, 1997), hay que desarrollar y procurar nuevas formas de supervisión y acompañamiento, por ejemplo:

- Bancos de sangre: calidad del diagnóstico serológico e indicación de la hemoterapia.
- Vigilancia: interés popular, grados de conciencia, niveles de notificación y sustentabilidad de las notificaciones.
- Enfermedad de Chagas congénita: cobertura de los programas maternoinfantiles.
- Atención médica: acceso, capacidad de resolución y competencia de los profesionales.
- Educación: conciencia, grados de participación.
- Financiación: suficiencia, sustentabilidad.
- Nivel político: interés, continuidad.

En una escala macropolítica y social resultan de gran interés la visibilidad real del problema, la transparencia de las acciones y gastos, los niveles de integración entre los sectores y las autoridades involucrados, la capacidad de financiación y negociación, los indicadores de bienestar general y ambiental, y los grados y tipo de participación de los sectores privados y no gubernamentales (Dias, 2004). En particular, es de máximo interés que la enfermedad de Chagas figure en las agendas gubernamentales y de los partidos políticos (Dias, 2004; Schmunis, Dias, 2000).

Finalmente, y con el propósito de responder a las indagaciones formuladas en este Taller de la OPS/OMS, sintetizamos a continuación las reflexiones aquí presentadas.

¿Ha sido exitosa la descentralización?

En principio, hasta la fecha no ha sido exitosa, pero el proceso está encaminado. Los principales resultados en cuanto al control de la transmisión ya se habían alcanzado en la época de las intervenciones verticales. Los grados de cobertura del programa y de información epidemiológica han disminuido sensiblemente en los últimos cinco años (la descentralización se inició formalmente en

enero de 2000). Los principales indicadores de incidencia, prevalencia e infestación deben reevaluarse, pero la información epidemiológica es muy pobre, con reducida cobertura. Sin embargo, de acuerdo con la experiencia de unos pocos municipios, la descentralización puede ser válida y exitosa, sobre todo en términos de vigilancia entomológica y atención de las personas infectadas. Además, para realizar un análisis más exhaustivo ha de considerarse tanto el corto tiempo transcurrido desde la descentralización como la gran diversidad de situaciones epidemiológicas y político-administrativas de los municipios endémicos. Como elementos más generales para explicar la situación de menor rendimiento, pueden mencionarse: (a) la falta de capacidad (e interés) de los niveles periféricos para controlar el vector y brindar atención a las personas infectadas; (b) las dificultades de los gestores municipales para asignar un alto grado de prioridad a la enfermedad de Chagas en el ámbito de su presupuesto (techo de epidemiología) y frente a las demandas más inmediatas, tales como la lucha contra el dengue y la atención médica; (c) la sensible disminución del poder de supervisión y capacitación en las instancias central y estatales. Así, se debe prever para el futuro un largo camino y mucho trabajo en términos de implementación y perfeccionamiento del PCDCh en el ámbito de la reforma sanitaria del país (Dias, 2000a). Los recursos financieros en general han sido mantenidos bajo el sistema de transferencia y negociación. En el Brasil, el PCDCh prácticamente no utiliza recursos internacionales, pero la presencia y actuación de la OPS como elemento de apoyo técnico y articulación científica constituye un aporte fundamental para el sostenimiento del programa, cuya sustentabilidad futura seguramente debe pasar por un equipo central y por equipos regionales fuertes, con movilidad y capacidad real de coordinación y con referencias científicas e internacionales activas. No hay que esperar que el apoyo y las iniciativas necesarios vengan espontáneamente de los municipios, ni siquiera de los estados, aunque algunos de ellos puedan proporcionar ejemplos de acciones duraderas y bien conducidas (Dias, 2000a).

¿Qué factores específicos intervienen para determinar el suceso o fracaso de un programa descentralizado?

- El personal disponible: es sensiblemente menor en el ámbito de las gerencias nacional y estatales (grupos central y regionales débiles). En los

municipios los recursos humanos están en formación pero se ven afectados por problemas de inestabilidad. Han sido aprovechados en parte los agentes de la extinguida FNS, pero muchos de ellos se perdieron. Hay que considerar que este personal posee amplia experiencia de terreno (acciones de control vectorial, supervisión y capacitación). Se trata de personas de 50 a 60 años de edad promedio que deben ser urgentemente aprovechadas para la capacitación de un nuevo cuerpo social en los municipios e instancias regionales de salud (Coura, Vinhaes, Dias, 2000). Dadas las nuevas figuras del modelo de atención sanitaria es difícil involucrar al Programa de Salud de la Familia y de Agentes Comunitarios de Salud en el PCDC, aunque fuera posible especialmente en las acciones de divulgación, vigilancia entomológica y atención de las personas infectadas (Dias, 2000a, 2002). Se considera también que los agentes municipales presentan gran inestabilidad debido a limitaciones políticas, administrativas (ley de responsabilidad fiscal) y sociales, lo que dificulta la continuidad y el mantenimiento de la calidad de las acciones (Dias, 2000a; Schmunis, Dias, 2000).

- La participación comunitaria: al parecer, sigue siendo similar, especialmente en cuanto a la notificación de focos de triatominos a nivel domiciliario (Dias, Schofield, 2003). Existe un gran potencial que debería ser aprovechado con la interacción del PCDC y el sistema oficial de educación, pero la necesaria implementación sigue siendo débil y sin impacto desde hace muchos años (Dias, Schofield, 1999).
- Otros insumos para el control: la situación sigue siendo similar, con adquisiciones a nivel central (insecticidas, aparatos, vehículos en general) y posterior transferencia a los estados. Faltan laboratorios estratégicos en la mayoría de los estados después de la descentralización, por lo general como consecuencia de la desactivación de los antiguos distritos subregionales de la FNS (Coura et al., 2000; Dias, 2002).
- La financiación: sigue estable en términos generales, con el aporte de 70% del presupuesto necesario por parte del nivel federal (Akhavan, 2000; Dias, 2000a). Estos recursos deben ser acordados y negociados por los gestores municipales y estatales en los talleres de planeamiento anual, y deben ser asignados al rubro “Chagas” en el ámbito de los municipios.

¿Qué lecciones se pueden aprender sobre la descentralización para el futuro?

- Es técnicamente posible, pero depende de la inteligencia y articulación entre los protagonistas, incluida una mayor participación popular.
- El éxito de la descentralización para el control de la enfermedad de Chagas depende especialmente de la voluntad política de los tres niveles de gobierno, a diferencia del esquema vertical que dependía básicamente de la instancia federal.
- Es imprescindible instalar y hacer funcionar un sistema eficiente y rápido de información epidemiológica en todo el país como base del avance del PCDC.
- El papel de la comunidad académica y de las agencias de articulación, estimulación y soporte científicos como la OPS/OMS es de la mayor importancia para la continuidad y perfeccionamiento de las acciones contra la enfermedad de Chagas, especialmente frente a la pérdida de referencias en los niveles gubernamentales.
- Siguen siendo importantes las investigaciones “aplicadas” con vistas a los futuros y cambiantes escenarios de la enfermedad de Chagas y su control, incluidas las nuevas situaciones epidemiológicas y las modificaciones del sistema de salud.
- Con la descentralización no se produjeron necesariamente cambios técnicos ni científicos en relación con el control de la enfermedad de Chagas, sino que básicamente hubo cambios políticos y administrativos, con transferencia del poder y tareas a los niveles periféricos. En esto se ubican los elementos más críticos para el suceso o fracaso del futuro del PCDC en el Brasil.

¿Se puede garantizar la sustentabilidad futura?

De manera general, no se puede garantizar la sustentabilidad futura, dado que, en resumen, los puntos claves dependen del perfeccionamiento político y administrativo, aspectos cuyo desarrollo tiene en cuenta innúmeros factores difíciles de prever. Algunos de estos elementos pueden ser analizados específicamente:

- La tendencia es a la degradación en la gerencia y coordinación en los niveles centrales, con gran inestabilidad en los niveles municipales.
- El recurso financiero está previsto en los techos de epidemiología y los presupuestos municipales, pero su aplicación depende de decisiones y competencias de los gestores de los municipios, en donde hay intereses mucho más inmediatos que la enfermedad de Chagas.
- Los bancos de sangre deben seguir controlados mediante la buena coordinación nacional, en el marco de la cooperación con los programas de lucha contra el VIH/SIDA (Moraes Souza, Ramírez, Bordin, 1997).
- La atención médica tiende a mejorar en la red básica, pero 15% depende de referencias a niveles de mayor complejidad.
- La investigación (“aplicada”) está decreciendo, aparentemente debido al desinterés de los investigadores y a la disminución de las fuentes de financiación, lo que exige esfuerzos para revertir esta tendencia. La presión social por el mantenimiento del control no vendrá necesariamente de la población ni de los políticos, sino del sector académico y del grupo técnico actuante.

Colofón

Se reitera que la descentralización tiene posibilidades frente al control de la enfermedad de Chagas en el Brasil. Como ejemplo, el dengue está demostrando que los programas municipalizados pueden resultar muy exitosos y mantenerse activos cuando existe voluntad política y competencia. El control de la enfermedad de Chagas es teóricamente más sencillo y factible que el del dengue, pero su visibilidad y motivación política es inconmensurablemente menor.

Como advertencias y conclusiones finales de la presente reflexión, los siguientes puntos deben ser tomados en cuenta:

- Los presupuestos teóricos de la descentralización son racionales y técnicamente válidos. Sin embargo, en la práctica la desactivación intempestiva de las acciones tradicionales produjo dificultades importantes en la ejecución del PCDCh, obteniéndose resultados no del todo satisfactorios en los últimos años.
- La virtual eliminación de *Triatoma infestans* ha sido alcanzada mediante un programa vertical y puede estar muy cerca de lograrse definitivamente, dependiendo de estrategias de vigilancia continua y de una firme decisión política.

- Existe gran preocupación entre los técnicos por el desinterés creciente de las autoridades en general por la enfermedad y su control, lo que pone en peligro muchos de los buenos resultados alcanzados.
- El nuevo sistema requiere la existencia de instancias competentes (equipos) a nivel nacional y estatal, con buena movilidad y capacidad de articulación para garantizar el buen manejo de las acciones municipales.
- Son imprescindibles las referencias técnicas regionales (laboratoriales, clínicas y de planeamiento) como sustentación del PCDCh en los municipios, en forma descentralizada.
- El PCDCh debe institucionalizarse en el SUS, en forma coordinada con las instancias de vivienda, educación y trabajo.
- Es necesario garantizar el funcionamiento de las informaciones epidemiológicas en tiempo real y con buena articulación entre los tres niveles.
- Es necesaria la investigación operativa complementaria, tanto a nivel técnico como para el monitoreo y perfeccionamiento del PCDCh en el SUS.
- La INCOSUR sigue teniendo importancia fundamental para el mantenimiento y sustentación del PCDCh brasileño.
- Los modelos desarrollados en el Brasil pueden servir como parámetros y referencias para otros países.

Referencias bibliográficas

- Akhavan D (2000). *Análise de custo-efetividade do programa de controle da doença de Chagas no Brasil*. OPAS/OMS. Brasília: Representação do Brasil.
- Briceño-León R (1993). La enfermedad de Chagas: una construcción social. En: Briceño-León R y Dias JCP (orgs.). *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*. Caracas: Acta Científica de Venezuela.
- Carlier Y, Dias JCP, Luquetti AO, Hontebeyrie M, Torrico F, Truyens C (2002). *Trypanosomiasis américaine ou maladie de Chagas*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 8:505-A20.
- Coura JR, Vinhaes MC y Dias JCP (2000). Situação epidemiológica atual da doença de Chagas no Brasil. *Revista de Patologia Tropical* 29(Suppl.):33-46.
- Dias JCP (1991). Chagas disease control in Brazil: wich strategy after the attack phase? *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale* 71(Suppl. 1):75-86.
- Dias JCP (2000). Participação, descentralização e controle de endemias no Brasil. In: Barata RS y Briceño-León R (orgs.). *Doenças endêmicas. Abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- Dias JCP (2000a). Doença de Chagas no novo milênio. *Revista de Patologia Tropical* 29(Suppl.):229-239.
- Dias JCP (2002). O controle da doença de Chagas no Brasil. In: Silveira AC (org.). *O controle da doença de Chagas nos países do Cone Sul da América. História de uma iniciativa internacional 1991-2001*. Uberaba: Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro.
- Dias JCP (2004). Política médica e medicina tropical. *Revista de Patologia Tropical* 33:253-264.
- Dias JCP, Schofield CJ (2003). Control of triatominae. In: Maudlin I, Holmes PH y Miles MA (orgs.). *The trypanosomiasis*. Londres: CABI Publishing.
- Dias JCP, Schofield CJ (1999). The evolution of Chagas disease (American trypanosomiasis) control after 90 years since Carlos Chagas discovery. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 94(supl 1):103-122.
- Dias JCP, Prata AR, Schofield CJ (2002). Doença de Chagas na Amazônia: esboço da situação atual e perspectivas de prevenção. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 35(6):669-678.
- Miles MA, Yeo M, Gaunt MW (2004). Epidemiology of American Trypanosomiasis. In: Maudlin I, Holmes PH y Miles MA (orgs.). *The Trypanosomes*. Londres: CABI Publishing.
- Moraes Souza H, Ramírez LE, Bordin JO (1997). Doença de Chagas transfusional: medidas de controle. In: Dias JCP y Coura JR (orgs.). *Clinica e terapêutica da doença de Chagas. Um manual prático para o clínico geral*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Control de la enfermedad de Chagas. Segundo Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). Medicina transfusional en América Latina, 1994-1999. Doc. OPS/HSE-Lab. 01/2001. Washington, D.C.: OPS.
- Schmunis GA, Dias JCP (2000). La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. *Cadernos de Saúde Pública* 16(Supl. 2):117-123.
- Silveira AC (1999). Vigilância epidemiológica da doença de Chagas na Amazônia. Proceedings of the II International Workshop on Population Genetics and Control of Triatominae, Tegucigalpa, Honduras.
- Silveira AC (2000). Profilaxia. In: Brener Z, Andrade ZA y Barral-Neto M (orgs.). *Trypanosoma cruzi e doença de Chagas* (2a. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan editora.

Modalidades de descentralización y control de la enfermedad de Chagas: análisis comparativo entre Guatemala, Honduras y El Salvador

Jun Nakagawa,¹ Michio Kojima,² Concepción Zúñiga,³ Kyoko Ota,⁴ Mario Serpas⁵

Introducción

La organización y la gestión de las campañas de control de vectores resultan complicadas cuando se descentraliza el sistema de salud, en tanto que el control químico de los insectos vectores de *Trypanosoma cruzi* es en sí mismo relativamente sencillo en el aspecto técnico. Cuando se emprendió la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) en 1997, casi habían desaparecido en esa región la organización vertical y el personal capacitado en el control de vectores. El proceso de descentralización ha afectado de distintas maneras a la ejecución del programa de control vectorial. La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA, según la sigla en inglés) emprendió en 2000 un proyecto de control de vectores de la enfermedad de Chagas en Guatemala, y en 2003 en El Salvador y Honduras, para lo cual hubo de adaptarse a las diversas situaciones de descentralización en cada país. La cooperación técnica de la JICA apuntaba a restablecer la coordinación entre los fragmentados recursos organizativos de cada nación. Si bien esta estrategia se adoptó consecuentemente en todos los proyectos apoyados por la JICA en esos tres países, la modalidad elegida en cada uno se adecuó tácticamente a las peculiaridades de sus respectivos procesos de descentralización. El presente informe se propone comparar los distintos procesos y resultados de la ejecución de los proyectos de la JICA en los tres países y extraer de ello las lecciones que puedan aplicarse al control de otras enfermedades infecciosas transmitidas por vectores, en un contexto de descentralización.

¹ Asesor Regional JICA-OPS para la Enfermedad de Chagas.

² Coordinador del Proyecto Chagas, experto de la JICA.

³ Coordinador del Programa Nacional de Chagas, Secretaría de Salud, Honduras.

⁴ Coordinador del Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas, JICA.

⁵ Director de Epidemiología del Ministerio de Salud, El Salvador.

Gestión del control de la enfermedad de Chagas en Guatemala, Honduras y El Salvador

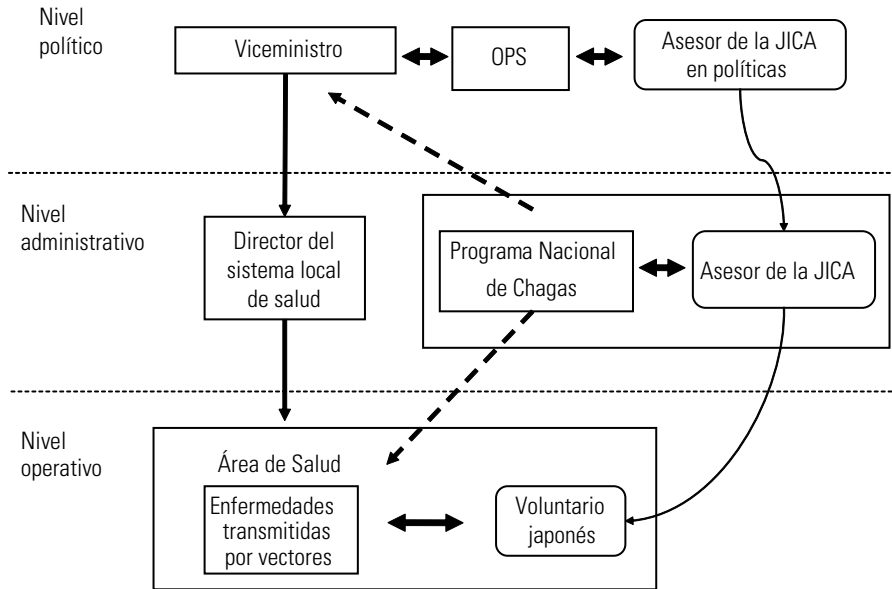
Guatemala

En esta nación, en el año 2000, las unidades locales de control de vectores no se habían integrado cabalmente en las Áreas de Salud (por lo común equivalentes a un departamento en la división política guatemalteca). Se hacía difícil el contacto directo entre el Programa Nacional de Chagas (PNCh) y las Áreas de Salud, porque no solo diferían en nivel jerárquico (central y local, respectivamente) sino también en sus cadenas de mando (de fiscalización/regulación y operativa, respectivamente). La JICA trajo del Japón a un asesor de largo plazo para el PNCh y cuatro voluntarios para las Áreas de Salud, a fin de facilitar el diálogo técnico y político entre el Programa y las Áreas, y la Sección de Entomología Médica reforzó su autoridad tradicional sobre el personal local de control de vectores (figura 1). Entre las modalidades habituales de comunicación figuraron visitas de supervisión, seminarios trimestrales, comentarios sobre los informes, así como cotidianas llamadas telefónicas y transmisiones de fax (Yamagata et al., 2003). Se recurrió a un sistema de información geográfica con fines de monitoreo, pero también resultó ser una herramienta política útil para convencer al Ministerio de Salud de que invirtiera en insecticidas y en personal fumigador. La vinculación entre el PNCh y las Áreas de Salud resultó crucial para la aceleración de la fase de ataque a *Rhodnius prolixus* en Guatemala.

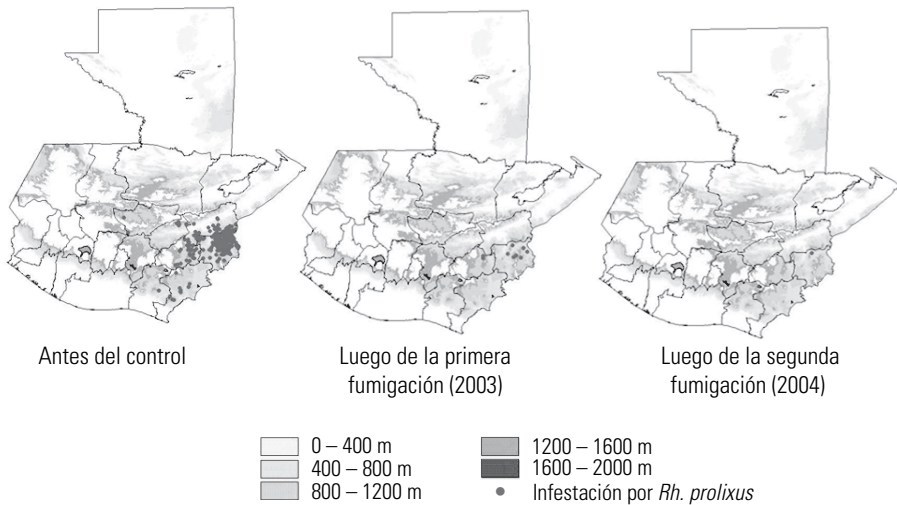
Al restablecer así la coordinación en el fragmentado programa de control de vectores, Guatemala pudo combatir con efectividad los triatominos, logrando virtualmente la eliminación de *Rhodnius prolixus* (figura 2) y una significativa reducción de *Triatoma dimidiata* en 2005.

Los principales logros del proyecto de la JICA en Guatemala pueden resumirse así:

- El control de vectores se promovió mediante organización y gestión semiverticales.
- Se logró desarrollar capacidades en los niveles políticos, de gestión y de ejecución.
- Se incrementó el presupuesto nacional destinado a combatir la enfermedad de Chagas, y el aumento del personal para el control de vectores aceleró la actividad de fumigación con insecticidas.

Figura 1. Organización del control de vectores en Guatemala, 2000

Fuente: Dr. Yoichi Yamagata (Informe 2004)

Figura 2. Eliminación de *Rhodnius prolixus* en Guatemala (2000-2004)Aldeas guatemaltecas con *Rh. prolixus*

- El control de calidad del proyecto se realizó mediante seminarios trimestrales y visitas de monitoreo por el equipo de gestión.
- Como consecuencia del resultado obtenido, la colaboración de la JICA se extendió a Honduras y a El Salvador.

Las principales lecciones obtenidas fueron las siguientes:

- Fue posible reconstruir el programa de control semivertical durante el proceso de descentralización.
- La reconstrucción del programa semivertical no puede aplicarse a todos los países si hay en ellos distintos niveles de descentralización.
- Un fuerte compromiso por parte de las autoridades políticas quedó reflejado en el aumento de las partidas del presupuesto nacional destinados a gastos de salud pública.
- El establecimiento de un sistema de vigilancia efectivo en el marco de la descentralización constituye un serio desafío.
- Un tema importante es la sustentabilidad del control de vectores y de las actividades de vigilancia en condiciones de cambio político.

Honduras

Descentralización del control de vectores

El control de la enfermedad de Chagas requiere recursos humanos numerosos y una intensiva labor en la estructura vertical, según quedó demostrado en las actividades realizadas en el marco de la Iniciativa del Cono Sur (INCOSUR) en la década de 1990. Sin embargo, con la IPCA, los países de América Central están encontrando una situación muy diferente al implementar las reformas de descentralización. Con ellas desaparece la estructura vertical y los gobiernos locales y municipales toman a su cargo en forma creciente las acciones de salud pública. Los países centroamericanos necesitan establecer un modelo de control de las enfermedades transmitidas por vectores que resulte adecuado y factible en cada país en condiciones de descentralización.

En Honduras, la descentralización de los recursos humanos en el control de vectores se inició de la siguiente manera:

- En el decenio 1991-2000, cuando la División de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DETV) se convirtió en el Departamento de

Enfermedades Transmitidas por Vectores, los recursos humanos de control de vectores fueron reasignados a la estructura de las Regiones de Salud Departamental.

- Desde el año 2000 los técnicos de enfermedades transmitidas por vectores fusionaron sus funciones con otros técnicos de saneamiento básico, y se creó la figura polifuncional del técnico de salud ambiental a cargo del control de vectores, el saneamiento, el control de sanidad alimentaria y otras funciones conexas.
- Sin embargo, en ese proceso se perdieron numerosos recursos humanos competentes tanto en el nivel central como en el departamental, pues no se crearon nuevas vacantes y no se reemplazó a los técnicos que se jubilaron o que fueron dados de baja.

Descentralización del Programa Nacional de Chagas

Antes de 2003, las actividades del Programa Nacional de Chagas (PNCh) estaban centralizadas. Las acciones de control se hallaban a cargo de personal del nivel central, sin coordinación con las autoridades departamentales. Las actividades de cooperación externa y las vinculaciones con las organizaciones no gubernamentales (ONG) eran inorgánicas y no se coordinaban con los niveles central ni departamentales. El Programa Nacional de Chagas no tenía un presupuesto definido sino que le era asignado a la DETV, aunque en caso de emergencias o de mayores necesidades planteadas por otras enfermedades transmitidas por vectores, esos fondos podían ser utilizados con otra finalidad, o reasignados, por ejemplo para las epidemias de dengue o los brotes de malaria en zonas endémicas.

Desde 2003, el programa cambió por completo su estructura, y ahora funciona en forma descentralizada y en coordinación con las direcciones departamentales de salud. Ese mismo año se elaboró el Plan Estratégico Nacional de Chagas, 2003-2007 (PEN Chagas) conjuntamente con la OPS, la JICA, la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI) y diversas ONG, enmarcado en los acuerdos de la IPCA, con la finalidad de eliminar *Rhodnius prolixus* y controlar *Triatoma dimidiata*. Para cumplir los objetivos del PEN Chagas, el Programa recibe el apoyo técnico permanente de la OPS y, desde 2003, asistencia técnica y financiera de la JICA y de la ACDI (figuras 3 y 4).

Figura 3. Plan Estratégico Nacional de Chagas y armonización de cooperantes

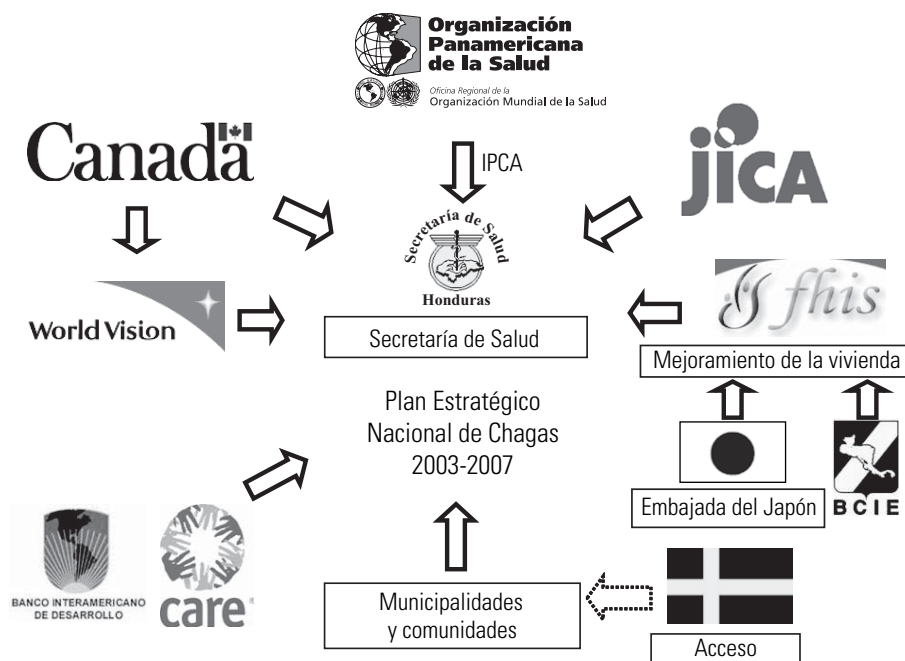
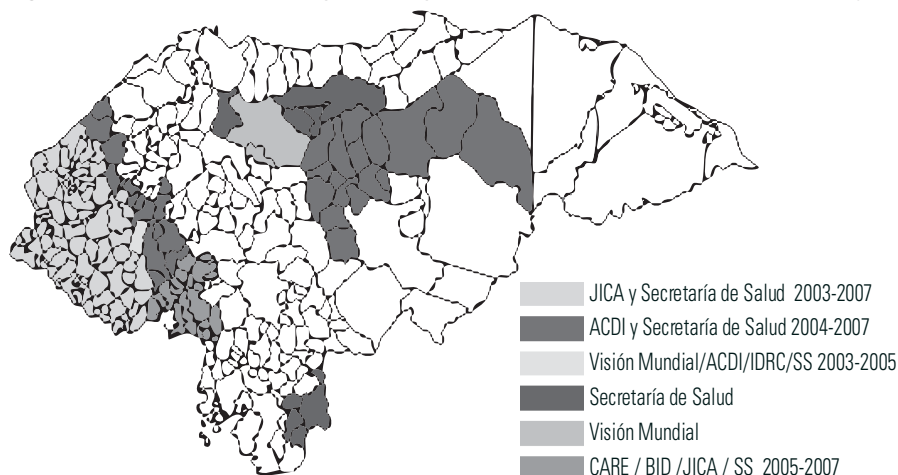


Figura 4. Distribución de cooperantes para el control de la enfermedad de Chagas



Cuadro 1. Descentralización del Programa Nacional de Chagas

Nivel	Pre-2003 Centralizado	Post-2003 Descentralizado
Secretaría de Salud (Nivel central)	Estrategia Planificación Ejecución Financiamiento	Estrategia Coordinación Financiamiento
Secretaría de Salud (Nivel departamental)	Co-ejecución	Planificación Ejecución Financiamiento
Municipalidad	Beneficiario	Ejecución Financiamiento
Comunidad	Beneficiario	Colaboración

En el marco del PEN Chagas, el programa funciona como la instancia técnica normativa de coordinación de los departamentos. Sus responsabilidades principales son la estandarización de estrategias y el control de calidad de las intervenciones. El cargo de ejecución ha sido descentralizado al nivel departamental. En la actualidad son los departamentos los que planifican las actividades, organizan, cumplen y monitorean las actividades de intervención, y cada seis meses evalúan sus acciones. El personal del nivel municipal se encarga de ejecutar directamente las actividades de control y vigilancia, con participación de la comunidad (cuadro 1).

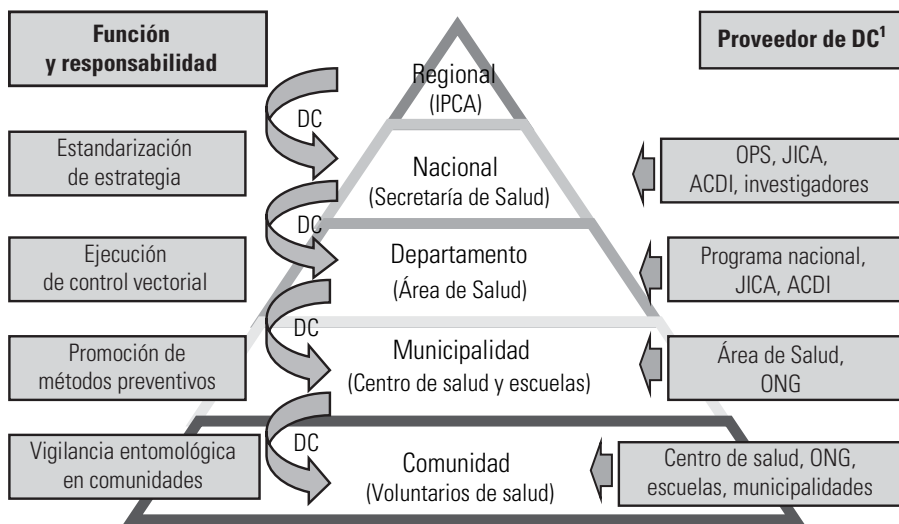
Desarrollo de capacidades en materia de descentralización

Como parte del proceso de descentralización, se ha requerido mejorar la capacidad de los recursos humanos desde el nivel central hasta los niveles locales, para que realicen sus actividades con la calidad necesaria. Sobre esta base, el programa estableció un comité técnico, conjuntamente con la JICA, la ACIDI, la OPS y las ONG, e identificó las necesidades de los distintos niveles en materia de desarrollo de capacidades. Se ha impartido capacitación a los distintos niveles para fortalecerlos en sus respectivas funciones.

Las reuniones de evaluación semestral del programa han promovido el intercambio de experiencias adquiridas en los departamentos y mejorado la calidad de las intervenciones. Las ONG y los voluntarios japoneses han funcionado como catalizadores entre los niveles de departamento, municipio y comunidad.

El flujo del desarrollo de capacidades iniciado en el nivel central hacia los niveles departamental y municipal se va instalando gradualmente en forma exitosa (figura 5 y cuadro 2).

Figura 5. Mecanismo de desarrollo de la capacidad (DC) en materia de descentralización



Cuadro 2. Mecanismo de coordinación descentralizadora

Reuniones	Funciones
Reunión de coordinación (nivel político, OPS, JICA, ACIDI)	- Compromiso político - Aprobación de financiamiento (cada año)
Comité técnico (PNCh, JICA, ACIDI, ONG)	- Estandarización de estrategias - Armonización de actividades - Identificación de la necesidad de desarrollar capacidades (cada mes)
Reunión de evaluación y planificación (PNCh, Departamento, JICA, ACIDI)	- Evaluación de actividades en los departamentos - Programación de actividades - Consejo técnico (cada semestre)

Logros y debilidades

Desde 2003, el programa nacional se ha fortalecido en los siguientes aspectos:

- armonización de estrategias, planificación, monitoreo y evaluación entre los cooperantes, las ONG y la Secretaría de Salud;
- desarrollo de capacidades en los niveles central, departamental, municipal y comunitario;
- aumento de actividades en 10 de los 18 departamentos (32 470 viviendas intervenidas, 227 000 beneficiarios, 50 943 niños examinados, 2397 niños positivos, es decir, 4,7%);
- intervención intersectorial: educación y mejoramiento de la vivienda (Fondo Hondureño de Inversión Social, FHIS);
- encuadramiento dentro de planes políticos (Estrategia de Reducción de la Pobreza, Plan del Sector Salud, 2005-2021).

Sin embargo, hay debilidades que corregir o fortalecer, por ejemplo:

- mejorar el control de calidad de las intervenciones: encuesta entomológica, rociado o fumigación, evaluación entomológica;
- acelerar el avance de las actividades en los departamentos con baja capacidad, para poder cumplir con los resultados programados en los tiempos establecidos;
- aumentar el interés por las actividades del programa en algunos municipios;
- mantener relaciones de colaboración permanente con municipios y comunidades;
- definir con claridad las responsabilidades del personal departamental (por ejemplo de epidemiología y estadística) en cuanto al manejo de la información sobre las enfermedades transmitidas por vectores.

Conclusiones de la experiencia en Honduras

Las conclusiones de la experiencia sobre el control de la enfermedad de Chagas en condiciones de descentralización son las siguientes:

- es necesaria la identificación de capacidades y su desarrollo continuo en todos los niveles;

- se requieren responsabilidades compartidas entre los distintos niveles (incluido el nivel central), los cooperantes y los gobiernos locales, según sus capacidades, para promover en forma sostenible el desarrollo de las actividades;
- el desarrollo de las capacidades locales, armonizadas con los cooperantes, los gobiernos locales y las comunidades, posibilita la ejecución integral e intersectorial de las actividades para el control de la enfermedad de Chagas;
- es importante establecer mecanismos permanentes para mejorar el control de calidad de las intervenciones en condiciones de descentralización.

El Salvador

Reseña histórica de la descentralización del sector salud

La forma actual de descentralización del sistema de salud en El Salvador se tipifica como desconcentración, es decir, centralización normativa y descentralización operativa. La adquisición masiva de bienes se realiza mediante licitaciones centralizadas atendidas con los presupuestos locales.

Desde comienzos de la década de 1980 hasta 1992 El Salvador sufrió conflictos armados internos. La descentralización se inició al discutirse la modernización del sector salud, una vez finalizada la lucha armada, entre 1994 y 1995. Por esa misma época empezó la descentralización del organigrama del Programa de Malaria, que estableció a su personal en cada región o departamento, independientemente del sistema local de salud. En ese entonces el Programa perdió el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), que era su fuente de financiamiento más importante. Sin embargo, la oficina departamental del Programa se hallaba protegida legalmente por poseer personería jurídica: tenía su propio administrador y disponía de vehículos para los supervisores departamentales, los entomólogos y otros operadores, además de recibir apoyo logístico y técnico, así como el suministro de equipos y materiales necesarios, directamente del nivel central, perteneciente a la estructura del Ministerio de Salud. A partir del año 2000, la cabeza del Programa se integró al Departamento de Zoonosis y Control de Vectores del Ministerio y comenzó a perder a la vez presencia y capacidad física y técnica para ejercer las tareas de supervisión y normalización (El Salvador, 1991).

Cuadro 3. Historia de la descentralización del sistema de salud y del Programa de Malaria

Año	Programa de Malaria	Sistema de salud
1938	Se crea la Sección de Malariología	(1900) Se crea el Consejo Superior de Salubridad
1947	OPS: Resolución para la erradicación de <i>Aedes aegypti</i>	
1955	Se lanza la Campaña Nacional Antipalúdica (CNAP)	
1960	Certificación de la erradicación de <i>Aedes aegypti</i>	
1966	Informe nacional no certificado sobre la erradicación de <i>Aedes aegypti</i> (hasta 1974)	
1978	Epidemia de dengue	OMS-UNICEF: Declaración de Alma-Ata
1980	Cambio de estrategia respecto de <i>Aedes</i> (no erradicación)	Se crean los puestos de promotores de salud
1987	Descentralización de los laboratoristas Mayor financiación para los colaboradores voluntarios	
1995	Departamentalización independiente del sistema local de salud (con administración, normativa y planificación centralizadas) Aprobación de la Ley de Salario (integración de los salarios a la categoría del servicio de salud)	Se establecen las sedes departamentales Se crea el Programa de Escuelas Saludables
1999		Se constituye el Consejo de Reforma del sector Salud
2000	Epidemia de dengue	Se constituyen cinco SIBASI como proyectos pilotos
2001		Se forman cinco equipos técnicos de zona (región) Se anulan las sedes departamentales
2002	Integración al SIBASI (integrados respecto del ordenamiento interno, la administración y el pago de salarios)	Comienzan a funcionar 27 SIBASI en el orden nacional Se crea en cada SIBASI el puesto de epidemiólogo
2004	Se cambia el nombre de Malaria por el de Vectores	
2005		Legalización del SIBASI
2006		Regionalización (los SIBASI se adscriben a las zonas)

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Gobierno de El Salvador. <http://www.mspas.gob.sv/historia.asp>

La descentralización del sistema de salud y del Programa de Malaria se llevó a cabo por dos vías diferentes hasta 2002, cuando ese Programa pasó a formar parte del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) con la denominación de Unidad de Vectores. De todos modos, se observan conatos de integración al programa del sistema de salud con anterioridad a 2002, como si hubiera existido un enfoque concreto de atención primaria de salud, cuando (1) aumentaron los puestos de promotores de salud, que se encargan de la visita domiciliaria y la vigilancia epidemiológica comunitaria, (2) se descentralizó el puesto de los laboratoristas de malaria, y (3) se organizó a los colaboradores voluntarios de malaria. No hubo en ese entonces integración probablemente porque no existían motivaciones para ello (cuadro 3) (El Salvador, 1991).

Cuando se integró administrativamente el programa al SIBASI, la distribución del personal se concentró en el área endémica de malaria con menos vehículos y sin presupuesto para el mantenimiento de equipos, ni capacitación de recursos humanos para el manejo de actividades descentralizadas. Como cada SIBASI tiene autonomía para manejar sus recursos, una plaza del programa a veces se asignaba a otras funciones. La asignación de plazas y el suministro de combustibles, uniformes, etcétera, dependen de las prioridades definidas por el SIBASI.

La cooperación técnica y financiera de la JICA para el control de la enfermedad de Chagas comenzó en septiembre de 2003, en medio del caos resultante de la descentralización del sistema de salud y de la integración del programa al sistema.

Impacto de la descentralización en El Salvador

Impacto negativo

Los desafíos que ha afrontado el SIBASI por la descentralización del sistema de salud y la integración del control de la enfermedad de Chagas son los mismos problemas clásicos encontrados en las décadas anteriores en la mayoría de los países tropicales al descentralizar sus respectivos programas de control de las enfermedades transmisibles. Los siguientes puntos son las principales causas y efectos observados en el ciclo de la descentralización en El Salvador:

- Deterioro de la capacidad del nivel central (menos recursos humanos para el monitoreo de las actividades locales, deterioro del control de

la información, debilitamiento del soporte técnico, menor gestión para capacitar recursos humanos tanto locales como centrales).

- Inestabilidad política y de la estructura organizativa en la descentralización (con frecuentes cambios de la estructura organizativa, indefinición de las tareas en los cargos responsables, inestabilidad en la administración del personal).
- Menor prioridad relativa asignada al control de vectores por la fuerte presión política hacia la descentralización.
- Ausencia del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas.
- Escasez de recursos humanos operativos y financieros (poca cobertura del área de trabajo, abandono del mantenimiento de los equipos, reducción de los medios de transporte).
- Enfrentamientos culturales en la integración de la Unidad de Vectores al sistema local de salud (desmotivación del personal de Vectores, problemas de sindicatos, etcétera).

Impacto positivo

Como apenas se ha iniciado el proceso de descentralización en El Salvador, se requiere más tiempo para determinar y medir su impacto positivo. Sin embargo, corresponde señalar un fenómeno observado: en los últimos dos años, 2004 y 2005, va aumentando la cobertura geográfica de la detección de casos agudos de la enfermedad de Chagas. Por ejemplo, en los SIBASI de Ahuachapán y Sonsonate, donde colabora la JICA, se están registrando casos agudos en municipios donde años atrás no se detectaban. En el primero de esos departamentos, en 2003 se registraron 16 casos agudos en los municipios de Ahuachapán y Atiquizaya; en 2004 se detectaron 22 casos agudos en cinco municipios (Ahuachapán, Atiquizaya, Jujutla, Turín y San Francisco Menéndez), y hasta octubre de 2005 se encontraron 17 casos en seis municipios (Ahuachapán, Atiquizaya, Jujutla, San Francisco Menéndez, El Refugio y Concepción de Ataco) sobre un total de 12 municipios. En Sonsonate se registraron en 2002 casos agudos solo en el municipio de San Julián, y hasta octubre de 2005 se observaron 14 casos agudos en ocho de los 18 municipios (San Julián, Cuisnahuat, Armenia, Ishuatán, Nahuizalco, Juayúa, Sonsonate y Sonzacate).

Considerando las características de la enfermedad y que los municipios con casos agudos se hallaban muy infestados de vectores, esa ampliación de la

cobertura no significaría la extensión del área geográfica de la transmisión, sino que están siendo detectados por (1) una mayor penetración de la información sobre la enfermedad de Chagas en las comunidades, los médicos locales y los promotores de salud, y (2) un mejoramiento del sistema local integrado de salud. También para la comprobación de estas hipótesis se requiere más tiempo de análisis.

Los valores agregados de la descentralización

Capital social

Mediante el desarrollo de capacidades en el nivel local, la cooperación de la JICA estuvo procurando encontrar la forma de operación adecuada, aplicable y aceptable a las condiciones descentralizadas de El Salvador. Como resultado de esa búsqueda, se está construyendo una red social de varios niveles (enfoque multidimensional):

- la Unidad de Vectores,
- el Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas y
- los propios pacientes chagásicos.

Estos recursos sociales garantizan la sustentabilidad del control de la enfermedad de Chagas y en ellos se basan las actividades de la atención primaria de salud. Según Putnam (2000), el capital social se manifiesta en las tres formas siguientes para crear valores:

- capital social de vínculo [*bonding social capital*]: el valor cívico asignado a las redes sociales entre grupos homogéneos;
- capital social de puente [*bridging social capital*]: el valor cívico de redes sociales (horizontales) entre grupos heterogéneos;
- capital social de nexo [*linking social capital*]: el valor cívico de redes sociales entre relaciones verticales.

Con esta clasificación se puede caracterizar el capital social en cada nivel (véase también <http://www1.worldbank.org/prem/poverty/scapital/index.htm>).

Capital social para la Unidad de Vectores

El capital social de la forma vinculante [*bonding*] es un grupo de la Unidad de Vectores (ex Programa de Malaria) en el cual se compartía el mismo lenguaje,

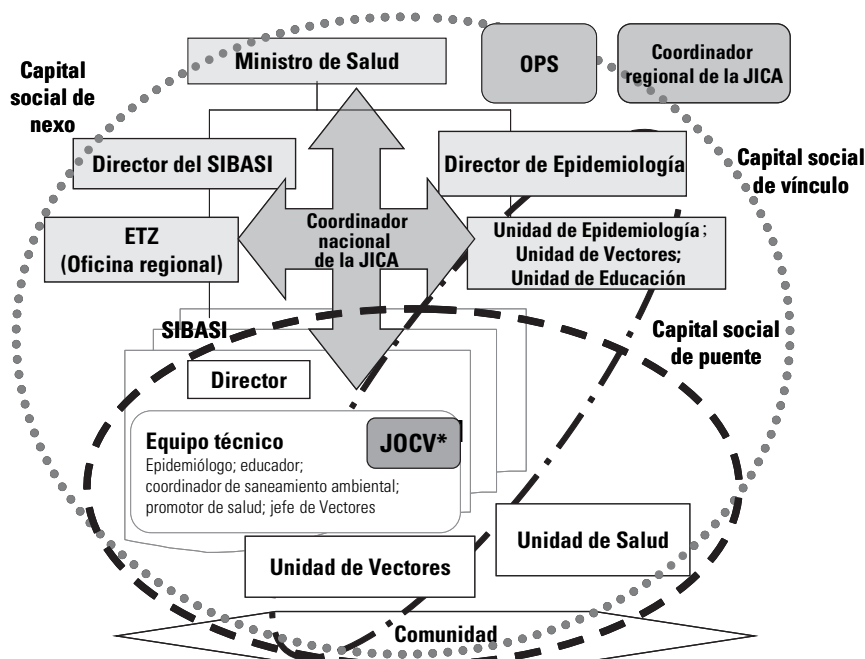
la misma cultura y el mismo objetivo. Debido a la descentralización, se fueron debilitando los lazos entre los niveles local y central, particularmente en materias de comunicación y apoyo técnico, pero gracias a la coordinación de la JICA se están fortaleciendo nuevamente.

Lo negativo de la forma vinculante creada en el Programa de Malaria fue el no sacar provecho de hallarse técnicamente preparado para trabajar con un equipo integrado, a pesar de que a comienzos del decenio de 1980, cuando se creó la función de promotores de salud, era el personal de Malaria el que supervisaba el trabajo de los promotores y los formaba para el trabajo de campo (por ejemplo, cómo realizar las visitas domiciliarias). En 2004, con la cooperación de la JICA, se organizó un curso de Entomología Médica con entrega de diplomas, destinado a un grupo de diversas disciplinas proveniente del SIBASI. El curso tenía tres objetivos: (1) que los SIBASI pudieran planificar y gestionar como equipo el control de vectores; (2) que el personal de la Unidad de Vectores tuviese capacidad suficiente para trabajar en forma integrada con el equipo de SIBASI, y (3) que los epidemiólogos y los promotores de salud tomaran conciencia de la magnitud del impacto de la enfermedad de Chagas.

Merced a las repercusiones de ese curso y a la continuidad de la cooperación de la JICA, va creciendo gradualmente el capital social en las modalidades de puente [bridging] y de nexo [linking]. La antigua forma de vínculo [bonding] solo lograba el control de vectores de la enfermedad de Chagas. En cambio, las nuevas formas de capital social están permitiendo desarrollar las áreas de tratamiento de pacientes, las actividades de información, educación y comunicación (IEC), y la coordinación con otros sectores. La información del registro de casos agudos y los progresos en el control vectorial van consolidando la colaboración entre los participantes, aunque todavía cabe mejorar mucho el flujo de información (figura 6).

Capital social para el Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas

La cooperación regional de la JICA tiene la ventaja de facilitar la creación de una red articulada [linking] entre las naciones. El Salvador, por ejemplo, posee una estructura que produce su propio capital social, y lo mismo sucede en Guatemala y Honduras (figura 7). Estas redes sociales de cada país se pueden conectar entre sí y de este modo compartir y enriquecer la capacidad de gestión

Figura 6. Capital social para la Unidad de Vectores

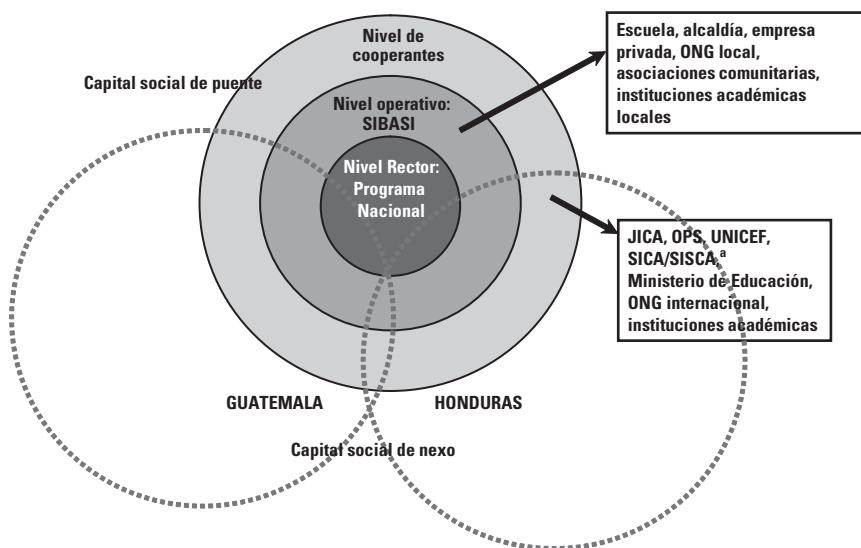
*JOCV: Coordinador Departamental de la JICA

del Programa Nacional, en el nivel operativo local del SIBASI, e incluso frecuentemente en el de los coordinadores nacionales de la JICA.

Capital social para los pacientes chagásicos (nivel de la comunidad)

La participación comunitaria en la vigilancia entomológica no solo resulta técnicamente factible, sino que es indispensable para vigilar los vectores de la enfermedad de Chagas y constituye además una garantía de la sustentabilidad de la vigilancia (cuadro 4).

El potencial de crecimiento del capital social en el nivel comunitario es tan alto que podría considerárselo un subproducto del desarrollo de actividades de control de la enfermedad de Chagas. Ello permite vincular el control y la prevención de la enfermedad con la filosofía reformadora del sector de la salud, siempre teniendo en cuenta que la participación comunitaria no es garantía

Figura 7. Capital social en los diferentes niveles (en torno al Ministerio de Salud)

^a SICA: Sistema de la Integración Centroamericana

^b SISCA: Secretaría de Integración Social del SICA

Cuadro 4. Sensibilidad de los métodos de detección del vector y de su aplicación

Métodos \ Indicadores	Infestación	Colonización	Especie de vector	Infección natural
Hora/hombre por personal institucional	++	+++	+++	+++
Biosensores	+	+	+	—
Calendario	+	—	—	—
Notificación de la comunidad	+++	—	+	+

absoluta para la vigilancia ni resulta sustentable cuando no hay buena comunicación mutua entre la institución responsable del control y la comunidad.

Por otra parte, la complejidad del perfil de la comunidad, que depende, entre otros factores, de su historia, de las condiciones de la seguridad pública,

Cuadro 5. Capital social del nivel de pacientes chagásicos en el área rural

Tipo de capital social	Actor social, o medio, para la creación de la red	Factores variables de la población para su participación en la red
De vínculo (<i>bonding</i>)	Organización comunitaria: cooperativa, comité de agua, asociación de desarrollo comunitario, etc.	¿Es propietario del terreno de su vivienda? ¿Su fuente de ingreso está situada en la comunidad o cerca de ella?
De puente (<i>bridging</i>)	Alcaldía municipal, escuela, unidad de salud, iglesia	Afiliación política Religión
De nexos (<i>linking</i>)	ONG, empresa privada	

de las afiliaciones políticas y religiosas, y del nivel socioeconómico, representa frecuentemente un obstáculo para la construcción de redes sociales. Tales complejidades suelen requerir diferentes ángulos de enfoque (cuadro 5). Por consiguiente, trabajar con la comunidad no es tarea solo del Programa Nacional sino también de las otras instituciones que buscan mejorar el nivel de vida de la sociedad, tal como pueden serlo las municipalidades, el programa nacional de reducción de la pobreza, y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de desarrollo comunitario, etcétera.

Lecciones aprendidas

La descentralización es una cuestión política y una modalidad que se está imponiendo en todo el mundo, y por eso cada país ha de buscar su propia forma operativa, adecuada, aplicable y aceptable a su situación particular, en lo que se refiere al control de la enfermedad de Chagas. La cooperación de donantes externos será generalmente un factor temporario que ayudará a superar las instancias de caos originadas por la descentralización, sobre todo cuando se necesite un control masivo de las enfermedades emergentes.

Puesto que cada nación buscará el modelo que le resulte más adecuado, se considera clave para el funcionamiento de cualquier forma de operación descentralizada el fortalecimiento del apoyo político para dar prioridad al control de la enfermedad de Chagas, con la finalidad de garantizar la plena vigencia rectora del Plan Nacional y la disponibilidad de los recursos humanos y financieros necesarios para su ejecución.

Las funciones rectoras del Plan Nacional deberán asegurar:

- el control del sistema de información,
- la articulación de las actividades,
- la normalización.

Sin importar quién se encargue de las operaciones previstas en aquel, el responsable nacional de ejecutarlo debe concentrarse en los tres puntos mencionados, pero en todo caso el Plan debe ser asumido por el país en su conjunto.

El Plan Nacional debe estar diseñado con los siguientes lineamientos:

- buscar la forma de operación integrable al sistema local de salud, dando prioridad a la atención primaria;
- aprovechar los programas o alianzas existentes que fomenten la participación comunitaria y la promoción de la salud;
- crear las variables cuantitativas que permitan potenciar la participación comunitaria (estudiando el capital social en el nivel comunitario);
- reconocer las evaluaciones técnicas de la intervención por la Iniciativa y mantener las evaluaciones objetivas.
- elaborar y ejecutar el Plan Nacional en un período establecido, renovable en su plazo.

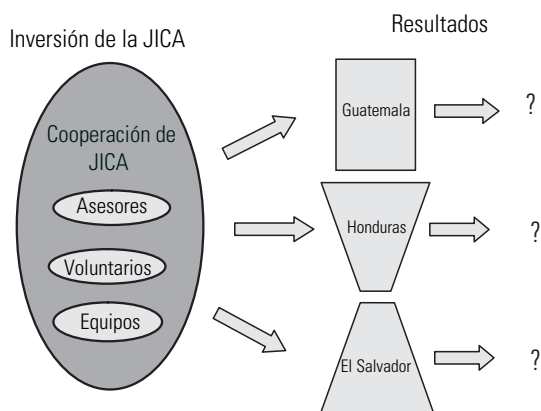
Análisis comparativo de los proyectos de la JICA

Comparación de la capacidad de ejecución previa a la realización del proyecto

Varía considerablemente la capacidad de los niveles políticos, de gestión y operativos de los ministerios de Salud de estas tres naciones, El Salvador, Guatemala y Honduras, debido a su distinta situación de descentralización. El cuadro 6 y la figura 8 permiten comparar las respectivas capacidades de los niveles políticos, de gestión y operativos. Los proyectos de la JICA suministraron a los tres países los mismos elementos (el gerente del proyecto, los voluntarios de la JICA, insecticidas, bombas rociadoras y vehículos), pero el resultado en cuanto a desarrollo de capacidades fue diferente en cada nación.

Cuadro 6. Comparación de capacidades entre las naciones

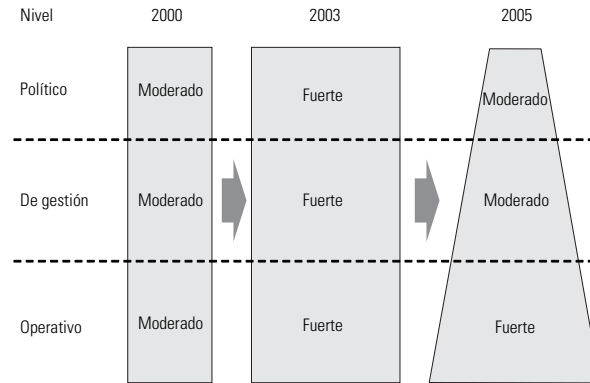
Nivel	Guatemala	Honduras	El Salvador
Político (nacional)	Fuerte compromiso político Compromiso de financiación	Fuerte compromiso político (PRSP, Plan estratégico)	Compromiso débil
De gestión (nacional)	Fuerte iniciativa Supervisión técnica Autoridad débil	Fuerte iniciativa y autoridad Agencias donantes interesadas	Capacidad y autoridad débiles
Operativo (distrital)	Capacidad tradicional en materia de control de vectores	Capacidad débil	Fuerte iniciativa Toma de decisiones descentralizada

Figura 8. Proyecto de la JICA en las tres naciones

Cambios en la capacidad merced a la realización de los proyectos

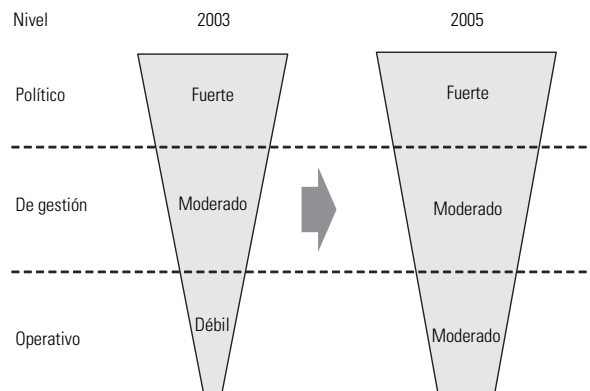
Como resultado de la realización de los proyectos de la JICA, la capacidad de los respectivos ministerios en materia política, de gestión y operativa puede resumirse como sigue.

Guatemala



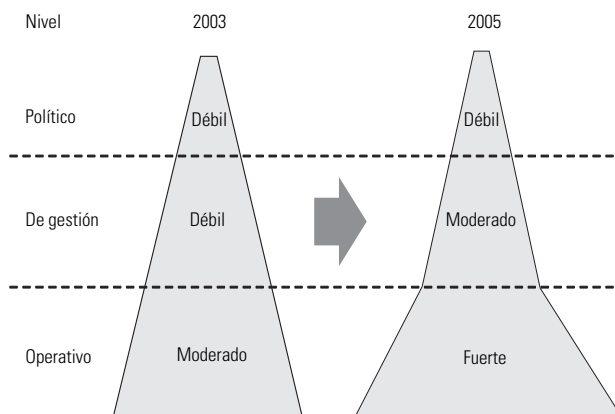
- Fuerte apoyo político y financiero desde el nivel político.
- Creación de capacidades en el nivel de gestión (2000-).
- Se mantuvo la capacidad a pesar de los cambios de personal en el nivel central.
- Creación de capacidades en el nivel operativo.
- Se compartieron experiencias y conocimientos con las naciones vecinas.
- Constituye un desafío la sustentabilidad de las actividades de control de vectores y del sistema de vigilancia.

Honduras



- Apoyo político y financiero por parte del nivel político desde el lanzamiento del proyecto.
- Fuerte creación de capacidades en el nivel de gestión mediante la armonización de los donantes y el desarrollo del plan estratégico nacional.
- Creación de capacidades en el debilitado nivel operativo mediante la participación comunitaria y la colaboración con las municipalidades.
- Constituye un desafío el control de calidad del proyecto y la continuidad de la participación comunitaria.
- Otro desafío es el de mantener el apoyo político luego del cambio de gobierno.

El Salvador



- Creación de capacidades en los niveles político y de gestión mediante el desarrollo de normas para todo el país y del plan estratégico nacional.
- Acumulación de capital social en los tres niveles y fortalecimiento de las respectivas redes.
- Vigorosa creación de capacidades y aumento del nivel de adhesión en el escalón operativo.
- Constituye un desafío el aumentar la prioridad política del control de la enfermedad de Chagas.
- Otra dificultad radica en los frecuentes cambios de personal en el nivel de gestión.

Conclusión

Según nuestro análisis, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- Para llevar a cabo un control efectivo de las enfermedades transmitidas por vectores bajo diversas condiciones de descentralización, es esencial aplicar un enfoque flexible adecuado a cada situación.
- El control efectivo de los vectores no solo requiere un enfoque centralizado o descentralizado sino también intersectorial.
- La definición de los respectivos papeles y responsabilidades de los niveles políticos, de gestión y operativos es importante para el control efectivo de los vectores.
- En un sistema de salud descentralizado, el desarrollo de capacidades en los niveles político, de gestión y operativo resulta vital para que un programa sea sostenible.
- El control de calidad del programa de control de vectores constituye un desafío para un sistema de salud descentralizado; por ende es necesario establecer un mecanismo de control de calidad.
- El Proyecto JICA debería promover el ulterior desarrollo de capacidades en los tres niveles y al mismo tiempo ir preparando la reducción de su papel y su presencia, a fin de incrementar gradualmente la sustentabilidad del control de la enfermedad de Chagas.

Referencias bibliográficas

- El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1991). *Aspectos generales del Programa de Malaria*, pp. 9-13.
- El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (en prensa). *Plan Quinquenal para el Control de la Transmisión de la Enfermedad de Chagas en El Salvador: 2006-2010*.
- Liese BH, Sachdeva PS, Cochrane DG (1992). Organizing and managing Tropical Disease Control Programs. World Bank Technical Paper No. 167: 91-105.
- Putnam R (2000). Social capital: Measurement and consequences. Kennedy School of Government, Harvard University. Trabajo presentado en el Symposium on the Contribution of Human and Social Capital to Sustained Economic Growth and Well Being, Quebec, marzo de 2000.

Silveira AC (2002). O controle de *Aedes aegypti*, vector do dengue e febre amarela urbana, na região das Américas: avanços, dificuldades, retrocessos, perspectivas. Documento inédito.

Yamagata Y, Nakagawa J (2006). Control of Chagas disease. *Advances in Parasitology* 61:129-165.

Yamagata Y, Nakagawa J, Shimoda M, Tabaru Y (2003). Management of infectious disease control in a decentralized organization: the case of the Japan-Guatemala Project for Chagas' disease control in Guatemala. *Technology and Development* 16:47-54.

Impacto de la descentralización de los programas de control de las enfermedades transmisibles: el caso de la enfermedad de Chagas en Colombia

Felipe Guhl,¹ Josué Lucio Robles,² Ildefonso Cepeda³

Marco general

Relaciones normativas

El legislador de 1993, por medio de las leyes 60 y 100, se refirió a los programas y campañas nacionales como componentes del Plan de Atención Básica (PAB). Por un lado, mediante los artículos 3º, 4º y 5º de la Ley 60, se ordena que “es competencia de los distritos y de los departamentos la ejecución de tales programas y campañas”, y por otro lado, en el artículo 165 de la Ley 100, al definir el PAB se determina que este incluye el control de vectores y las campañas de prevención y detección oportuna de enfermedades como la malaria, el dengue y la leishmaniasis entre las acciones inherentes a este plan de beneficios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.⁴

¹ Centro de Investigaciones en Microbiología y Parasitología Tropical (CIMPAT), Universidad de los Andes, Bogotá, D.C., Colombia.

² Ministerio de la Protección Social, República de Colombia.

³ Ministerio de la Protección Social, República de Colombia.

⁴ La Ley 715 de 2001 derogó la Ley 60 de 1993, pero no modificó la esencia de las competencias nacionales y territoriales en materia de control de vectores. No obstante, precisó que es competencia de la Nación la adquisición de los insumos críticos para el programa, y de los departamentos y distritos la ejecución de las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan a la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción. Por su parte, esta nueva norma señaló que les corresponde a los municipios formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.

Quizás es de las pocas excepciones en que al departamento se le asigna la responsabilidad de la ejecución de funciones, pues si consideramos la regla general de distribución de competencias entre los diferentes niveles en que se organiza el Estado colombiano, es al municipio al que le corresponde por primacía ejecutar los planes y programas propios de la acción estatal, mientras que en términos generales el nivel seccional complementa y subsidia, y la Nación fija las políticas del desarrollo, brinda asistencia técnica, define las fuentes de financiación del sector y complementa la capacidad resolutive de los departamentos.

Con la determinación de que el departamento sea el ejecutor se pretendió corregir lo previsto por el artículo 9º de la Ley 10 de 1990, cuando se ordenó la delegación directamente a los municipios, pues, en ese momento, de un lado se desconoció el papel del nivel seccional, y de otro se fragmentaban los programas, se atomizaban los recursos y se generaba un complejo manejo al tener la Nación que administrar por lo menos 600 convenios, equivalentes al número de municipios en riesgo. El cuadro 1 muestra la evolución político administrativa de Colombia hasta el año 2002.

Cabe recordar que el vector de la enfermedad de Chagas no tiene fronteras ni respeta límites geográficos, hecho que dificulta la eficacia de los programas de prevención y control ya que unos municipios pueden ser menos eficientes que otros, lo que supone mayores esfuerzos y menor efectividad para mantener controladas las enfermedades transmitidas por vectores.

A su vez, dentro de los planes de beneficios que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el legislador de 1993, en el desarrollo del artículo 49 de la Constitución política define el Plan de Atención Básica (PAB) como “aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria”, cuya prestación será universal, gratuita, obligatoria y financiada con recursos fiscales de la Nación y de las entidades territoriales. Nótese que no se explicitan otras enfermedades transmitidas por vectores a excepción de la malaria.

Cuadro 1. Evolución político-administrativa de Colombia

Entidad	1953	1954	1960	1964	1967	1970	1983	1985	1988	1992	1997	2002
Departamentos	16	16	17	18	22	22	23	23	23	32	32	32
Intendencias	3	3	4	3	3	4	4	4	4	0	0	0
Comisarías	7	5	4	5	5	4	5	5	5	0	0	0
Municipios	817	823	847	877	891	915	985	990	1011	1041	1073	1098
Corregimientos departamentales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	19	20
Corregimientos comisariales	71	47	27	28	30	24	22	17	16	0	0	0
Corregimientos intendenciales	33	30	7	8	11	15	5	5	2	0	0	0
Centros poblados	1992	1939	2663	3498	2233	3789	7196	7515	7541	7618	8406	8009
Territorios nacionales	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

En el total de departamentos no se incluye el Distrito Capital.

El concepto de centro poblado incluye los corregimientos municipales, inspecciones de policía y caceríos.

El total de municipios de 2002 contiene los creados hasta el 30 de junio del mismo año.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Igualmente, deriva en el Ministerio de Salud la definición de los contenidos de dicho plan, lo cual se realiza mediante la resolución 4288 de 1996.⁵

En estas normas se aprecia una manifestación del papel regulador del Estado, pues a través de ellas se reconoce la condición de indelegables de ciertas responsabilidades en los particulares, en especial aquellas de interés colectivo y relacionadas con los factores ambientales que afectan a la salud, incluidas entre

⁵ Debieron pasar tres años para dar cumplimiento a esta tarea. Durante ese tiempo el Ministerio desplegó importantes esfuerzos en la implementación de una parte del Sistema de Seguridad Social y específicamente en el aseguramiento para el Plan Obligatorio de Salud, dejando un tanto descuidada su principal responsabilidad, pues es claro que la promoción y fomento de la salud constituye el eje de la reforma.

otras intervenciones, como se subraya, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades tropicales. Si observamos, las acciones definidas en el artículo 165 de la Ley 100 de 1993 se corresponden en su esencia a los programas y campañas nacionales definidos por la Ley 60 del mismo año y la Ley 10 de 1990.

Consecuente con esta interpretación y el propósito de entregar la ejecución al nivel territorial, el Gobierno nacional, mediante decreto 1525 de 1994, reglamentó la delegación definiendo en el artículo 2° los programas y campañas nacionales como aquellos dirigidos a la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, tales como la malaria, el dengue, la enfermedad de Chagas, la leishmaniasis y la fiebre amarilla, y las bacterianas como el pian, los cuales deben ser ejecutados por los departamentos y distritos conforme a la delegación que haga la nación.⁶ Como se verá más adelante, la definición surge de modificar la estrategia de erradicación para hacer hincapié en la prevención y el control integral e integrado de vectores.

Ahora bien, con arreglo al mandato del artículo 356 constitucional, según el cual “no se podrán descentralizar responsabilidades sin la previa asignación de los recursos fiscales suficientes para atenderlas”, la Nación, a través del Ministerio de Salud —hoy Ministerio de la Protección Social—, incorpora recursos en sus presupuestos anuales para garantizar el funcionamiento y los gastos operativos o de inversión propios de los programas delegados de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. La manera en que fluyen los recursos de los programas y campañas nacionales hacia las entidades territoriales es mediante la regionalización, y corresponde al análisis integral de la situación epidemiológica que caracteriza a cada entidad departamental y distrital⁷ y a los incrementos legales autorizados anualmente sobre los montos asignados en la vigencia fiscal anterior.

⁶ Allí, el reglamentador procedió parcialmente, pues no incluyó en tal definición a algunas enfermedades que caben dentro del concepto de programas y campañas nacionales y que también hacen parte de las referidas en el Plan de Atención Básica, como las campañas nacionales de vacunación, de prevención, detección precoz y control de otras enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, todas a cargo del Estado.

⁷ Es decir, que es coherente con los resultados de la revisión del comportamiento de las patologías en la realidad territorial y de los aspectos administrativos y financieros, así como de los lineamientos que orientan la forma como deben abordarse las acciones de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

Se plantea cierta inquietud acerca de las razones por las que la Nación sigue girando esos fondos a las entidades territoriales. La principal explicación es que la fórmula de distribución del situado fiscal ya estaba definida cuando se adelantó el proceso de delegación y esos recursos aún figuraban como asignados al Ministerio de Salud. Entonces, se convino hacer uso del mecanismo de la transferencia para garantizar la continuidad de los programas en el nivel territorial. De igual manera, este mecanismo se mantiene en la Ley 715 de 2001 y permite complementar los recursos destinados por el Sistema General de Participaciones para las acciones de salud pública definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de la Protección Social.

Relaciones de gestión

En cumplimiento de las normas constitucionales, legales y reglamentarias, durante 1994 y 1995 el Ministerio de Salud suscribió con los departamentos y distritos especiales convenios interadministrativos de delegación, mediante los cuales dichas entidades territoriales asumían la responsabilidad en la ejecución de los programas y campañas nacionales de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, y la Nación se responsabilizaba de brindar asistencia técnica y capacitación, diseñar las políticas públicas en materia de control de vectores de importancia en salud pública, definir fuentes de financiación y gestionar los recursos financieros y físicos para garantizar la continuidad de los programas.⁸

Estas competencias son coherentes con las que corresponde desarrollar a las entidades territoriales y a la Nación (Ministerio de la Protección Social) en relación con el PAB. Así como el PAB tiene carácter extrainstitucional, con mayor razón lo tienen los Programas de Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (PCETV). Por ende, debería evitarse restringir tanto el PAB como los PCETV al ámbito hospitalario.

Independientemente de que la entidad territorial haya obtenido o no la certificación para el manejo autónomo de los recursos, tiene derecho a recibir las transferencias y la obligación de elaborar el PAB como un componente del Plan Sectorial de Salud, y en él incorporar el programa de prevención y control

⁸ Como línea expresa y única para 1997 y 1998, los recursos de cofinanciación, a través del Fondo de Inversión Social (FIS), debían aplicarse exclusivamente a proyectos de promoción de la salud, prevención, vigilancia en salud pública y control de los factores de riesgo.

de las enfermedades transmitidas por vectores. En dicha elaboración no solo han de tenerse en cuenta los registros hospitalarios, pues bien sabemos que por falta de información, carencia de una cultura de la salud, dificultades de acceso geográfico y otras razones, no toda la población acude a recibir atención. Entonces el diagnóstico institucional debe legitimarse y el orden de prelación de las acciones debe ser construido con la comunidad, que conoce mejor sus dolencias. Ha de preverse asimismo que la ejecución de las medidas de intervención debe obedecer a criterios de coordinación departamento-municipio y distrito-localidad.

En ese sentido, tanto el PAB como el programa de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores requieren altos componentes de participación comunitaria, interterritorialidad e intersectorialidad que los hacen afines en su operacionalización. Sin estos elementos activos el sector salud podrá seguir aplicando recursos y esfuerzos sin lograr la disminución de los indicadores de morbilidad y mortalidad causadas por estas enfermedades. Esto es coherente con la distribución de competencias y con la reforma de la seguridad social en salud, pues el PAB, además, es complementario de los demás planes de beneficios.⁹

Ahora bien, tal como está preceptuado, no existe ninguna restricción para que los particulares presten algunos servicios del PAB —reservándose para sí las competencias de ley, es decir, lo indelegable, lo que no puede ser objeto del mercado de competencia regulada, como el ejercicio de la autoridad sanitaria—, ya que en el nuevo esquema el Estado solo es un garante. De esa forma, al diseñar su plan e incluirlo en el plan departamental o local de salud, las entidades territoriales pueden prever, como mecanismo apropiado para cumplir con esta obligación, la contratación con organizaciones no gubernamentales, Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS), entidades adaptadas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), alianzas de usuarios, Empresas Solidarias de Salud (ESS) o Empresas Sociales del Estado (ESE), quienes han de tener en

⁹ Bajo el numeral 3, en la distribución de competencias entre los distintos actores del sistema se presentan las acciones de promoción y prevención relacionadas con las enfermedades transmitidas por vectores, dirigidas a la colectividad y a los individuos. Estas últimas de responsabilidad directa de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) y las Empresas Sociales del Estado (ESE), para lo cual cuentan con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y del situado fiscal de subsidio a la oferta.

cuenta, además de las normas citadas, la Circular 018 de 2004,¹⁰ así como las resoluciones 3698 y 4288 de 1996, 412 y 3384 de 2000, expedidas por el entonces Ministerio de Salud.

El PAB departamental debe ser esencialmente un complemento de los PAB municipales, los cuales le brindarán asistencia técnica y supervisión, y concertarán las acciones que desborden la capacidad resolutoria del municipio. Acciones tales como las del laboratorio de salud pública, control de vectores y vigilancia epidemiológica forman parte de la responsabilidad departamental, de manera que los departamentos deben contar en sus Direcciones de Salud con la planta de personal indispensable para cumplir con estas obligaciones, descontando que en el cambio de funciones se requiere un importante equipo en el campo de la vigilancia y control institucional.

Habiéndose reconocido la prestación de servicios de salud por parte de actores privados y clarificado que las acciones colectivas y de vigilancia epidemiológica corresponden al PAB, ¿a quién competen las acciones individuales de educación y prevención, y las tradicionales actividades asistenciales de consulta, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación? En la complementación, se consideran las acciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, esto es, a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS), etc., que deben garantizarlas para sus afiliados. A su vez, mientras se perfecciona la transformación del subsidio a la oferta en subsidio a la demanda, el Estado, por medio de la red pública de hospitales, debe garantizar estas acciones a la población llamada “vinculada”, es decir a la población pobre sin capacidad de pago que aún no está afiliada a los regímenes contributivo o subsidiado, ni pertenece a alguno de los regímenes especiales.¹¹

¹⁰ En el desarrollo de las competencias consagradas en la Ley 715 de 2001, el Ministerio de la Protección Social expide los “Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004–2007 y de los recursos asignados para salud pública”, en los cuales incluye dentro de las acciones de salud pública prioritarias para el país, la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

¹¹ El legislador de 1993 permitió la existencia de regímenes especiales de seguridad social para el magisterio, los trabajadores de ECOPETROL, las fuerzas militares y de policía, y los servidores del mismo Congreso de la República. Estas excepciones contradicen principios que inspiraron la formulación de la Ley 100 de 1993, como la libre elección o la equidad.

Por último, con el fin de garantizar las acciones del programa de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, y la cobertura a la población ubicada en regiones endémicas que pertenecen a dos o más departamentos, se ha recomendado la celebración de convenios interadministrativos entre las entidades territoriales vecinas, lo cual es válido para la ejecución de las acciones del PAB.

Distribución de competencias en materia de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores

En el marco de estas precisiones, las responsabilidades en materia de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores se distribuyen entre los diferentes actores, tanto públicos como privados. Quizá por ello algunos consideran que así se estimula la desarticulación de un proceso que requiere preservar la integralidad. Ello exige de las autoridades administrativas mayor decisión en su papel de garantes de la salud pública y mejor capacidad gerencial. Esta instancia permite que nuestro Estado descentralizado, que ahora reconoce a los particulares como prestadores de servicios de salud, asuma la responsabilidad de mantener la coherencia y unidad indispensables entre los diversos servicios y prestadores.

Las competencias, acciones y procedimientos han de ceñirse a lo establecido en las resoluciones 3698 y 4288 de 1996, que adoptan la Guía Integral del Manejo de las Enfermedades Transmitidas por Vectores y definen el Plan de Atención Básica, así como a la Resolución 412 de 2000, “por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”, complementada con la Resolución 3384 del mismo año.

A grandes rasgos, se puede señalar la siguiente distribución de competencias.

La Nación

- Diseño y difusión de políticas públicas saludables y guías de atención integral para la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

- Diseño y difusión de la política sobre insecticidas de uso en salud pública.
- Definición de fuentes de financiación y cofinanciación.
- Asistencia técnica a los departamentos y distritos, y excepcionalmente a los municipios.
- Adquisición y distribución de insumos críticos (medicamentos, insecticidas y equipos).
- Consolidación, análisis y retroalimentación de la información notificada por los departamentos en vigilancia en salud pública.

El Departamento

- Asistencia técnica y acompañamiento a los municipios.
- Consolidación, análisis y retroalimentación de la información notificada por los municipios en vigilancia en salud pública.
- Distribución de insumos críticos.
- Complementación de la capacidad de los municipios.
- Impulso y seguimiento a la coordinación intersectorial e interterritorial.
- Evaluación y seguimiento de los planes municipales.
- Ejecución del programa en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.

El Municipio

- Operatividad de las acciones de control.
- Vigilancia de la incidencia y mortalidad por enfermedades transmitidas por vectores.
- Desarrollo de la coordinación intersectorial.
- Estímulo a la participación social y comunitaria.
- Direccionamiento de la población hacia los servicios de diagnóstico y tratamiento.
- Seguimiento de la observancia de los tratamientos prescritos.
- Formulación y ejecución de proyectos de promoción y fomento de la salud.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Las EPS deben garantizar el acceso a los servicios de demanda inducida, detección temprana y tratamiento.

Las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Las Empresas Sociales del Estado deben incluir en su portafolio de servicios, como parte del Plan Obligatorio de Salud (POS):

- Consulta ambulatoria para detección temprana, que incluye diagnóstico mediante toma y lectura de gota gruesa en malaria; serología, en dengue, fiebre amarilla y enfermedad de Chagas; examen parasitológico directo en leishmaniasis y demás exámenes paraclínicos.
- Prescripción del tratamiento y orientación sobre el uso de los medicamentos.
- Consulta de control, con pruebas similares a la primera vez.
- Hospitalización, cuando sea procedente, con servicios completos según el nivel de complejidad (incluye los costos de desplazamiento a los centros de atención).
- Rehabilitación integral, cuando corresponda.
- Organización de una red de servicios que permita el acceso oportuno de los afiliados y, en su caso, de los vinculados.
- Notificación diaria de los casos de malaria y dengue, y periódica de los casos de otras afecciones a la autoridad local de salud del lugar donde se hace el diagnóstico.

Algunas consideraciones sobre el potencial humano

Es cierto que fue el hospital, tanto de primer como de segundo nivel, la sede de trabajo de los promotores de saneamiento y de otros profesionales de atención primaria. Pero la responsabilidad del PAB, y por consiguiente de las campañas nacionales, es territorial, no institucional. Este potencial humano, junto con el tradicionalmente llamado “malario”, requiere actualización para ejecutar las acciones del PAB. Ambos grupos han sido formados y capacitados con una alta inversión social, tienen el perfil de trabajadores que realizan actividades extra-murales, en la comunidad o en el campo. Mientras se adopta el nuevo Manual

de Funciones de los empleos¹² del Sistema General de Seguridad Social en Salud Territorial, las Direcciones Territoriales de Salud han de adoptar prontamente la decisión más consecuente con las nuevas responsabilidades:

En el caso del personal de campañas directas “revinculado” a los departamentos y distritos, en virtud del proceso de delegación su ubicación será en las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud, por la sencilla razón de que es competencia de este nivel territorial la ejecución de los programas y campañas nacionales. El número de cargos se definió teniendo en cuenta criterios técnicos para la operación del programa y en la perspectiva de constituir grupos polifuncionales de gestores de la salud junto con los promotores de saneamiento principalmente, dada la afinidad de los perfiles. Las funciones que este personal ejecuta deben articularse con el PAB del nivel departamental, distrital o municipal, y en consecuencia no es pertinente incorporar esta responsabilidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud, por las dificultades para la coordinación del trabajo y para efectos del control presupuestario.

En los convenios interadministrativos quedó estipulada una cláusula en la cual se precisa que, en el nivel departamental, se deben fijar sedes de trabajo en los municipios endémicos con el fin de facilitar la ejecución de las acciones, articuladas con los PAB municipales. Es decir, el programa debe funcionar en forma desconcentrada y no descentralizada.

El pago de los servicios personales y de viáticos para los cargos de “malaria” está garantizado con las transferencias por regionalización de recursos del presupuesto del Ministerio de la Protección Social, las cuales se incrementan cada año de acuerdo con las disposiciones pertinentes. Aquí cabe hacer una precisión más: cuando una entidad territorial aprueba mejoras salariales, debe tener en cuenta que este personal es del nivel territorial y, por consiguiente, debe considerarlo en el cálculo de recursos que se requieran para tales efectos. El decreto 439 de 1994 es claro en esta materia, pues es improcedente que por autonomía de los departamentos y distritos se aprueben incrementos salariales para unos cargos y para otros no, o se aprueben incrementos sin la disponibilidad de recursos financieros suficientes y se trasladen los saldos faltantes a la Nación.

¹² Existe un vacío jurídico generado entre los decretos 1335 de 1990 y 1921 de 1994, que exige una pronta solución, para lo cual se requiere incorporar la experiencia de las entidades territoriales, especialmente en cuanto a las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad e intervención de los factores de riesgo y vigilancia epidemiológica.

Con respecto a los promotores de saneamiento, es prudente hacer algunas reflexiones a fin de integrar los equipos polifuncionales de salud y apoyar la decisión administrativa más adecuada. Una opción es incorporar este personal a las plantas de las respectivas direcciones de salud y asignarles funciones de acuerdo con los contenidos del PAB y las competencias territoriales, lo cual significa que se asume la ejecución del Plan directamente. Otra opción es mantener a los promotores en las plantas de personal de los hospitales, convertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE). En consecuencia, su gerente ha de estructurar un portafolio de servicios para contratar las acciones del PAB con el respectivo municipio, distrito o localidad. Ello no implica el traslado de las competencias territoriales a la institución prestadora de servicios, sino una forma de aprovechar el potencial humano y facilitar el cumplimiento de las obligaciones estatales.

En todo caso, es claro que si en la conversión en ESE, dicho personal se mantiene o se integra a estas empresas, para gestionar las acciones del PAB cada entidad debe suscribir un convenio, pues es la forma en que puede garantizarse la ejecución de las acciones y la financiación. El rubro que se debe afectar es el del situado fiscal para el PAB, pues el objeto seguramente se enmarca en las acciones del PAB municipal y, es bueno recordarlo, los dineros del situado fiscal son territoriales y no institucionales.

Si en la reestructuración de los hospitales como ESE se cree pertinente incorporar en sus plantas a este personal, con financiación proveniente del situado fiscal, ha de dejarse muy claro que se podrán incluir los servicios en el portafolio que ofrezca la empresa al departamento, distrito, municipio o localidad, pero en todo caso no se podrá facturar el costo de este personal, pues se incurriría en doble financiación. Si el personal se incluye sin financiación, entonces sí es procedente la facturación.

Cabe señalar que en su momento se recomendó que mientras los municipios se certificaran para el manejo autónomo del situado fiscal, la administración de estos recursos la haría el departamento mediante convenios interadministrativos en los que debía quedar claro cuál era el destino del recurso financiero, incluidas las acciones del PAB municipal, el cual debe elaborarse con la asistencia del departamento y adoptarse concertadamente para garantizar que obedece a las prioridades en salud pública y servicios básicos de cada municipio. Bajo estas circunstancias, el personal de salud que ejecuta el plan es del nivel departamental y se financia con recursos asignados al municipio, por lo

cual este último debe ejercer la interventoría correspondiente. Similar situación se presenta con las localidades en el caso del Distrito Capital.

La opción menos recomendable es suprimir los cargos, dado que supone la pérdida de la capacitación y, en el fondo, de la tecnología que poseen los promotores y los “malarios”, aun a pesar de los vicios y distorsiones por la deficiente gestión de estas áreas. Pueden existir otras alternativas que surgirán y se construirán en el terreno. Sin embargo, se observa una drástica reducción del personal a lo largo del tiempo.

Con esta visión integral que permite comprender la forma en que las acciones de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores están articuladas al PAB y a la distribución de competencias de acuerdo a la reforma de la seguridad social, es posible avanzar en la unificación de criterios tanto a nivel técnico-científico como administrativo y financiero, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de nuestra población.

El caso de la enfermedad de Chagas en Colombia

Antecedentes

Desde los primeros hallazgos realizados en el país a comienzos del siglo XX y la recopilación de registros e informes nuevos de los decenios de 1960 y 1970 se pudo establecer inicialmente la distribución del riesgo de transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en Colombia. Se observó mayor riesgo de infestación de viviendas por triatominos en la región oriental, con índices de infestación por encima de 20%.

En 1995 se expide la resolución 001738 del 30 de mayo del mismo año, la cual determina la obligatoriedad de realizar una prueba serológica para detectar la infección por *Trypanosoma cruzi* a todos los donantes de sangre en los bancos de sangre a nivel nacional. A la fecha, la cobertura nacional es de 100%. Se han notificado seroprevalencias cercanas a 1% al nivel nacional. Los departamentos más endémicos de la enfermedad son los que presentan mayores prevalencias: Casanare 9,58%, Guaviare 3,3%, Cesar 1,8% y Santander 1,7%.

En 1996, el Ministerio de Salud, bajo el antiguo esquema de las campañas directas, convocó a los centros de investigación nacionales con experiencia en el campo de la epidemiología de la enfermedad de Chagas, para diseñar las fases operativas de un programa de control. Se creó así el Programa Nacional de

Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y la Cardiopatía Infantil. Se programó una fase exploratoria (1998-2000) que cubriría un área de estudio de 15 departamentos, 539 municipios, 3375 veredas (secciones administrativas de un municipio o parroquia), 41 971 viviendas y diagnóstico serológico en 51 482 niños. Los estudios de campo y de laboratorio se llevaron a cabo en estrecha colaboración entre las autoridades de salud, la academia y las instituciones gubernamentales, permitiendo establecer un modelo de ponderación de factores de riesgo de la transmisión del parásito.

Se llevaron a cabo encuestas entomológicas, serológicas y de tipificación de la vivienda rural que permitieron estratificar los diferentes factores de riesgo y establecer de acuerdo a los índices que aparecen en el cuadro 2 y el algoritmo del cuadro 3 las prioridades de acción de control por municipio (IPACM).

Con esta información se elaboró un mapa de riesgo de transmisión de la enfermedad de Chagas en el que se indican los municipios de alto, mediano y bajo riesgo, lo cual permite a las autoridades de salud dirigir de manera más eficiente sus acciones de control y destinar más adecuadamente los recursos financieros (figura 1). Estos datos permiten estimar el número de municipios y la población expuesta en cada una de las categorías establecidas, tal como se muestra en el cuadro 4.

Después de realizar las encuestas serológicas y entomológicas a nivel nacional, se cuenta hoy en día con datos confiables acerca de la distribución de los vectores, los índices de infestación domiciliaria y los índices de prevalencia de infección en escolares en las áreas comprometidas.

Los resultados de la encuesta entomológica confirmaron que los principales vectores adaptados a hábitats humanos en su orden de importancia como vectores de la tripanosomiasis americana son: *Rhodnius prolixus*, *Triatoma dimidiata*, *Triatoma venosa* y *Triatoma maculata*.

Las áreas geográficas más comprometidas son Arauca, Boyacá, Cundinamarca, Santander, Norte Santander, Casanare y Meta.

El programa de prevención y control se fundamentó principalmente en la interrupción de la transmisión transfusional, la disminución de la transmisión vectorial, la reforma de la vivienda rural y el tratamiento etiológico a niños infectados.

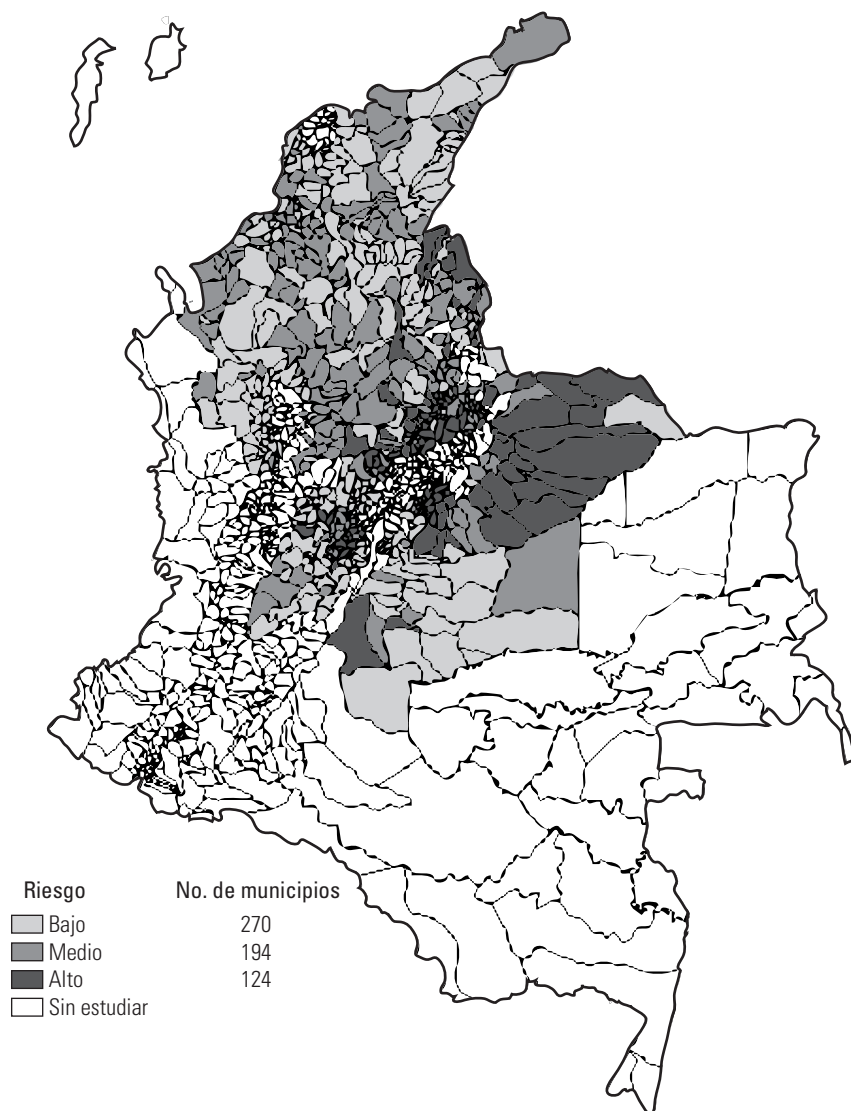
Cuadro 2. Índices de vivienda, de triatominos y de infección

A. Índice de vivienda	
Viviendas de mala calidad	Unidades de riesgo
Paredes con grietas	35
Techo de palma	35
Piso de tierra	5
Animales domésticos	5
Anexos (gallineros)	10
Densidad de habitantes	10
Total	100
B. Índice triatomínico	
Intradomiciliarios	65
Peridomiciliarios	35
Total	100
C. Índice de infección	
Niños positivos (7 a 14 años)	100

Cuadro 3. Índices de prioridad para acciones de control por municipios (IPACM)

$(II \times 0,5) + (IP \times 0,1) + (IV \times 0,2) + (IPR \times 0,2) = IPACM$	
II = Índice de infección	Riesgo bajo = 0 - 30
IP = Índice de presencia de triatominos (percepción)	Riesgo medio = 31 - 60
IPR = Índice de presencia real de triatominos (capturados)	Riesgo alto = mayor a 61
IV = Tipificación de vivienda	

Figura 1. Mapa de riesgo de la transmisión de la enfermedad de Chagas en Colombia



Cuadro 4. Municipios y población de riesgo alto, mediano y bajo de infección por *Trypanosoma cruzi*

Total municipios de riesgo alto 122	Total población de riesgo alto 1 321 288
Total municipios de riesgo mediano 184	Total población de riesgo mediano 5 698 797
Total municipios de riesgo bajo 252	Total población de riesgo bajo 7 252 536

La situación actual

Con la Ley 100 de 1993 Colombia modificó su modelo de prestación de servicios de salud mediante la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los cambios introducidos implican la universalización del aseguramiento en salud a través de la transformación de un modelo de subsidios a la oferta por uno de subsidios a la demanda. Al paciente se lo denomina cliente y el director del hospital es un gerente. Aunque la ley reglamenta el sistema de seguridad social, apenas si se menciona la salud pública como un componente de peso, y la importancia está centrada en la atención individual del paciente. En el caso de la enfermedad de Chagas no se precisa quién atiende al paciente ni cuáles son las responsabilidades de las diferentes instancias del sistema de salud.

Existe un régimen contributivo y un régimen subsidiado. En el primero la afiliación se realiza mediante el pago de una cotización de 12% sobre los ingresos del trabajador y, como ya se mencionó, es operado directamente por entidades promotoras de salud (EPS) que recaudan y contratan o prestan los servicios de salud de manera directa. El régimen subsidiado dirigido a la población más pobre y vulnerable se financia con recursos de solidaridad (1% de los contribuyentes del sistema), fondos del Estado, aportes 5%-10% a las cajas de compensación, aporte del situado fiscal, 15 puntos de 25% de las transferencias municipales¹³ y rentas cedidas (licor y tabaco).

¹³ La Ley 715 de 2001 establece que el situado fiscal y los ingresos corrientes de la Nación se integran conformando el Sistema General de Participaciones (SGP), del cual se hacen las transferencias para la atención en salud, educación y otros servicios descentralizados en los departamentos, distritos y municipios. Esta ley debe revisarse en los próximos años para introducir los ajustes que permitan hacer más eficiente el cumplimiento de las competencias y el uso de los recursos transferidos a los territorios.

Percepción sobre la descentralización de los programas de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores

El nuevo Ministerio de la Protección Social (fusión de los anteriores ministerios de Salud y de Trabajo y Seguridad Social) claramente ha perjudicado en gran medida las acciones de control de las enfermedades transmitidas por vectores en general, por falta de una adecuada coordinación y definición de políticas claras al respecto. En la actualidad hay una total falta de orientación de políticas a nivel central, por ende a nivel municipal y más aún a nivel veredal, donde el problema de salud es más grave.

La realidad actual del paciente infectado con *T. cruzi*

La atención integral del paciente chagásico crónico no está incluida específicamente en la normativa colombiana, como tampoco lo están la atención integral y el tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas en fase latente o indeterminada. Los pacientes infectados no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) ni en el PAB. Corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud incluir estos eventos en el POS o en el PAB, según el caso. Hace falta también oficializar una guía de atención para pacientes en fase indeterminada, y elaborar y dar carácter oficial a la guía de atención de pacientes crónicos.

Las actividades de control y vigilancia

El Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y la Cardiopatía Infantil ya no existe más. Actualmente los departamentos más afectados por esta endemia, perciben que no existe un programa nacional de control integral y articulado con las propuestas del Ministerio hechas antes del año 2000, y solamente se cuenta con algunas iniciativas departamentales. Esto incluye solamente un componente de control químico focalizado, pero no existe un programa de atención al paciente ni tampoco uno de vigilancia epidemiológica y entomológica. Hay excepciones en algunos departamentos en cuanto a los recursos disponibles y a la vigilancia entomológica, como son los casos de Boyacá, Casanare y Arauca.

El cuadro 4 resume las actividades de rociamiento con insecticida adelantadas a la fecha a nivel nacional.

Cuadro 4. Cobertura de las acciones de control de la transmisión de la enfermedad de Chagas en municipios de alto riesgo, 1996-2000

Departamento	Viviendas de alto riesgo	Viviendas rociadas	Cobertura* (%)
Boyacá	36 447	12 053	35,6
Casanare	16 109	8 600	53,3
Arauca N. de Santander	19 008	12 068	63,4
Santander	16 435	829	5,04
Cundinamarca	47 638	4 843	10,2
Tolima Meta	29 591	1 515	5,1
Total	10 181		22,4

* Datos suministrados por las Secretarías Departamentales de Salud.

Los departamentos no identifican los recursos dirigidos al programa de Chagas. Los recursos que se obtienen mediante las transferencias del programa nacional y del sistema nacional de participaciones se destinan a resolver los problemas inmediatos de cada departamento, y la ejecución de los programas se realiza por medio de convenios con diferentes tipos de instituciones y personas.

El cuadro 5 presenta las opiniones recogidas durante el Primer Taller Nacional sobre el Control de la Enfermedad de Chagas, llevado a cabo en Bogotá en mayo de 2005 (no hay una evaluación objetiva), sobre la descentralización del manejo de los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores a nivel central, departamental y municipal, con especial referencia a la enfermedad de Chagas.

Se reconocen elementos de orden normativo y administrativo que discrepan entre las leyes de salud pública y de ajuste fiscal, las cuales en la práctica se contradicen: la Ley 715 de 2001 fortalece las iniciativas departamentales y responsabiliza al departamento por el manejo integral del control, y la Ley 550 ordena un recorte del gasto que lleva a un debilitamiento de la capacidad técnica y operativa que también ha impactado en el nivel central. Se ha percibido también un manejo ineficiente e irregular de los recursos destinados al PAB que no ha sido controlado por el ente encargado, que es la Superintendencia Nacional de Salud.

Cuadro 5. Opiniones sobre la descentralización del manejo de los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores a nivel central, departamental y municipal con especial referencia a la enfermedad de Chagas

	Nivel nacional	Nivel departamental	Nivel municipal
Aspectos financieros	Transferencias tardías (2º semestre)	Transferencias por cuotas	Los salarios se pagan con demoras de hasta 6 meses
	Sistema financiero complejo	Se requieren horas de "antesala" para acceder a los recursos	Falta de fondos para la compra de insecticidas y operaciones de control
	Presupuesto excesivo para algunos municipios descentralizados	Control de manejo de fondos insuficiente	Las comunidades remotas son inaccesibles
Organización y manejo	Personal insuficiente encargado de las enfermedades transmitidas por vectores	Los departamentos no están listos para la descentralización	Coordinación sin experiencia y con cambios muy frecuentes
	Planes operativos de diseño inadecuado	Acciones de rociamiento muy irregulares	La aprobación para operaciones de control urgente tarda hasta un mes
	Transferencia muy débil del nivel central al departamental	Pérdida de autonomía de los coordinadores de programa	Activa participación comunitaria
	Ausencia de un comité asesor y consultivo de carácter permanente.	Activa participación comunitaria	
Recursos humanos	Fracaso del traslado de acciones y la coordinación operativa con el INS	Reducción dramática del personal operativo	Falta de supervisión de las actividades de campo
	Pérdida de personal especializado por falta del relevo necesario	El nuevo personal es transitorio. No hay continuidad	No hay entrenamiento de personal y tampoco incentivos
			Si no se paga el viático las actividades de campo se paralizan

Cuadro 5. *(continuación)*

	Nivel nacional	Nivel departamental	Nivel municipal
	Presupuesto insuficiente	La adquisición de equipos no se ha renovado desde hace varios años	No hay equipos suficientes y faltan repuestos.
Insecticidas y equipos	Proceso de licitación altamente ineficiente	Personal no calificado aplica insecticidas indiscriminadamente	La adquisición de insumos se negocia con las secretarías distritales de salud
	Falta de asesoramiento técnico en la compra de insumos y equipos	El mantenimiento de equipos y almacenamiento de insumos es inadecuado	El uniforme protector se provee de manera muy irregular

Conclusiones y recomendaciones

Las autoridades de salud departamentales y los representantes de la comunidad científica que participaron en la reunión realizada en mayo de 2005 enviaron una carta al ministro de la Protección Social solicitando que el ministerio a su cargo retome la dirección, coordinación y formulación de políticas generales de evaluación y seguimiento del programa de control al nivel nacional. Asimismo, reclama los siguientes puntos que reflejan el sentir de los departamentos en relación con el problema de la enfermedad de Chagas en sus regiones:

- Crear un organismo asesor del Gobierno para enfermedades transmitidas por vectores, incluida la enfermedad de Chagas.
- Promocionar el concepto de control integrado y gestionar la aplicación de recursos de vivienda.
- Oficializar las guías de manejo, lineamientos y protocolos de vigilancia para que sean implementados obligatoriamente.
- Centralizar la totalidad de los datos epidemiológicos para permitir su análisis y toma de decisiones.
- Retomar la articulación de los entes encargados de la investigación como apoyo fundamental a la toma de acciones y decisiones futuras.
- Idear estrategias para reducir el costo de los insumos químicos y de la incorporación al país de nuevas tecnologías, con transparencia en las

negociaciones internacionales para adquirirlas y fortalecimiento de la industria nacional.

- Promover la creación de un consejo nacional de salud como ente asesor del Gobierno central
- Promover ante el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) la asignación de recursos específicos al Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas.

Por otra parte, los programas de la vivienda están amparados por un decreto que destina fondos para el mejoramiento de la vivienda rural a municipios de alto riesgo epidemiológico relacionado con la calidad habitacional y certificado por el Servicio de Salud. Los primeros ensayos piloto se realizaron en municipios del departamento de Santander y posteriormente se extendieron a otros departamentos como Boyacá y Casanare. Se estima que, a la fecha, más de 1500 viviendas han sido beneficiadas con el programa de mejoramiento. De nuevo, se presenta aquí un caso muy claro de falta de coordinación del nivel central con los niveles departamentales y municipales para acceder de manera eficaz y adecuada a los fondos disponibles.

El mejoramiento de la vivienda rural tiene particular importancia para prevenir la transmisión de la enfermedad de Chagas, sin olvidar la necesidad de documentar en forma minuciosa las experiencias ya realizadas, utilizando con el rigor necesario las herramientas epidemiológicas adecuadas, aspecto fundamental para orientar procesos semejantes en las demás regiones chagásicas del país.

En relación con el tratamiento etiológico en niños crónicamente infectados ya existen directrices para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad de Chagas. El Ministerio de la Protección Social a través del INS es el encargado de la distribución gratuita de benznidazol en el país.

El CIMPAT, conjuntamente con el INS, la Fundación Clínica Shaio y el Instituto de Salud de Boyacá, ha liderado una primera experiencia de tratamiento controlado en 61 niños infectados en tres municipios de Boyacá. Este programa piloto concluyó con resultados muy alentadores en marzo de 2003. Se busca la utilización de este protocolo validado para la adopción de esta conducta terapéutica por parte del sistema de salud, y su aplicación en otras áreas endémicas del país. Como ya se mencionó, el control de la transmisión de la enfermedad de Chagas requiere acciones integradas, y por lo tanto el hecho de tratar a escolares obliga a los municipios a fumigar las viviendas de los jóvenes

infectados con el ánimo de evitar reinfecciones, cumpliéndose de esta manera una doble finalidad en el programa integrado de control.

A diferencia, sin embargo, de países como Chile y el Uruguay, donde los triatominos están estrictamente domiciliados, las características de las especies de triatominos que transmiten la enfermedad en Colombia determinan que en extensas regiones del país exista un riesgo permanente de reinfestación de las viviendas, algunas veces a pesar del rociado con insecticidas de acción residual. Esto implica la necesidad de establecer acciones de vigilancia epidemiológica muy bien definidas.

Por último, es importante mencionar las metas que ha programado el Ministerio de la Protección Social para el cuatrienio (Plan de Atención Básica [PAB] ETV 2004-2007, MinPS).

- Censo y caracterización de la población y viviendas para la focalización y estratificación del riesgo en la localidad y levantamiento de índices vectoriales.
- Actividades de información, educación y comunicación para orientar a la población hacia los servicios de diagnóstico y tratamiento del POS, y promoción de las medidas de control selectivo e integral.
- Acciones de control selectivo e integral con participación social e intersectorial según la focalización y estratificación del riesgo de la localidad.
- Adquisición de equipos, insumos críticos y suministros para la aplicación de medidas de control selectivo e integral del vector, según recomendación del nivel nacional.
- Conformación de la red de microscopía para el diagnóstico de malaria.
- Difusión de las guías de atención de la malaria, el dengue, la leishmaniasis y la enfermedad de Chagas, y de las normas del programa para el diagnóstico de laboratorio, protocolos de vigilancia y operación de la red diagnóstica.
- Programación y distribución de medicamentos para el tratamiento de la malaria, la leishmaniasis y la enfermedad de Chagas.
- Monitoreo y seguimiento de las actividades de diagnóstico y tratamiento de las ARS, IPS y ESE en el municipio o distrito.
- Toma y remisión de muestras al laboratorio departamental de salud pública para la vigilancia entomológica y virológica, e investigación operativa de campo.

- Recolección, consolidación, análisis y notificación al nivel superior de la información epidemiológica requerida por el programa.
- Asesoramiento, monitoreo y evaluación de las acciones de prevención y control de vectores que realicen los municipios de categorías 1, 2, 3 y especial, de su jurisdicción.

Bibliografía

- Guhl F, Restrepo M, Angulo VM, Antunes CM, Campbell-Lendrum D, Davies C (2005). Lessons from a national survey of Chagas disease transmission in Colombia. *Trends in Parasitology* 21(6):259-262.
- Guhl F (ed.). Primer Taller Internacional sobre Control de la Enfermedad de Chagas. Curso de diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad de Chagas. VI Reunión de la Iniciativa Andina para el Control de la Enfermedad de Chagas. Mayo de 2005.
- Nodo Santander, Centro de Investigación en Enfermedades Tropicales (CINTROP). Informe final de la primera fase del Proyecto Nacional de Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y la Cardiopatía Infantil, presentado al Ministerio de Salud. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 1999.
- Nodo Universidad de los Andes, CIMPAT. Informe final de la primera fase del proyecto Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y la Cardiopatía Infantil. presentado al Ministerio de Salud. Bogotá: Universidad de los Andes; 1999.
- República de Colombia, Congreso de la República, Ley 60 de 1993, derogada.
- República de Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993.
- República de Colombia, Congreso de la República, Ley 715 de 2001.
- República de Colombia, Ministerio de Salud, Decreto 1525 de 1994.
- República de Colombia, Ministerio de Salud, Resolución 001738 de 1995.
- República de Colombia, Ministerio de Salud, 3698 de 1996.
- República de Colombia, Ministerio de Salud, Resolución 412 de 2000.
- República de Colombia, Ministerio de Salud, Resolución 3384 de 2000.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Circular 018 de 2004.
- Robles Olarte JL (2000). Los programas de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores en el sistema general de seguridad general en salud. Bogotá, D. C., 1997, actualizado en el 2000.

Descentralización de las acciones de prevención, control y vigilancia de la enfermedad de Chagas

Roberto Salvatella,¹ Ángel Valencia²

La descentralización implica una distribución hacia la periferia de responsabilidades, atribuciones y recursos entre niveles de gobierno de un país, pero también, en un sentido amplio e integrador, hacia otros actores del sector social y privado. En el ámbito de la salud, el proceso de descentralización apunta a:

- adecuar la oferta de servicios a la demanda local;
- posibilitar la participación;
- dar sustentabilidad a los logros y metas obtenidos;
- estimular la coordinación intersectorial e interinstitucional;
- fomentar la equidad y el derecho a la salud.

Los hitos históricos que han ido perfilando la conceptualización de la descentralización sanitaria se pueden recoger en:

- la declaración de Alma-Ata de 1978, que impulsa la atención primaria de salud y la participación comunitaria,
- la Carta de Ottawa de 1986, que establece que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector de la asistencia sanitaria
- la declaración de Santa Fe de Bogotá de 2002 (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud), que hace hincapié en la importancia de la descentralización y la plena habilitación de las comunidades locales,
- la declaración de Rosario de 2002 (IV Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas), en la que se considera la descentralización como impulsora de procesos democráticos participativos, y al gobierno local como un espacio para el desarrollo de un nuevo contrato Estado-ciudadano.

¹ Asesor Regional en Prevención y Control de Enfermedad de Chagas.

² Consultor DPC/CD Ecuador.

Estos pasos ideológico-conceptuales se enmarcan en un proceso político que los países reflejan en sus constituciones y documentos políticos referenciales, bajo la forma de:

- administración descentralizada del Estado,
- descentralización específica de la salud,
- participación en salud,
- inserción del sector privado en la salud,
- creación de entidades autónomas o descentralizadas.

Tales contenidos, en forma clara o explícita, total o parcial, se ven reflejados en textos constitucionales de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y México, entre otros.

Dentro del sector salud, el área de control de las enfermedades transmisibles no ha sido inmune a este proceso regional, conceptual e ideológico, referido a la organización, gestión y concepción de los deberes y derechos de las comunidades y los ciudadanos en cuanto a la promoción, prevención y atención de la salud.

Dentro de las afecciones transmisibles, el control de las enfermedades transmitidas por vectores, y de la enfermedad de Chagas en particular, constituyen ejemplos interesantes a estudiar, que merecen consideraciones especiales.

Descentralización en la prevención y control de la enfermedad de Chagas

El paradigma fundacional del control de las enfermedades transmitidas por vectores fue el ordenamiento vertical de los programas de control de la malaria. En ellos, con una estructura propia, autosuficiente y de marcada autonomía en relación con el propio Ministerio de Salud y con los gobiernos e instancias locales de las áreas donde operaban, las acciones eran planificadas, ejecutadas y administradas. Era una lógica de acción independiente formulada en torno a un objetivo específico.

Sobre la base de este modelo comienzan a implementarse a finales de la década de 1950 y principios de los años sesenta los primeros programas nacionales de control de la enfermedad de Chagas en la Argentina, el Brasil y Venezuela.

Hacia finales de la década de 1970 y comienzo de los años ochenta concurren las siguientes circunstancias:

- nuevos planteamientos teórico-ideológicos en relación con el gobierno, la gestión y la administración, que promueven la participación ciudadana y subrayan la importancia de lo local;
- crisis de los presupuestos del sector salud que llevan a la falta de sustentabilidad de presupuestos “verticales” para estructuras de objetivo sanitario único con riesgo de ineficiencia;
- fracaso real o relativo de los programas de control de la malaria en relación con las metas de “erradicación”;
- aceptación de la atención primaria de salud como estrategia básica;
- ascenso del paradigma neoliberal de achicamiento del Estado;
- y, particularmente para América Latina, caída de las dictaduras militares y apertura hacia procesos democráticos que generan mayor participación ciudadana con presencia comunitaria local.

Este conjunto de nuevos condicionamientos que afectaron a los modelos vigentes condujo, junto con la necesidad de mejorar la eficacia de las actividades de prevención y control de enfermedades, a una aceptación de la puesta en práctica de programas horizontales que se integren a la atención de salud, con efectores polivalentes, participación de la comunidad, manejo transparente de los recursos y una mejor gestión.

Así, países con una larga tradición en el control de la enfermedad de Chagas reconvirtieron sus programas en procesos más o menos dificultosos, a la vez que otros nuevos desarrollaron sus estructuras en la década de 1980, en una lógica de descentralización, horizontalización, municipalización y participación comunitaria.

El embate neoliberal, político y económico característico de esa época también supuso el achicamiento del Estado y el derrumbe de estructuras verticales, con búsqueda de resultados de mejor relación costo-efectividad y costo-impacto, motivando la elección de opciones eficientes. Tales conceptos estimularon la descentralización como proceso útil, practicado con mayor o menor legitimidad, y mayor o menor suceso, según el caso.

Pueden citarse algunos ejemplos regionales en materia de control de Chagas en el marco de la descentralización:

La Argentina emprendió a fines del decenio de 1970 un proceso de descentralización en dos niveles, el orgánico-constitucional, con traslado de responsabilidades a los ámbitos provinciales en materia de salud, y consecuentemente de la enfermedad de Chagas, y el programático-operativo, con acciones dirigidas al nivel local y comunitario (caso del Proyecto María). Hoy la descentralización es un hecho y posee perfiles y grados de desarrollo y éxito propios en cada provincia.

Bolivia, en su última Constitución Nacional y en las reformulaciones del sector salud, trasladó las responsabilidades de salud pública a los niveles departamentales. El fortalecimiento de las actividades de control de la enfermedad de Chagas, impulsado por el programa nacional de control, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se ha cumplido en un estricto marco de descentralización.

El Brasil ha llevado a cabo un amplio y complejo proceso de municipalización de la salud, que incluyó el control de las enfermedades transmisibles, reconvirtiendo estructuras verticales de gran eficacia en esquemas estatales llevados a la escala del municipio. El control de la enfermedad de Chagas ganó en sustentabilidad y eficiencia, y se alcanzaron grandes logros en materia de control.

Colombia ha establecido en los departamentos su estructura operativa y de programas de control de enfermedades.

El Ecuador posee un programa de reciente creación, que hasta el momento cuenta con una amplia base de operación y coordinación en el ámbito local.

En el Paraguay, pese a haberse conservado la figura del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) y establecido en este órgano el control de la enfermedad de Chagas, la participación de hecho de las gobernaciones y otros niveles locales y comunitarios ha conducido de hecho a una mayor descentralización, que hoy se está examinando.

El Perú, con crecientes actividades de control de Chagas, depende de los gobiernos regionales para la ejecución y sustentabilidad de estas iniciativas.

El Uruguay, teniendo en cuenta las limitaciones de los recursos nacionales disponibles, desde la creación del programa de lucha contra la enfermedad de Chagas en 1972 encontró en la integración de las intendencias municipales una garantía para el trabajo descentralizado.

Venezuela, país pionero en materia de control de Chagas, vivió una larga etapa de programa nacional vertical actualmente no sustentable, y que se afianza cada vez más en el accionar coordinado de lo nacional y lo estatal.

Centroamérica, con programas de control de creación relativamente reciente, ha trabajado tradicionalmente en iniciativas de control de Chagas con esquemas horizontales, municipalizados, con apoyo comunitario y en base a la descentralización.

México, con sus acciones de control de Chagas en plena implementación, recurre claramente a un reflejo de su organización sanitaria descentralizada y traslado a los estados de la operativización del control de las enfermedades transmisibles.

En suma, un panorama en el que predomina claramente una tendencia a la descentralización del control de la tripanosomiasis americana, que debiera:

- trasladar responsabilidades y recursos a niveles más locales;
- integrar con funciones normativas, de supervisión y evaluación, a un nivel nacional que salvaguarde capacidades técnicas adecuadas, suficientes y excelentes, con un nivel municipal/local autónomo, operativo y ejecutivo de las acciones planificadas de común acuerdo.

Con la descentralización se ha ganado en:

- factibilidad del control;
- eficiencia;
- oportunidad;
- sustentabilidad;
- integralidad de acciones sobre la enfermedad;
- integración del control de Chagas al trabajo por una salud integral.

Se ha perdido o limitado:

- cierta capacidad de ejecución, supervisión y evaluación;
- el mantenimiento de ajustados cronogramas con metas y objetivos;
- la profesionalidad especializada de los recursos humanos.

Pero el balance realista, de acuerdo con la situación socioeconómica, cultural y política de los países endémicos, es altamente favorable a la concepción descentralizada del control de la enfermedad de Chagas, que por otra parte es una realidad fáctica ineludible y presente en toda América para el sector de la salud, y a la cual el control de enfermedades afortunadamente no ha sido una excepción.

Bibliografía

- Bolis M (2003). Aportes de la descentralización a la eficacia del derecho a la salud. Informe Curso Taller OPS/OMS-CIESS, México.
- Guimaraes L (2001). *Modalidades de descentralización del sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo*. Serie de Informes Técnicos N° 76. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Molina J (2003). La descentralización en los procesos de reforma sectorial: consecuencias positivas y negativas. Informe Curso Taller OPS/OMS-CIESS, México.
- Silveira AC et al. (2002). *El control de la enfermedad de Chagas en los países del Cono Sur de América. Historia de una iniciativa internacional. 1991/2001*. Brasilia: OPS.
- World Health Organization (1984). *Malaria control as part of primary health care*. WHO Technical Report Series N° 712. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2000). *WHO Expert Committee on Malaria. Twentieth Report*. WHO Technical Report Series No. 892. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2003). *Control de la enfermedad de Chagas*. Report Series N° 905. Geneva: WHO.

La descentralización en el sector salud y el control de la enfermedad de Chagas en el Ecuador

Hugo Marcelo Aguilar V.,¹ Fernando Abad-Franch,² Mario J. Grijalva³

Introducción

Se analiza aquí la situación general del sistema de salud en el Ecuador y el marco legal que regula la descentralización, en particular en ese sector. El clima de inestabilidad política y socioeconómica no ha permitido mayores avances en cuanto a la transferencia de competencias y la ejecución de una reforma sectorial que permita superar aspectos sensibles del sistema sanitario ecuatoriano, tales como la fragmentación, la insuficiencia de personal, la baja cobertura y la deficiente calidad de los servicios.

Los procesos de descentralización y reforma inacabados han permitido la supervivencia de organismos como el Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos —actual denominación del antiguo Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM)—, encargado del control de varias enfermedades vectoriales, y ello ha posibilitado el desarrollo de nuevos programas de control, como el de la enfermedad de Chagas.

Desde finales del decenio de 1990 se ha realizado un importante esfuerzo científico y técnico por actualizar la situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en el país, la factibilidad del control y la definición de prioridades y zonas de intervención. Sobre la base de los actuales datos probatorios, la comunidad científica ha realizado un valioso trabajo de difusión informativa y promoción para la movilización de voluntades políticas que ha culminado en la creación del Programa Nacional de Control de Chagas y su financiamiento. El siguiente paso —el control efectivo de la enfermedad— requerirá renovados esfuerzos.

¹ Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”, Zona Norte.

² Laboratório de Biodiversidade em Saúde – Entomologia, Centro de Pesquisas Leônidas y Maria Deane, FIOCRUZ, Manaus, AM, Brazil.

³ College of Osteopathic Medicine, Department of Biomedical Science, Ohio University.

El desafío de la creación de programas de control de enfermedades en el marco del Sistema Nacional de Salud, donde necesariamente van a coexistir estructuras antiguas con formas de organización descentralizadas, constituye una valiosa oportunidad para desarrollar nuevos sistemas de gestión y acción, combinando con inteligencia lo vertical con lo horizontal, lo nacional con lo local, lo normativo con la acción, y aprendiendo de los errores y aciertos de la descentralización y las reformas que han impactado positiva o negativamente en los sistemas de salud de América Latina.

El sector salud en el Ecuador

Desde comienzos del decenio de 1990, el país ha realizado esfuerzos importantes pero insuficientes para organizar y viabilizar una nueva institucionalidad sectorial en materia de salud, más eficiente y efectiva. La descentralización cuenta con un marco legal significativo, pero muchos analistas lo consideran contradictorio y confuso. Destacamos las siguientes leyes vigentes: la Ley Especial de Descentralización y Participación Social (1997), la Ley Reformatoria de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1998), la Constitución Política del Ecuador (1998), la Ley de Seguridad Social (2001), la Ley del Sistema Nacional de Salud (2002) y el actual proceso de reforma del Código de la Salud (en el Congreso se alista el segundo debate). Este nuevo marco legal no ha sido asimilado del todo por el sector salud, produciéndose tensión entre los tradicionales programas existentes y las nuevas iniciativas puestas en marcha. Por otro lado, aún no se ha terminado de definir la reglamentación, por lo cual existen vacíos que dificultan la aplicación de políticas nacionales encaminadas a construir el Sistema Nacional de Salud. El cambio de estructura del Estado a un sistema de administración por procesos en un escenario de inestabilidad política y administrativa ha generado en el Ministerio de Salud —organismo rector de las políticas sanitarias— un debilitamiento institucional como consecuencia de la pérdida de jerarquías y organización técnica que le permita cumplir con la función que le corresponde.

El sistema de salud ecuatoriano cuenta con varias instituciones que ofrecen servicios de manera desarticulada e ineficiente: el Ministerio de Salud Pública, que cubre 30% de la demanda de servicios y tiene a su cargo la provisión de prestaciones de asistencia sanitaria a toda la población; el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (19% de la demanda); las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (2,5%); la Junta de Beneficencia (3%), otros organismos públicos

(2%), las organizaciones no gubernamentales (3%) y el sector privado (17%). Las instituciones que brindan seguros de salud son: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que incluye el seguro social campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), el Programa Nacional de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (que si bien no funciona como un verdadero seguro presenta características de universalidad, constitución de fondos locales solidarios y pago parcial por producción), y los servicios privados de atención de salud (incluidos los de medicina prepagada). Se estima que aproximadamente 25% de la población ecuatoriana no tiene acceso a la asistencia sanitaria.

Aunque actualmente se dispone de instancias legales y estructuradas tales como el Consejo Nacional de Salud (CONASA), aún falta establecer un ente efectivo que coordine la construcción de políticas dentro del sector. Cabe señalar el funcionamiento fraccionado y descoordinado de las diversas instituciones del sector y la cuestionable calidad de servicios ofrecida, así como la falta de personal, todo lo cual exige en el país cambios más profundos que superan los límites sectoriales y requieren de fuertes liderazgos que aún no han aparecido.

Perfil epidemiológico

El Ecuador presenta un perfil epidemiológico complejo, en el que coexisten enfermedades transmisibles con características endémico-epidémicas, una mortalidad materno-infantil elevada pese a los significativos avances logrados en el control de enfermedades inmunoprevenibles, y una creciente mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas. A ello se suman la alarmante escalada de diversas formas de violencia que se han convertido en primera causa de mortalidad —especialmente entre los varones jóvenes— y los problemas mentales relacionados con el estrés y la desintegración familiar producida por la migración.

La población ecuatoriana proyectada para 2005 es de 13 215 089 habitantes. Se estima que 4 990 661 personas viven en situación de pobreza y extrema pobreza, de las cuales apenas 12% (534 714 personas) cuentan con algún tipo de cobertura de salud, mientras que 88% (4 455 947 personas) no tienen ningún tipo de cobertura. Para este grupo poblacional el impacto del gasto directo en salud es catastrófico en comparación con el resto de la población; además, el gasto directo se destina principalmente a servicios de tipo curativo y a medicamentos.

El escenario de la descentralización

La Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social (Ley 27, Registro Oficial 169, 8/10/97) se basa en los principios de autonomía, progresividad, eficiencia, agilidad, coparticipación en la gestión pública y solidaridad social. La participación social se habrá de sustentar en los principios de democracia, equidad social y de género, pluralismo, respeto y reconocimiento de los valores de los pueblos indígenas, negros y demás grupos étnicos.

La descentralización del Estado se define como la transferencia definitiva de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, de que son titulares las entidades de la Función Ejecutiva, hacia los gobiernos seccionales autónomos, a efectos de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales.

La desconcentración del Estado es el mecanismo mediante el cual los niveles superiores de un ente u organismo público delegan en forma permanente el ejercicio de una o más de sus atribuciones así como los recursos necesarios para su cumplimiento, a otros órganos dependientes, provinciales o no, que forman parte del mismo ente u organismo.

La participación social es el sistema mediante cual se involucra activamente a todos los sectores sociales en la vida jurídica, política, cultural y económico-social del país, a fin de mejorar las condiciones de vida del ciudadano, con miras a una más justa distribución de los servicios y los recursos públicos.

La ley prevé que la transferencia de competencias será responsabilidad del Presidente de la República y de los ministros de Estado, y el ministro de Finanzas tendrá a su cargo el punto crítico de la Ley Especial de Distribución de 15% del Presupuesto del Gobierno central para los gobiernos seccionales.

En el Capítulo II de la Ley Especial de Descentralización se encuentran los principales lineamientos que orientan la descentralización en salud. A continuación se destacan los más relevantes.

El artículo 9 determina que la función ejecutiva transferirá definitivamente a los municipios las funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, en especial financieros, materiales y tecnológicos de origen nacional y extranjero, para el cumplimiento de las atribuciones y responsabilidades que se detallan seguidamente:

- planificar, coordinar, ejecutar y evaluar programas integrales de salud, nutrición y seguridad alimentaria para su población, haciendo hincapié en los grupos de mayor riesgo social, garantizando la participación activa de la comunidad, de las organizaciones de salud formales y tradicionales, y de los otros relacionados;
- construir, dotar, equipar y mantener la infraestructura física de los servicios de atención primaria de salud, garantizando las normas de bioseguridad;
- fortalecer la planificación, ejecución, control y evaluación de proyectos y obras de saneamiento básico.

En el Capítulo V de la misma ley se apuntan los principios de la participación social. Además de las institucionales reconocidas en la Constitución política y las leyes de la República, se reconocen como legales las entidades sociales de carácter territorial, tales como los comités de barrio, las federaciones barriales y las juntas parroquiales. Esto apunta a la coparticipación y cogestión del Estado y la comunidad, lo que representa un marco de gran potencial para la gestión de la salud desde la lógica de la promoción.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (publicada en Registro Oficial No. 670, de 2002), recientemente en vigencia prevé que los objetivos del sistema nacional de salud deben apuntar a ofrecer: (a) cobertura universal de salud y acceso equitativo a la atención sanitaria; (b) descentralización y desconcentración del sistema; (c) protección integral a la población; (d) coordinación sectorial; (e) participación ciudadana; y (f) construcción de entornos saludables.

El marco legal ha resultado insuficiente por sí solo para dar un impulso decisivo al proceso de descentralización. A ello ha contribuido en forma determinante la inestabilidad política del período de vigencia de las actuales leyes que regulan el proceso de descentralización. Desde 1998, cuando se sancionaron las principales leyes en esta materia, se han sucedido cuatro presidentes de la República cuyos gobiernos han sido débiles y, por lo tanto, han carecido de la fuerza política necesaria para hacer efectivos los lineamientos de la descentralización del Estado.

Políticamente el proceso de descentralización ha sido impulsado por los líderes de la derecha en la costa, y especialmente en la ciudad de Guayaquil, y se ha centrado en las rentas urbanas. La presión sobre la descentralización

se ha vinculado sobre todo con algunos intereses locales particulares, pero el tema ha tenido escaso peso en la agenda política de los partidos y los movimientos sociales. Así, salvo excepciones, la descentralización ha sido débilmente reivindicada.

Se registran experiencias específicas de diversos municipios y consejos provinciales en la gestión de salud en el Ecuador. Cabe destacar los esfuerzos de los municipios de Quito y Guayaquil en la creación de servicios de asistencia sanitaria y varias iniciativas relacionadas con la promoción de la salud. En el caso de Guayaquil, el municipio ha emprendido también tareas de control de vectores. Merece especial mención el municipio de Atuntaqui, que solicitó oficialmente la delegación de competencias en salud y desarrolló un sistema local manejado por la municipalidad del Cantón. Otros municipios pequeños y algunos consejos provinciales han realizado diversas acciones específicas en salud a través de patronatos que dirigen sus actividades hacia ciertos grupos de población vulnerables, pero no exentas de intereses proselitistas de cada gobierno seccional.

Desconcentración del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud Pública emprendió en 1990 un proceso de fortalecimiento de los servicios básicos de salud. La iniciativa, que contó con el apoyo del Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE), financiado por el Banco Mundial, significó un importante esfuerzo de ampliación de la cobertura. Para ello, se desarrollaron sistemas locales conocidos como Áreas de Salud, que se manejan con desconcentración financiera y mayores atribuciones en la gestión local de salud. El sistema permitió mejorar las capacidades técnicas y administrativas de los niveles locales y aumentó los espacios de participación de la comunidad en la gestión de la salud.⁴

Históricamente, el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) tenía a su cargo el Control de la Enfermedad de Chagas y de las grandes endemias. En 1998, en el contexto de la propuesta de descentralización del país se procuró cambiar la estructura del servicio. El SNEM está constituido por un nivel

⁴ La organización política del Ecuador se estructura en cuatro niveles: nacional, provincial, cantonal (o municipal) y parroquial. El primer nivel corresponde al Gobierno Nacional; en las provincias gobiernan los consejos provinciales y en los cantones las autoridades municipales, todos ellos designados por elección popular directa. Las Áreas de Salud coinciden en su mayoría con la división cantonal.

central en Guayaquil, conformado por los Departamentos de Epidemiología, Operación de Campo y Administrativo. Las diez zonas operativas de campo se constituyen con diversas provincias: I Pichincha, II Pastaza, III Guayas-Cañar, IV Loja-Zamora, V Los Ríos-Cotopaxi-Bolívar, VI Manabí, VII Esmeraldas, VIII El Oro-Azuay, IX Sucumbíos-Napo y X Guayaquil (urbano). Cada zona cuenta con un jefe, personal administrativo, equipo de laboratorio, un epidemiólogo, supervisores y trabajadores de campo. La propuesta presentada apuntaba a que se incorporara al SNEM un Departamento de Control de Vectores directamente vinculado con la estructura de las Direcciones Provinciales de Salud.

Al igual que sus homólogos en América Latina, el SNEM se ha caracterizado por ser un servicio vertical; sin embargo, a comienzos del decenio de 1990 incorporó una importante red de colaboradores voluntarios, personas de la comunidad que eran entrenadas para la toma de muestras sanguíneas y la administración de tratamientos supresivos. El servicio llegó a establecer una importante red en la que participaban unas 6000 personas en las zonas urbanas y rurales; hacia finales del decenio de 1990 la red se había reducido a unas 3000 personas. Esto coincidió con el crecimiento de la red de diagnóstico de malaria y la incorporación del diagnóstico y tratamiento antimaláricos a los servicios generales de salud de las zonas endémicas. No obstante, la principal actividad del SNEM era el control químico de vectores, tarea que orientaba en gran medida su quehacer institucional.

Entre 1990 y 1995 el Proyecto FASBASE impulsó la incorporación de varias estrategias de combate global para el control de la malaria, y entre 1999 y 2000 se llevó cabo un importante esfuerzo de implementación de la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”. Estos proyectos no tuvieron continuidad, pero gracias a ellos muchos técnicos del SNEM modificaron su enfoque respecto del control de las enfermedades tropicales, pasando de una actitud de prescindencia en relación con la participación de otros organismos a una posición que procura extender las acciones para sumar la mayor cantidad posible de socios.

La resistencia al proyecto por parte del poderoso sindicato del SNEM dio al traste con la iniciativa y el decreto de cambio debió anularse. En esencia se mantiene la estructura tradicional que por ahora sigue siendo una organización por procesos, acorde con la modalidad adoptada por el Estado ecuatoriano. Las principales razones del fracaso fueron: (a) un decreto impuesto sin negociación previa ninguna; (b) el cambio de dependencia patronal de los trabajadores a las direcciones provinciales, lo cual desde la perspectiva sindical debilitaría la

organización, y (c) la histórica reticencia del sector sindical de la salud a cualquier tipo de cambio.

El SNEM perdió protagonismo y liderazgo en el campo de la salud pero aumentó la participación de otros organismos, tales como los servicios generales de salud y los organismos seccionales en el control de las enfermedades tropicales. Este escenario multisectorial favorable en el que convergen los servicios en el ámbito de la salud, los municipios y otros organismos seccionales, además de diversas organizaciones sociales, requiere del vigoroso liderazgo del Ministerio de Salud.

Municipios como el de Guayaquil, y otros en menor grado, se han hecho cargo de algunas acciones de control de vectores, lamentablemente sin coordinación técnica y operativa con el Ministerio de Salud, de modo que las acciones tienen más bien visos de asistencialismo que de prevención en áreas urbanas críticas, lo que los técnicos denominan “fumigación política”. Esto tiene que ver ciertamente con la cultura popular de la “fumigación”, una acción demandada en forma permanente por las comunidades que pone de relieve la necesidad de abordar un desafío pendiente: la creación de una cultura de control integral, participativo y responsable en lugar de ser objeto de una “fumigación” a cargo del Estado.

A estas alturas, la permanencia de una estructura técnica y administrativa del Servicio Nacional de Control de Vectores debe entenderse como una ventaja para desarrollar estrategias posibles y participativas con todas las instancias que tienen responsabilidad legal en la gestión de salud. La creación del Programa Nacional de Control de Chagas no habría sido posible sin la existencia del SNEM. Se ha hecho un esfuerzo para armonizar la estructura vertical restante y orientarla hacia la rectoría técnica, la asesoría para niveles provinciales y locales, la investigación operativa y la organización de un programa con base local que incluya la participación de todos los actores estatales y sociales, además de otros organismos de cooperación externa.

Actualmente el SNEM mantiene una organización similar en sus niveles centrales y de campo, pero funciona con una estructura por procesos denominada Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos. Sus acciones dependen en gran medida del apoyo político y financiero, sujeto a fluctuaciones de marcada inestabilidad.

La gestión del programa

Datos históricos de la enfermedad

Al parecer la transmisión de la enfermedad de Chagas en el Ecuador existe desde épocas preincaicas en la provincia de Manabí. La enfermedad habría afectado también a algunos de los militares españoles que iniciaron la conquista del valle del río Portoviejo (Aguilar et al., 1999).

La presencia de *Triatoma dimidiata* (chinche) en el litoral ecuatoriano fue registrada en 1811 por el entomólogo francés Pierre André Latreille, quien describió la especie sobre la base de ejemplares capturados en el Ecuador. En 1917, Tamayo asoció la picadura de triatomas con cuadros clínicos caracterizados por tumefacciones locales, edema y fiebre. En 1927, Arteaga comprobó casos de infección humana por triatomos en la zona del ferrocarril de la Costa, que unía a Guayaquil con los campos petroleros de Salinas en la Península de Santa Elena. Estudios subsecuentes mostraron que la enfermedad de Chagas era una afección endémica urbana en la ciudad de Guayaquil. Se describió la “grande y profusa distribución de *T. dimidiata* en casi todo el perímetro urbano donde infestaba casas de caña, madera, construcciones mixtas, inclusive en áreas centrales de la ciudad”. Las zonas contiguas a los cerros de Santa Ana y El Carmen se describen como las más afectadas (Abad-Franch y Aguilar, 2003).

En los años cuarenta y cincuenta se detectaron nuevos focos de la enfermedad en el litoral del país, particularmente en las provincias de Guayas, Los Ríos, Manabí y en regiones templadas de las provincias andinas de Loja, Azuay y Bolívar. En esa época se definió el área endémica del Ecuador, constituida por el litoral, los valles cálidos interandinos y las estribaciones occidentales de la cordillera de los Andes. La descripción reciente de focos autóctonos de transmisión de *Trypanosoma cruzi* en las provincias amazónicas de Sucumbíos y Napo amplía el área endémica tradicionalmente conocida en el Ecuador (Amunárriz et al., 1991; Chico et al., 1997, revisión por Aguilar et al., 1999).

La preocupación por la salud pública ha variado en diversas épocas. En el período comprendido entre 1950 y 1960 este interés se reflejó de manera significativa en las acciones y en la documentación científica producida por el Instituto Nacional de Higiene de Guayaquil y el SNEM. En 1984, el SNEM, con el apoyo del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanza sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de la OMS, realizó la más importante y extensa investigación seroepidemiológica, entomológica, de vivienda y reservorios de

T. cruzi en el país, y es la referencia obligada para el análisis actual de la evolución de la dinámica de transmisión.

Durante las dos últimas décadas la enfermedad de Chagas fue literalmente olvidada por los organismos de salud. Se generalizó el poco afortunado criterio de que la tripanosomiasis está desapareciendo por efecto de los rociamientos antimaláricos y el mejoramiento de la vivienda campesina. Sin embargo, algunas investigaciones específicas mostraron la persistencia de la transmisión activa de *T. cruzi* en focos antiguos, el establecimiento de nuevos focos (especialmente en la Amazonia) y el carácter de endemia urbana de la enfermedad de Chagas en Guayaquil. En el decenio de 1990 el problema cobró actualidad y se realizaron investigaciones que contribuyeron a la puesta al día de los datos epidemiológicos. El conocimiento de esta realidad pone de relieve la verdadera dimensión del problema y permite verificar que la enfermedad de Chagas constituye un grave problema de salud para las poblaciones afectadas.

Las investigaciones sistemáticas ayudaron a superar algunos mitos muy difundidos entre técnicos de los servicios, tales como: “no hay Chagas porque no se observan casos de la enfermedad”; “no hay chinches porque no se encuentra en las visitas domiciliarias para el control del dengue y la malaria”; “la enfermedad de Chagas no es importante en la población porque no hay demanda de la gente”; “solo a los investigadores les gusta la enfermedad de Chagas y la encuentran”.

En 1999, utilizando algunos datos y proyecciones de estudios preliminares se estimó que en el Ecuador aproximadamente 2 240 000 personas, de un total de 12 millones, estaban expuestas al riesgo de infección por *T. cruzi*; entre 120 000 y 150 000 serían seropositivas, y aproximadamente 50% de estas serían portadoras de cardiopatía (Aguilar et al., 1999). Las encuestas subsiguientes mostraron datos similares a los estimados y sirvieron para que la comunidad científica, los servicios de salud y las autoridades sanitarias prestaran atención al tema.

El control de la enfermedad de Chagas

En los pasados 40 años, el control de esta enfermedad se realizó mediante campañas antichagásicas ocasionales consistentes en el rociamiento de viviendas con insecticidas residuales. En 1987 el SNEM llevó a cabo una campaña vertical de rociado con malatión en Guayaquil y en varias localidades del valle del río Portoviejo. Se trató de la última intervención en gran escala diseñada para

reducir la transmisión de la enfermedad de Chagas en el país; desde entonces no se realizaron acciones específicas contra los triatomíneos domésticos (es posible que hayan producido algún efecto los rociamientos con piretroides realizados por el SNEM para el control de la malaria). Ocasionalmente, los trabajadores del SNEM rociaban viviendas infestadas por triatomíneos en respuesta a demandas de la gente, pero estas intervenciones no se realizaron en el marco de un programa estructurado para el control de la endemia, por lo que carecieron de recursos específicos y de continuidad. El hecho de que, además, no hayan sido documentadas en casi ninguna ocasión, impide evaluar su efecto.

En 1997, la República del Ecuador adhirió a la Iniciativa de los Países Andinos para el control de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). En 1999, y sobre la base de los datos obtenidos por las investigaciones de campo, se empezó a reconocer la importancia del problema y se encargó a un grupo de expertos la definición de lineamientos técnicos generales para desarrollar un programa de control. Diversos grupos de investigación procuraron definir el estado actual de la enfermedad de Chagas, y a pesar de las dificultades financieras y la inestabilidad política del país en los últimos años lograron establecer las bases científicas y técnicas. Así, entre 2001 y 2002 se elaboraron propuestas técnicas y operativas para el mejoramiento del control de Chagas y se dio un impulso definitivo a las actividades de campo (Aguilar et al., 2001; Abad-Franch et al., 2001).

El Programa Nacional de Control de Chagas se creó mediante el Acuerdo Ministerial No. 632 del 30 de octubre de 2003, fecha en la que se designó un Jefe de Programa y se reasignaron fondos para la realización de las actividades iniciales. El programa contaba en 2005 con una partida de US\$ 250 000 del presupuesto regular del Ministerio de Salud. Actualmente se encuentra en una fase de estructuración y fortalecimiento, a la vez que se realizan acciones de control en varias zonas endémicas del país y muy especialmente en la Provincia de Loja. Para la concreción de estos logros, resultó determinante el acceso a posiciones de poder en el Ministerio de Salud, de personas comprometidas con el refuerzo de las estrategias de control.

En 2004 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador incluyó por primera vez en su agenda de prioridades el control de Chagas, junto con otras enfermedades de alta trascendencia epidemiológica, tales como la malaria, el dengue, la tuberculosis, el SIDA, la rabia, la leishmaniasis, el cáncer cervicouterino,

la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades prevenibles por vacunación. Las orientaciones técnicas apuntan a desarrollar estrategias de cantones, vivienda, escuelas y espacios de trabajo saludables para el control de los vectores del dengue, la malaria y la enfermedad de Chagas, incluido el “Chagas urbano”.

Durante muchos años la prevalencia de la enfermedad de Chagas en el Ecuador fue subestimada (Abad-Franch y Aguilar, 2003). Como ya se mencionó, las investigaciones realizadas por diversos grupos de trabajo de 1997 a la fecha han permitido actualizar la situación epidemiológica de la enfermedad y han llevado a la conclusión de que el Chagas constituye un problema central de la salud pública en el país. Los estudios sobre la transmisión de *T. cruzi* en la región amazónica han establecido que se trata de una situación endémica con transmisión continua por vectores selváticos que invaden las viviendas y no una transmisión ocasional o accidental, como se sostenía anteriormente (Grijalva et al., 2003; Aguilar et al., 2004).

Los esfuerzos deberán redoblar-se para llevar a cabo acciones continuas y sistemáticas hasta lograr el impacto epidemiológico deseado y conseguir la eliminación o el control de la transmisión vectorial, según el caso, y el control de la transmisión de *T. cruzi* por transfusión.

La actualización epidemiológica

En el Ecuador, las zonas de riesgo (donde la transmisión vectorial existe con certeza o es probable que exista) abarcan 183 cantones (121 Áreas de Salud) en 20 provincias. De los aproximadamente 8,4 millones de personas que viven en estas zonas, entre 3 millones y 5 millones son especialmente vulnerables debido a las características de sus viviendas o a su condición de pobreza.

La prevalencia general de la infección por *Trypanosoma cruzi* probablemente alcanza a 1,38% de la población general (0,65% en la Sierra, 1,99% en la Costa y 1,75% en la Amazonía). Entre 165 000 y 170 000 personas son seropositivas en el país. La mayor tasa de prevalencia corresponde a Loja y El Oro (= 5%), y Guayas es la provincia con mayor número de personas infectadas (> 65 000). En ausencia de medidas preventivas, unas 4400 personas adquieren la infección cada año (incidencia de aproximadamente 36 por 100 000 habitantes por año). Los perfiles de mortalidad (7,7 muertes por 1000 seropositivos por año) indican que unas 1300 personas fallecen cada año por causas directamente relacionadas con la enfermedad de Chagas. Unos 33 500 pacientes sufren formas

crónicas sintomáticas. Al menos 31 700 personas padecen cardiopatía (25 500 formas leves y > 6200 formas graves) y más de 1670, enfermedad digestiva (1580 leves y 90 graves).

La carga social y económica asociada puede cuantificarse en términos de (a) pérdidas económicas (gastos médicos y pérdidas de productividad) que alcanzarían los US\$ 23 millones al año (y sin duda superan los 10 millones por año) y (b) pérdidas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (por muertes prematuras y por discapacidad asociada a las formas crónicas), que ascienden a casi 35 600.

El principal vector de la enfermedad de Chagas en el Ecuador es *Triatoma dimidiata*. Abunda en Guayas y Manabí, aunque se ha encontrado en todas las provincias de la Costa, incluidas varias ciudades. La especie fue probablemente introducida en forma artificial, por lo que es exclusivamente doméstica-peridoméstica y puede ser erradicada. *Rhodnius ecuadoriensis* actúa como vector primario en los valles interandinos de Loja y El Oro, y como vector secundario en zonas de la Costa donde existen poblaciones silvestres (asociadas con palmas de tagua).

Triatoma carrioni es un vector importante en zonas andinas de Cañar, Azuay y Loja. *Rhodnius pictipes* y *Rhodnius robustus* son vectores silvestres en la Amazonia. *Panstrongylus rufotuberculatus*, *P. chinai* y *P. geniculatus* pueden colonizar viviendas y transmitir la enfermedad. *P. herreri* y *P. howardi* representan un peligro potencial. Otras especies de triatomíneos presentes en el país, tales como *T. venosa*, *T. dispar*, *Eratyrus mucronatus*, *E. cuspidatus* y *Cavernicola pilosa*, parecen exclusivamente silvestres y no representan riesgo alguno para la salud.

Las estrategias de prevención deben incluir tres componentes: control de la transmisión vectorial, tamizaje de las donaciones de sangre y atención a las personas infectadas.

El control de vectores comprende acciones de: (a) investigación entomológica (infestación doméstica y peridoméstica) y epidemiológica (perfiles de seroprevalencia —en especial en menores de 15 años—, morbilidad y mortalidad), (b) rociamiento de viviendas con insecticidas de acción residual y (c) vigilancia entomológica (detección y eliminación de reinfestaciones y focos residuales de vectores) y epidemiológica (diagnóstico precoz y tratamiento de casos agudos). Las acciones deben tener continuidad temporal para evitar reinfestaciones-rebrotes y contigüidad geográfica, cubriendo todas las zonas de riesgo.

Seroepidemiología de la infección humana para *T. cruzi*

El más amplio estudio seroepidemiológico (Grijalva et al., 2003) realizado sobre 14 850 muestras sanguíneas representativas de las zonas de riesgo reveló una prevalencia de 3,08% para el país; en la Amazonia se registra 3,25% de seropositivos, 3,03 en la Costa y 2,3% en la Sierra (cuadro 1). La Costa es ciertamente la zona de especial interés en salud pública por su importancia demográfica. En estudios de alcance limitado sobre población abierta en Piñas (El Oro) se halló 11% de seropositivos (Córdova et al., 1999). Más recientemente, se informaron prevalencias de 0,4% (Manabí), 1,2% (Guayas), 16,4% (El Oro) y 3,9% (Pichincha) (Garzón et al., 2002). Encuestas realizadas por el Programa Nacional de Control de Chagas en diversas localidades no investigadas anteriormente informaron prevalencias de 1,40% en Manabí, 3,25% en Guayas, 8% en Sucumbíos y 3,5% en Orellana.

De acuerdo con estimaciones realizadas considerando tasas de mortalidad relativamente bajas, unas 300 personas mueren cada año por causas directamente relacionadas con la enfermedad de Chagas. En cuanto a la incidencia, las estimaciones mencionadas indicaron que puede esperarse que alrededor de 3000 personas adquieran la infección cada año en ausencia de medidas eficaces de control.

En 1998, la prevalencia en donaciones al banco de sangre del hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil ascendió a 6% (Romero et al., 1998). En 1999, Guevara y sus colaboradores informaron tasas de prevalencia de 1,1% en el banco de sangre de la Cruz Roja de Guayaquil y de 6,9% en el banco de sangre de Machala (Guevara et al., 1999). En 2000, el análisis

Cuadro 1. Seroprevalencia de infección por *Trypanosoma cruzi*: estudios de campo 1997-2002

Región	Muestras*	Prevalencia	Observaciones
Costa	5 550	3,03%	Las tasas más altas se observan en El Oro
Sierra	1 300	2,30%	Las tasas más altas se observan en Loja
Amazonia	8 000	3,25%	Transmisión con perfil endémico
País	14 850	3,08%	

* Número aproximado de muestras analizadas.

de más de 70 000 donaciones recibidas por el banco de sangre de Quito (> 90% del total) demostró un 0,1% de seropositividad.

Si se toman en cuenta solamente los estudios disponibles realizados en los bancos de sangre de las principales ciudades después de 1995, las seroprevalencias alcanzan 0,1% en Quito (área no endémica y con baja inmigración desde zonas endémicas) y 4,4% en Guayaquil (área endémica y receptora de inmigrantes rurales de zonas endémicas).

Aspectos clínicos y parasitológicos de la enfermedad de Chagas

Los datos históricos muestran que desde los primeros años del decenio de 1920 el diagnóstico de cuadros clínicos compatibles con el signo de Romaña era habitual en diversos hospitales de Guayaquil. En 1942, Varas señaló que esta forma de edema periorbitario era extremadamente frecuente en la ciudad (Varas, 2002). Estudios subsiguientes continuaron mostrando esta tendencia. Galindo revisó una serie de 560 casos agudos de los archivos del Instituto Nacional de Higiene (INH); la mayoría de estos pacientes provenían de las provincias de Guayas, Manabí, El Oro y Los Ríos. También en la región amazónica se han diagnosticado casos de enfermedad de Chagas aguda; por lo general, los pacientes eran niños que presentaban cuadros febriles con edema generalizado, hepatosplenomegalia y signos de miocarditis.

El establecimiento de un sistema de vigilancia clínica de casos agudos con microscopistas del SNEM entrenados para detectar *T. cruzi* en la investigación de hematozoarios en la provincia amazónica de Sucumbíos, ha permitido la identificación habitual de casos de Chagas agudos en niños de la zona, donde también se han descrito casos de cardiopatía chagásica y un caso de forma digestiva de la enfermedad en autóctonos de la Amazonia (Aguilar et al., 2004).

La cardiopatía chagásica ha sido señalada como la forma crónica sintomática predominante. Galindo ha demostrado etiología chagásica en 20% de 150 pacientes con patología cardíaca en Guayaquil. De los pacientes chagásicos, 20,7% tenían menos de 40 años y presentaban cardiopatía severa (Abad-Franch y Aguilar, 2003). En 1968, Gómez informó que 1,4% de un grupo de 1537 personas residentes en Guayaquil aparentemente sanas y escogidas al azar presentaba alteraciones del electrocardiograma compatibles con cardiopatía chagásica. Kawabata y sus colaboradores encontraron que 40% de 154

seropositivos de la provincia de El Oro presentaban alteraciones del electrocardiograma (en comparación con 8% de los seronegativos), incluido 64% de los mayores de 60 años; 22% de los seropositivos mayores de 40 años sufrían bloqueo completo de rama derecha. La prevalencia de anomalías del electrocardiograma fue menor entre los seropositivos del Guayas que entre los procedentes de El Oro.

Se ha estimado de modo conservador que al menos 14 000 pacientes sufren diferentes grados de cardiopatía crónica de origen chagásico en el Ecuador. La enfermedad crónica con afectación del sistema digestivo también está presente en el país, con casos tanto de megaesófago como de megacolon descritos en pacientes de varias provincias. Se calcula que las formas digestivas pueden representar alrededor de 3% de todos los pacientes chagásicos del Ecuador y Guevara (comunicación personal) ha sugerido que el megacolon podría ser más frecuente que la enfermedad cardíaca en El Oro. Sin embargo, no cabe duda de que la mayoría de los casos de enfermedad de Chagas no son diagnosticados por el débil sistema de atención primaria del país.

Mediante electroforesis de enzimas, Garzón y sus colaboradores caracterizaron 10 cepas de *T. cruzi* aisladas de pacientes crónicos (sintomáticos y asintomáticos) y vectores (*T. dimidiata*) en el litoral (Garzón et al., 2002). Los resultados muestran que los tres zimodemas principales de Miles (Z1, Z2 y Z3) circulan en la zona *T. cruzi* I (Abad-Franch y Aguilar, 2003).

Vigilancia epidemiológica

Desde 1978 la enfermedad de Chagas se considera de notificación obligatoria en el Ecuador. Aunque es indudable que las estadísticas derivadas de la notificación epidemiológica ignoran la mayoría de los casos (que no se diagnostican y en ocasiones no se notifican), es posible rescatar datos específicos de interés. Entre 1990 y 2003 se notificaron casos de enfermedad de Chagas en 17 provincias del país; solo en cuatro provincias andinas (Carchi, Cotopaxi, Tungurahua y Chimborazo) y en Galápagos no se registraron casos durante el citado período. Aunque es claro que estos datos no reflejan la situación epidemiológica de la endemia chagásica, sirven como trazador de detección de la enfermedad por los servicios de salud.

Existe en el Ecuador la obligación legal de analizar todas las donaciones de sangre para detectar la presencia de anticuerpos anti-*T. cruzi*. Sin embargo, la

aplicación efectiva de la norma legal debe mejorar en forma sustancial e incluir esquemas rigurosos de control de calidad y dotación de estuches diagnósticos, equipamiento y reactivos, además de estandarización de las técnicas. Estas mejoras deberían acompañarse de políticas adecuadas de formación del personal de laboratorios y de intervenciones informativas dirigidas tanto a los usuarios como a los responsables de la gestión de los bancos de sangre.

Estratificación de riesgo

Se evaluó la presencia (registrada o potencial) de las 15 especies de triatominos notificadas en el país y la existencia de informes acerca de la transmisión de la enfermedad (seropositividad, casos registrados o ambos) en cada uno de los cantones de las 22 provincias del Ecuador.

Con esta información se asignó cada cantón a un estrato de riesgo. En el caso de algunos cantones de provincias andinas (región Sierra) se tuvo en cuenta que la presencia de vectores es poco probable en algunas parroquias, esencialmente en razón de la gran altitud (en general, por encima de 2000-2200 metros) de la mayor parte de su territorio. Esta información se incorpora en las tablas de riesgo y se refleja en la calificación de los cantones como la “rebaja” de un nivel de riesgo.

Se caracterizaron los siguientes estratos (cuadro 2):

Riesgo muy alto (nivel I) (uno o más de los siguientes criterios):

- Presencia *registrada* de poblaciones domiciliadas de cualquiera de las dos especies de vectores primarios (*Triatoma dimidiata* y *Rhodnius ecuadoriensis*) o de *T. carrioni*.
- Presencia *altamente probable* de poblaciones domiciliadas de vectores primarios.
- Datos probatorios de *transmisión* importante con vectores domiciliados.

Riesgo alto (nivel II) (uno o más de los siguientes criterios):

- Presencia *registrada* de poblaciones domiciliadas de vectores candidatos (*Panstrongylus rufotuberculatus*, *P. chinai*).
- Presencia *probable* de poblaciones domiciliadas de vectores primarios.
- Datos probatorios de *transmisión* moderada (en el caso de la Amazonia, datos de transmisión por vectores no domiciliados).

Cuadro 2. Riesgo de transmisión de la enfermedad de Chagas en el Ecuador: consolidación de datos demográficos/socioeconómicos según estratos de riesgo por cantones

País	Muy alto	Alto	Medio	Total
Número de cantones	94	53	36	183
Población	6 685 699	965 195	696 140	8 347 034
Población de zonas rurales	2 060 369	633 891	465 098	3 159 358
Población pobre	3 917 023	719 738	532 153	5 168 914
Número de viviendas	1 341 988	187 124	144 249	1 673 361
Viviendas deficitarias	961 352	170 878	125 696	1 257 926
Habitantes de viviendas deficitarias	4 842 633	882 300	605 347	6 330 280

Riesgo medio (nivel III) (uno o más de los siguientes criterios):

- Presencia probable de poblaciones domiciliadas de *T. carrioni*.
- Presencia registrada o altamente probable de poblaciones no domiciliadas de *R. ecuadoriensis*, de *T. carrioni* o de vectores candidatos (*Panstrongylus rufotuberculatus*, *P. chinai*, *P. geniculatus*).
- Sin datos probatorios de transmisión activa (salvo informes de casos aislados en Esmeraldas).

Riesgo bajo (nivel IV): presencia de triatominos no involucrados en transmisión de *T. cruzi* a humanos.

Riesgo nulo (nivel V): sin datos probatorios de la existencia o posible existencia de vectores; persiste la posibilidad de transmisión por vía transfusional y de aparición de casos congénitos en hijos de mujeres seropositivas (inmigrantes o transfundidas).

Población en riesgo. De los cálculos presentados en los cuadros anteriores se desprende que 68,7% de los habitantes del país (aproximadamente 8,3 millones de personas) residen en cantones cuya situación entomológica-epidemiológica indica riesgo de transmisión de la enfermedad de Chagas (que representan 84% de los cantones del país). De ellos, al menos 6,5 millones viven en zonas que pueden considerarse de alto riesgo (con presencia registrada o

altamente probable de poblaciones domiciliadas de vectores importantes y/o seroprevalencias entre moderadas y altas).

Población más vulnerable. Las personas que residen en viviendas de baja calidad (aproximadamente 4,8 millones) y cuya situación económica es más desfavorable (alrededor de 4 millones) tienden a presentar mayor vulnerabilidad respecto del contagio de *T. cruzi* mediado por vectores. El censo de población de 2001 indica que 11,1% de las viviendas del país son altamente deficitarias (descritas como “mediaguas, ranchos, covachas y chozas”); aplicando este porcentaje a las zonas de riesgo, y considerando que el promedio de habitantes por vivienda es igual al estimado para dichas zonas en general (4,99), se puede estimar que alrededor de 920 000 ecuatorianos habitan en las casi 185 000 viviendas altamente deficitarias que se encuentran en zonas de riesgo, lo que los coloca en una situación de muy alta vulnerabilidad.

La población rural (aproximadamente 3,2 millones de personas, incluida la periferia de los núcleos urbanos) también puede considerarse en general como más vulnerable, puesto que los índices de infestación de viviendas por triatominos tienden a ser más bajos en las ciudades. Sin embargo, la presencia de *T. dimidiata* en zonas urbanas de la Costa hace que el riesgo para sus pobladores se mantenga; esta situación se analiza con más detalle más adelante.

Con respecto a la relación entre los índices de pobreza de consumo y de déficit de servicios residenciales básicos en cantones con riesgo de transmisión de la enfermedad de Chagas, la aparente correlación positiva, más marcada en la Costa, sugiere que los habitantes de cantones con más pobreza de consumo tienden a ocupar viviendas en peores condiciones, lo que probablemente aumenta su vulnerabilidad respecto de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas.

Estimación de la prevalencia de infección humana

Se estima que 7750 niños y jóvenes menores de 15 años podrían estar infectados en el país; todos ellos deberían recibir tratamiento antiparasitario específico (benznidazol). Más de 130 000 ecuatorianos de 20 a 64 años de edad (población económicamente activa) son seropositivos. El cuadro 3 presenta la prevalencia estimada de infección humana por *T. cruzi* en el Ecuador.

Cuadro 3. Estimación de la prevalencia de infección humana por *Trypanosoma cruzi* en el Ecuador

Provincia/Región	Población ^a	PE (%)	Infectados	PN (%)
Azuay	599 546	1,50	8 993	—
Bolívar	169 370	0,25	423	—
Cañar	206 981	1,00	2 070	—
Carchi	152 939	0,01	15	—
Cotopaxi	349 540	0,04	140	0,3
Chimborazo	403 632	0,04	161	—
Imbabura	344 044	0,02	69	—
Loja	404 835	5,00	20 242	8,1
Pichincha	2 388 817	0,15	3 583	0,1 ^b /3,9 ^c
Tungurahua	441 034	0,00	0	—
Sierra	5 460 738	0,65	35 696	0,14^b/2,3^c
El Oro	525 763	4,50	23 659	11,9
Esmeraldas	385 223	1,00	3 852	—
Guayas	3 309 034	2,00	66 181	3,2
Los Ríos	650 178	1,50	9 753	1,5 ^d
Manabí	1 186 025	1,50	17 790	1,2
Costa	6 056 223	2	121 235	3,68
Morona Santiago	115 412	1,50	1 731	—
Napo	79 139	1,50	1 187	3,2
Orellana	86 493	2,00	1 730	2,9
Pastaza	61 779	2,00	1 236	2,1
Sucumbíos	128 995	2,00	2 580	1,8
Zamora Chinchipe	76 601	1,50	1 149	—
Amazonia	548 419	1,75	9 613	2,61/3,25^e
Galápagos	18 640	0,00	0	—
Región Insular	18 640	0,00	0	—
Zonas no delimitadas	72 588	1,00	726	—
Total país	12 156 608	1 376,00	167 270	0,8 b/3,4^c

PE: prevalencia estimada

PN: prevalencia notificada (desde 1997, excepto Los Ríos)

^a Datos del VI Censo de población (fuente: INEC [www.inec.gov.ec])^b Incluido el banco de sangre de Quito (70 000 muestras, año 2000)^c Excluidos los datos del banco de sangre de Quito^d Único dato disponible (población escolar rural, año 1955)^e Incluidas 1011 muestras de Napo/Orellana

Vectores: aspectos críticos del control

La extraordinaria biodiversidad del Ecuador se refleja también en la subfamilia Triatominae (que agrupa a los reduvidos hematófagos y por tanto incluye a todos los vectores conocidos de la enfermedad de Chagas). Se ha señalado la presencia de 18 especies (más de 13% de todas las conocidas en el mundo) en el territorio de la República (cuadro 4).

Se considera que *T. dimidiata* es el principal vector doméstico del país, seguido por *R. ecuadoriensis*, *T. carrioni*, *Panstrongylus rufotuberculatus* y *P. chinai*. Todos ellos han sido señalados como transmisores de la enfermedad en diversas áreas de los focos andinos y del litoral, y se piensa que *R. pictipes* y *R. robustus* son vectores importantes en la región amazónica, quizá con alguna participación de *P. geniculatus*.

Cuadro 4. Especies de Triatominae identificadas en el Ecuador

Tribu	Género	Especie
Cavernicolini	<i>Cavernicola</i>	<i>Cavernicola pilosa</i>
Rhodniini	<i>Rhodnius</i>	<i>Rhodnius ecuadoriensis</i> <i>Rhodnius pictipes</i> <i>Rhodnius robustus</i> <i>Rhodnius prolixus</i> ^a
		<i>Triatoma dimidiata</i> <i>Triatoma carrioni</i> <i>Triatoma venosa</i> <i>Triatoma dispar</i> <i>Triatoma infestans</i> ^a
Triatomini	<i>Panstrongylus</i>	<i>Panstrongylus chinai</i> <i>Panstrongylus rufotuberculatus</i> <i>Panstrongylus geniculatus</i> <i>Panstrongylus herreri</i> <i>Panstrongylus howardi</i> <i>Panstrongylus lignarius</i> ^a
	<i>Eratyrus</i>	<i>Eratyrus mucronatus</i> <i>Eratyrus cuspidatus</i>

^a Registros sin confirmar.

Tipos de vectores: clasificación epidemiológica

Vectores primarios. Dos especies de triatominos actúan como vectores primarios en el Ecuador. Los datos de estudios biogeográficos, morfométricos y genéticos indican que las poblaciones ecuatorianas de *Triatoma dimidiata* fueron importadas desde Mesoamérica (probablemente el área Guatemala-Honduras-El Salvador). No hay, de hecho, informes que permitan suponer que existen poblaciones silvestres de *T. dimidiata* en el país, y su estrecha adaptación a ambientes humanos se refleja claramente en su capacidad para colonizar zonas urbanas. El caso de *Rhodnius ecuadoriensis* es más complejo: por tratarse de un triatomo autóctono del occidente de Ecuador, las poblaciones silvestres son abundantes en algunas zonas del país. Estas poblaciones se asocian, como en prácticamente todas las especies de *Rhodnius*, con palmeras (*Phytelephas aequatorialis*, la palma de tagua o cade, en el caso de *R. ecuadoriensis*); sin embargo, la distribución de poblaciones domésticas de esta especie se extiende hacia el sur (hasta el Departamento de La Libertad, en el Perú) mucho más allá del límite biogeográfico de las palmeras. Esto puede indicar que las poblaciones domésticas de *R. ecuadoriensis* en las zonas semiáridas del interior de Loja (quizá también de algunas partes de El Oro) se extendieron pasivamente y actúan como vectores primarios en estas áreas. En Manabí, Los Ríos y partes del Guayas y Pichincha, *R. ecuadoriensis* actuaría en cambio como vector secundario, con *T. dimidiata* como ocupante primario del ecotopo doméstico.

Vectores secundarios. Pertenecen a especies nativas con capacidad demostrada de invadir y colonizar viviendas (colonización doméstica y peridoméstica). Es frecuente que estas especies permanezcan en sus hábitats silvestres hasta que los vectores primarios son eliminados por las acciones de control. En este momento la competencia por los ambientes humanos disminuye y los vectores secundarios tienden a ocuparlos. Algunos ejemplos de este comportamiento se han observado en el Brasil, donde especies como *T. brasiliensis* y *T. sordida* sustituyen a *T. infestans* cuando esta es eliminada, y en Centroamérica, donde *T. dimidiata* ocupa el nicho que deja vacante *R. prolixus*.

Para hacer frente a este fenómeno, las estrategias de control (no de erradicación) deben tener continuidad en el tiempo (con evaluaciones entomológicas y reintervenciones periódicas) e incorporar desde su inicio un fuerte componente de vigilancia con participación de las comunidades. Así, las reinfestaciones por especies de vectores secundarios (cuyas poblaciones silvestres escapan al

control químico) pueden ser eliminadas sin que se produzcan repuntes significativos de la incidencia de infección por *T. cruzi*.

En el Ecuador, el principal vector secundario es sin duda *R. ecuadoriensis*, que en la costa central podría beneficiarse de la eliminación de *T. dimidiata*. En las zonas andinas del sur del país, *T. carrioni* sustituirá probablemente a las poblaciones locales de *R. ecuadoriensis* cuando estas sean suprimidas por las acciones de control. Es necesario observar que las especies secundarias pueden, como en este caso, ser vectores más eficientes de la enfermedad de Chagas humana. Así, los perfiles epidemiológicos locales indican que *R. ecuadoriensis* es mejor vector que *T. dimidiata*, mientras que *T. carrioni* es probablemente más eficiente que *R. ecuadoriensis*. Esto indica que, si las acciones carecen de continuidad, la eliminación de vectores primarios puede agravar la situación epidemiológica a medio y largo plazo.

Endemia chagásica en la Amazonia ecuatoriana

Un estudio seroepidemiológico llevado a cabo en las provincias amazónicas de Napo, Sucumbíos, Pastaza y Orellana notificó una prevalencia global de 2,91% para *T. cruzi* en 6839 muestras procedentes de 158 comunidades. Resultaron seropositivas 31,6% de las comunidades analizadas, con rangos de prevalencia que variaron entre 23,8% y 0,34% (Grijalva et al., 2003).

Se encontraron portadores de *T. cruzi* en todos los grupos de edad y la prevalencia se incrementó progresivamente con la edad hasta llegar al máximo en el grupo de 60 a 70 años y luego se redujo. El 53,3% de los seropositivos fueron menores de 15 años de edad (la proporción de población joven es mayoritaria en la Amazonia). El incremento de la prevalencia de seropositivos con la edad es característica de zonas endémicas con transmisión continua, generalmente con vectores domésticos y sin intervención de control. La reducción de la prevalencia en edades avanzadas se explica por la mortalidad específica de la enfermedad.

Es importante definir si los niños y los jóvenes han estado más expuestos a la transmisión de *T. cruzi* durante los últimos 20 años a causa de los profundos cambios ambientales provocados por la fase intensiva de explotación petrolera y colonización del bosque amazónico que pudieron condicionar una mayor exposición de las personas a las picaduras de los triatominos silvestres. Se están realizando estudios de riesgo en diferentes estratos forestales, naturales y

modificados a fin de establecer las asociaciones correspondientes (Aguilar et al., 2004).

En el estudio sobre la dinámica de transmisión de *T. cruzi* en la Amazonia ecuatoriana que se está llevando a cabo actualmente, se realiza un análisis comparativo de las localidades rurales y urbanas. En el área indígena de Guacamayo, asentada sobre selva secundaria, la seroprevalencia fue de 8,02% mientras que

Cuadro 5. Clasificación epidemiológica de los vectores de la enfermedad de Chagas en el Ecuador

Vectores	Especie	Área	Observaciones
Primarios	<i>Triatoma dimidiata</i>	Guayas y Manabí; partes de Los Ríos, El Oro, Pichincha, Bolívar y quizás Esmeraldas	Importado: erradicación posible con acciones de amplia cobertura. Registros aislados: Esmeraldas, Pichincha, Bolívar, Loja. Dos registros en la Amazonia deben ser confirmados.
	<i>Rhodnius ecuadoriensis</i>	Loja, valles interandinos de El Oro	Secundario en Manabí, Los Ríos y partes de Pichincha, El Oro y Guayas (quizás Esmeraldas y precordillera en Carchi, Bolívar, Cañar y Azuay).
Secundarios	<i>Triatoma carrioni</i>	Azuay, Cañar y Loja; partes de El Oro y de Zamora Chinchipe	Andes; silvestre en partes de Carchi, Pichincha, Cotopaxi, Imbabura, Bolívar y el límite Guayas-Cañar.
Candidatos	<i>Panstrongylus chinai</i> ^a	Loja, partes de El Oro	Zonas áridas del sur
	<i>Panstrongylus rufotuberculatus</i>	Costa (algunos cantones)	Doméstico en El Oro y Pichincha
Silvestres	<i>Rhodnius pictipes</i>	Amazonia	Asociado a palmeras
	<i>Rhodnius robustus</i>	Amazonia	Asociado a palmeras
	<i>Panstrongylus geniculatus</i>	Amazonia y Costa	Ambas vertientes de los Andes
	<i>Panstrongylus herreri</i> ^b	Amazonia	Doméstico en el norte del Perú

^a Probablemente *P. howardi* (encontrado solo en Manabí) es la misma especie.

^b Probablemente *P. lignarius* es la misma especie.

en una zona urbana de Lago Agrio, la mayor ciudad amazónica del Ecuador, se encontró una prevalencia de 2,27%. La mayor prevalencia del área rural se asocia con el predominio de selva secundaria y plantaciones alrededor de las viviendas; palmeras con colonias de triatominos próximas; viviendas muy permeables al ingreso de insectos y poco uso de mosquiteros. Es evidente el fenómeno de invasión de triatominos en las viviendas y el contacto de la población con estos vectores es habitual. La infestación de casas fue de 0,75% en la zona urbana y de 10,57% en la zona rural; en ningún caso se obtuvieron datos probatorios de colonización (Aguilar et al., 2004).

El cuadro 5 presenta la clasificación epidemiológica de los vectores chagásicos en el Ecuador.

Prioridades para el control de la transmisión vectorial

Área I (máxima prioridad)

Definición y delimitación. Zonas en las cuales la presencia de vectores primarios (*T. dimidiata* y poblaciones sureñas de *R. ecuadoriensis*) ha sido demostrada recientemente o es altamente probable. Se excluyen algunos cantones donde esa presencia ha sido notificada solo ocasionalmente, y puede por tanto sospecharse que los vectores mencionados no tienen una amplia distribución.

Provincias de Manabí, Guayas, El Oro y Loja; todo el territorio de estas provincias corresponde a cantones con riesgo de transmisión vectorial muy alto.

Características demográficas y operativas. Las principales de estas características se presentan en los cuadros 6 y 7. Se destacan las estimaciones de población más vulnerable (esencialmente la que se encuentra en situación de pobreza) y de viviendas deficitarias, así como los núcleos urbanos donde puede encontrarse *T. dimidiata*.

Las acciones de control (investigación + control + vigilancia) supondrán una protección efectiva para unas 5 360 000 personas, de las cuales más de 3 millones viven en situación de pobreza. Durante las evaluaciones entomológicas se deberá prestar especial atención a las más de 700 000 viviendas deficitarias. Las encuestas serológicas deberían planificarse con el supuesto de que en los estudios deberían incluirse aproximadamente 1 800 000 menores de 15 años (unos 435 000 dependientes de centros sanitarios rurales) y 153 000 embarazadas para que la cobertura fuese completa.

Cuadro 6. Área I (prioridad máxima): características demográficas

Provincia	Población	Pobreza	Población rural	Viviendas	Viviendas deficitarias	Menores de 15 años	< 15-DCR	MEF	MEF-DCR
Manabí	1 180 375	827 501	568 680	214 018	172 467	441 574	194 020	307 844	138 060
Guayas	3 256 763	1 679 463	595 706	664 206	457 266	1 059 245	148 131	859 975	122 820
El Oro	515 664	248 038	122 266	105 707	75 738	170 650	33 820	132 110	25 460
Loja	404 085	334 508	221 452	82 880	24 362	159 625	59 345	113 020	41 890
Total	5 356 887	3 089 510	1 508 104	1 066 811	729 833	1 831 094	435 316	1 412 949	328 230

DCR: población dependiente de establecimientos de salud rurales.

MEF: mujeres en edad fértil.

Cuadro 7. Área I (prioridad máxima): características operativas

Provincia	Cantones	Áreas Salud	Parroquias urbanas (>20 000 habitantes)	Vector primario
Manabí	21	12	Portoviejo, Manta, El Carmen ^a , Chone ^a , Jipijapa, Montecristi, Calceta, Rocafuerte, Bahía de Caráquez, Tosagua, Santa Ana, Flavio Alfaro ^a	<i>Triatoma dimidiata</i>
Guayas	28	28	Guayaquil, Eloy Alfaro, Milagro, La Libertad, Daule, Balzar, Velasco Ibarra, Santa Elena, El Triunfo, Naranjito, Salinas, Santa Lucía, Tarifa, General Villamil, Pedro Carbo, Naranjal, San Jacinto de Yaguachi, Colonche, El Salitre (Las Ramas), Manglaralto, Colimes, Alfredo Baquerizo Moreno	<i>Triatoma dimidiata</i>
El Oro ^a	14	9	Machala, Santa Rosa, Pasaje, Huaquillas, El Guabo	<i>Rhodnius ecuadoriensis</i>
Loja ^a	16	13	Loja ^b , Cariamanga ^c	<i>Rhodnius ecuadoriensis</i>
Total	79	62	[Total de habitantes: 4 352 355]	

^a Zonas urbanas con menor riesgo (la presencia de *Triatoma dimidiata* ha sido señalada solo ocasionalmente).

^b Un solo registro de *T. dimidiata*; posibilidad de colonias periurbanas de *T. carrioni*.

^c Posibilidad de colonias periurbanas de *T. carrioni*.

Intervenciones. Las intervenciones deberán seguir el esquema básico que se propone a continuación. El objetivo general será detectar y eliminar las poblaciones domésticas y peridomésticas de vectores primarios en un período máximo de tres años desde el inicio de las intervenciones en cada área geográfica, manteniendo en forma estable índices de infestación por debajo de 2%. Vinculados a este objetivo están los de (a) interrumpir la transmisión de *T. cruzi* a personas por vectores domésticos, peridomésticos o ambos; (b) instaurar un sistema de vigilancia entomológica y epidemiológica; (c) definir el perfil de seroprevalencia en menores de 15 años y mujeres embarazadas en las zonas de intervención.

El costo promedio de cada visita a una unidad domiciliaria para evaluación entomológica y rociado es de aproximadamente US\$ 25 (hay informes de valores entre US\$ 6,5 y US\$ 30 por vivienda), de los que alrededor de US\$ 10 corresponden al insecticida (aunque esta fracción del costo podría reducirse a la mitad) y el resto a costos operativos. Si un programa efectivo debe cubrir unas 700 000 unidades domiciliarias (cobertura de 97,2% de las viviendas susceptibles de intervención), de las que aproximadamente 190 000 (27%) precisarán tratamiento, el costo total podría estimarse en US\$ 12,4 millones, esto es, un promedio de US\$ 17,7 por cada unidad domiciliaria cubierta, con lo cual la población protegida sería de unos 3,5 millones (una inversión de US\$ 3,54 por persona). Esta evaluación entomológica podría realizarse en los tres primeros años del programa, incluidas las segundas visitas y los tratamientos a las unidades domiciliarias infestadas. A continuación, sería necesario presupuestar un gasto aproximado de US\$ 160 000 dólares anuales para visitas (10 000 unidades domiciliarias por año) y rociado (1000 unidades domiciliarias por año) en el contexto de la vigilancia entomológica.

La implementación del sistema de vigilancia entomológica requerirá aproximadamente US\$ 205 000 dólares en el primer año e incluye:

- instalación de dos laboratorios de referencia (US\$ 66 500);
- instalación de unidades de vigilancia en las Áreas de Salud (US\$ 6200);
- actividades de formación (cursos y talleres) (US\$ 69 800);
- instalación de sistemas de detección pasiva de infestaciones (cajas sensoras) en 25 000 unidades domiciliarias (US\$ 50 000);
- coordinación general (de la totalidad de las actividades del programa) (US\$ 12 000).

El costo anual de mantenimiento del sistema se estima en aproximadamente US\$ 59 000.

La investigación serológica debe realizarse de modo simultáneo; los menores de 15 años y las mujeres embarazadas deben incluirse en la encuesta serológica. En los dos primeros años sería necesario realizar aproximadamente 2 millones de exámenes. Considerando un costo unitario de US\$ 4 por examen, el costo total ascendería a US\$ 8 millones. Después de este período inicial, la evaluación del impacto de las intervenciones exigirá realizar unas 5000 serologías al año (US\$ 20 000 por año). Además, debería contemplarse una segunda encuesta de mayor alcance en el décimo año del programa (500 000 exámenes, con un costo aproximado de US\$ 2,5 millones, calculando un costo de US\$ 5 por examen).

Debe tenerse en cuenta asimismo que las actividades del programa permitirán identificar a un número considerable de pacientes y resultará imperativo brindarles atención sanitaria adecuada. Deberán presupuestarse gastos para benznidazol (unos US\$ 25 000 el primer año, con aumentos significativos en los años inmediatamente posteriores para dar cobertura a los seropositivos susceptibles de tratamiento) y para garantizar otros cuidados que necesitarán los pacientes (US\$ 150 000 el primer año y un total de US\$ 1,75 millones en 10 años). La inversión total para un programa de 10 años ascendería a US\$ 30 113 900.

El cuadro 8 presenta el cálculo de la inversión anual necesaria para diversas actividades de control de Chagas en cuatro provincias ecuatorianas.

Área II (prioridad alta)

Definición y delimitación. Zonas donde la presencia de vectores primarios (*T. dimidiata* y poblaciones sureñas de *R. ecuadoriensis*) ha sido señalada en alguna ocasión aislada o es probable, y zonas donde la presencia de poblaciones domésticas de *T. carrioni* es conocida o altamente probable (en ausencia de vectores primarios).

Esta definición incluye varias zonas donde los datos son escasos o están desactualizados. Siguiendo la estratificación de riesgo por cantones propuesta, el Área II comprende los cantones con riesgo alto o medio-alto de las siguientes provincias:

- Pichincha: cantones Santo Domingo de los Colorados, Pedro Vicente Maldonado, Puerto Quito y San Miguel de los Bancos.

Cuadro 8. Inversión anual para el control de la enfermedad de Chagas en Manabí, Guayas, El Oro y Loja

Componente/años	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Control vectorial ^a	6 200 000	7 750 000	1 600 000	160 000	160 000	160 000	160 000	160 000	160 000	160 000
Serología	4 000 000	4 000 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	2 500 000
Laboratorios de referencia	66 500	29 000	29 000	29 000	29 000	29 000	29 000	29 000	29 000	29 000
Vigilancia entomológica	126 000	18 200	18 200	18 200	18 200	18 200	18 200	18 200	18 200	18 200
Coordinación general	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000
Benznidazol	25 000	150 000	140 000	600	400	200	100	100	100	100
Atención a pacientes	150 000	500 000	400 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Total	10 579 500	12 459 200	2 219 200	339 800	339 600	339 400	339 300	339 300	339 300	2 819 300

^a Incluye las encuestas entomológicas y las acciones de control relacionadas con la vigilancia entomológica longitudinal.

- Bolívar: cantón Chimbo.
- Cañar: cantones Azogues, Biblián y La Troncal.
- Los Ríos (todos los cantones de la provincia).

Zonas no delimitadas (Las Golondrinas, La Concordia, Manga del Cura y El Piedrero).

En Azuay, por motivos operativos y por la sospecha de que *T. carrioni* pueda colonizar unidades domiciliarias en cantones colindantes con los de mayor riesgo (Cuenca, Paute, Girón, Gualaceo, Santa Isabel y Pucará), se incluyen todos los cantones de la provincia.

Características demográficas y operativas. En los cuadros 9 y 10 se presentan los principales datos.

Intervenciones. Las líneas fundamentales de intervención expuestas en el apartado anterior son en general válidas para el Área II, en especial cuando pueda confirmarse la presencia de *T. dimidiata*. En otras zonas la presencia de *T. carrioni* hará necesario hacer hincapié en la implementación de un fuerte sistema de vigilancia entomológica, ya que las reinfestaciones aparecerán probablemente

Cuadro 9. Área II (prioridad alta): características demográficas

Provincia	Población	Pobreza	Población rural	Viviendas	Viviendas deficitarias	Menores de 15 años	<15-DCR	MEF	MEF-DCR
Pichincha	326 511	184 582	116 853	65 439	50 348	102 385	40 860	88 010	38 570
Los Ríos	650 709	468 314	325 991	126 142	110 496	226 475	83 990	161 090	62 290
Bolívar	3 829	3 435	2 830	764	762	1455	1455	945	945
Cañar	129 963	105 732	69 864	28 247	23 806	51 785	26 115	35 915	17 520
Azuay	599 550	367 419	286 242	132 825	82 054	220 455	102 300	161 892	64 919
ND	72 170	55 489	72 170	13 502	13 246	22 600	22 600	19 450	19 450
Total	1 782 732	1 184 971	873 950	366 919	280 712	625 155	277 320	467 302	203 694

DCR: población dependiente de establecimientos de salud rurales

MEF: mujeres en edad fértil

ND: zonas no delimitadas

Cuadro 10. Área II (prioridad alta): características operativas

Provincia	Cantones	Áreas Salud	Viviendas urbanas	Viviendas rurales	Vectores
Pichincha	4	2	42 019	23 420	<i>Triatoma dimidiata</i> , <i>Panstrongylus rufituberculatus</i> , <i>Rhodnius ecuadoriensis</i>
Los Ríos	12	6	62 948	63 194	<i>Triatoma dimidiata</i> , <i>Rhodnius ecuadoriensis</i>
Bolívar	1	1	199	565	<i>Triatoma dimidiata</i>
Cañar	3	2	13 062	15 185	<i>Triatoma carrioni</i>
Azuay	14	9	69 216	63 609	<i>Triatoma carrioni</i>
ND	4	-	0	13 502	<i>Triatoma dimidiata</i>
Total	38	20	187 444	179 475	

ND: zonas no delimitadas

al cabo de un tiempo. Otros vectores potenciales (*P. chinai*, *P. rufotuberculatus*) podrían asimismo colonizar unidades domiciliarias ya tratadas. En algunas zonas de Pichincha y Los Ríos (y quizás en otras áreas de la precordillera en Cañar y Azuay) las poblaciones silvestres de *R. ecuadoriensis* podrían plantear problemas similares.

El objetivo general para el Área II será detectar y eliminar las poblaciones domésticas y peridomésticas de vectores en un período máximo de tres años desde el inicio de las intervenciones en cada área geográfica, manteniendo en forma estable índices de infestación por debajo de 5%. Otros objetivos incluirán: (a) limitar la transmisión de *T. cruzi* a personas por vectores domésticos, peridomésticos o ambos, a casos esporádicos (seroconversión en menores de 15 años por debajo de 1 por 100 000); (b) instaurar un sistema de vigilancia entomológica y epidemiológica; (c) definir el perfil de seroprevalencia en menores de 15 años y mujeres embarazadas en las zonas de intervención.

El costo global a 10 años ascendería a US\$ 8 994 900, una inversión de US\$ 5 por habitante protegido (US\$ 0,50 por habitante y año).

Área III (prioridad media; necesidad de investigación operativa)

Definición y delimitación. La definición del nivel de prioridad del Área III atribuye un peso mayor a la situación epidemiológica (en términos de seroprevalencia) que a las especies de vectores. Esto se debe a dos factores principales: por un lado, estudios dirigidos por Mario J. Grijalva han proporcionado un conocimiento extenso y actualizado sobre la prevalencia de anticuerpos anti-*T. cruzi* en la zona; por otro, no hay datos inequívocos sobre la dinámica de transmisión vectorial. Se dispone sin embargo de información valiosa (aunque limitada) sobre la ecología de las especies potencialmente involucradas.

El Área III está constituida por las seis provincias de la región amazónica ecuatoriana (Sucumbíos, Napo, Orellana, Pastaza, Morona Santiago y Zamora Chinchipe).

Características demográficas y operativas. Aproximadamente 546 600 personas viven en la Amazonia ecuatoriana (351 830 en zonas rurales), ocupando unas 104 700 viviendas. Se puede estimar que unas 235 000 personas son menores de 15 años, y que hay unas 11 150 mujeres gestantes.

Como ya se ha señalado, la presencia de colonias estables de triatominos no ha sido demostrada en territorio amazónico ecuatoriano; la hipótesis más sólida para explicar que alrededor de 3% de los habitantes examinados (la gran mayoría originarios del área y residentes en ella) resulten seropositivos es que las chinches adultas muestran una acusada tendencia a invadir las viviendas durante la noche (quizás atraídas por las fuentes de luz artificial) para tratar de alimentarse, y pueden así transmitir el parásito a los habitantes (Grijalva et al., 2003). Las especies involucradas parecen ser *R. pictipes* y *R. robustus*; además, no es infrecuente el hallazgo de adultos de *P. geniculatus* en las viviendas, y en algunas ocasiones se han capturado ejemplares de *P. herreri*. Podrían asimismo intervenir mecanismos complementarios (como la transmisión oral o una alta tasa de transmisión transplacentaria), pero no hay datos al respecto.

En términos operativos esto significa que el tratamiento de las unidades domiciliarias con insecticidas residuales podría provocar un impacto muy limitado en las tasas de incidencia. Además, la disposición de muchas comunidades y caseríos (dispersos en áreas de selva) hace que pueda preverse que las acciones de control tradicionales supongan un costo muy elevado. Todo ello condiciona sustancialmente las estrategias de intervención, que deben ser definidas por medio de programas piloto de investigación operativa que ayuden a decidir la pertinencia de su aplicación a gran escala.

Intervenciones. Seis estrategias (o combinaciones de ellas) deberían ponerse a prueba para abordar el problema de la enfermedad de Chagas en la Amazonia. Su aplicación estaría en un primer momento restringida a ensayos de campo, por lo que no se presentan cálculos de costos ni una evaluación de los posibles beneficios. Cabe recordar que hemos estimado que unas 9600 personas podrían estar infectadas en la región, donde probablemente se producen unas 285 nuevas infecciones por año. Los patrones de morbilidad y mortalidad de la enfermedad de Chagas en la Amazonia ecuatoriana son desconocidos; la experiencia en otros países (sobre todo en el Brasil) parece indicar que la virulencia de las cepas del parásito involucradas en la Amazonia es moderadamente baja, pero deben realizarse estudios locales para determinar los perfiles clínicos asociados con las cepas circulantes.

Se explican brevemente a continuación las estrategias de control que sugerimos:

Diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de los casos agudos de enfermedad de Chagas (una de las premisas fundamentales de las estrategias de

control en zonas con vectores silvestres). Este enfoque permite evitar las consecuencias graves de la enfermedad aguda (secuelas neurológicas, muerte) y su progresión hacia formas crónicas. Será necesario reforzar los servicios periféricos de salud (incluidas las redes de control de la malaria) para que la cobertura y calidad de las intervenciones sean adecuadas, dotándolos de los conocimientos y los medios necesarios para efectuar un diagnóstico parasitológico correcto (al menos, observación microscópica en fresco más Giemsa), administrar el tratamiento, identificar posibles efectos adversos y decidir, si procede, la remisión del paciente a un centro mejor dotado. Además, la detección de un caso deberá desencadenar una investigación entomológica (inspección de unidades domiciliarias y rociado de las infestadas si las hubiese, e investigación de posibles focos en el área cercana a las viviendas) y epidemiológica (rastreo serológico, al menos en menores de 15 años y en mujeres gestantes) en la comunidad (o zona) de la que proceda el paciente.

Detección activa de la presencia de triatominos silvestres en unidades domiciliarias con la participación de los habitantes. Esta estrategia sigue las líneas generales del sistema de vigilancia entomológica. La participación de las comunidades en la vigilancia es la fortaleza principal del sistema, y más, si cabe, en las circunstancias ahora descritas. La denuncia de una posible infestación deberá evaluarse de la manera indicada en el párrafo anterior.

Rociamiento focal con insecticidas de intensa acción residual, de las viviendas donde se encuentren triatominos. Puede preverse una eficacia limitada, pero al menos las chinches que entren en contacto con superficies tratadas morirán; el impacto del rociado focal podría ser mayor si se combinase con otras estrategias como las que se plantean a continuación.

Barreras físicas. El uso de redes mosquiteras impregnadas con insecticidas de acción residual y de mallas mosquiteras en ventanas y otras aberturas son estrategias que podrían ser aplicadas en ensayos de campo para verificar su eficacia. El uso adecuado de estas barreras puede contribuir a la disminución de casos de malaria.

Definición de criterios de riesgo en relación con ecotopos peridomésticos potencialmente infestados por triatominos. Debe estudiarse la ecología de las especies citadas anteriormente a fin de caracterizar los ecotopos donde preferentemente asientan sus colonias de cría (palmeras de determinadas especies o características, árboles huecos, madrigueras de animales silvestres, etc.). La capacidad de invasión de las viviendas por parte de estos

insectos (capacidad de dispersión, atracción por la luz artificial, el calor u otras radiaciones) también debe ser objeto de estudio. De esta manera se podrían establecer “áreas de seguridad” (libres de ecotopos de riesgo que cumplan con una serie establecida de criterios) alrededor de las viviendas; su dimensión dependerá de los resultados de los estudios sobre la capacidad de dispersión de los insectos.

Manejo ambiental adecuado. Al parecer, algunos factores ambientales están ligados a la aparición de áreas de transmisión de la enfermedad de Chagas en la Amazonia. La colonización de áreas de bosque amazónico en el Ecuador se relaciona en forma directa o indirecta con las nuevas actividades económicas (explotación de las reservas naturales de petróleo, agricultura y ganadería, extracción de madera, etc.). Estas actividades requieren la apertura de carreteras y caminos que sirven como guía del proceso de colonización de la región. Las consecuencias (deforestación, caza de animales silvestres, reducción de la biodiversidad, sedentarización de los habitantes indígenas, inmigración desde las áreas endémicas, introducción de servicios de luz eléctrica, etc.) favorecen una relación más estrecha entre los insectos vectores (que encuentran dificultades crecientes para acceder a sus fuentes naturales de alimento y refugio, y tienden en consecuencia a buscar alternativas) y las personas (cuya forma de vida en la zona ofrece algunas de esas alternativas a los triatomíneos). Así, la preservación de las condiciones ecológicas del bosque lluvioso tropical amazónico puede considerarse como una de las claves para que la enfermedad de Chagas sea controlable en las zonas donde ya existe y no se convierta en problema de salud pública en las áreas aún no afectadas. En primer lugar, han de establecerse los mecanismos para que se ejerza un control efectivo de la deforestación. Deben definirse asimismo estrategias de manejo ambiental adecuado y sostenible que permitan el desarrollo de las actividades económicas de la región reduciendo los riesgos para la salud de las personas. Es necesario comprometer en estas actividades a todas las partes interesadas, entre ellos los líderes políticos, los habitantes, las empresas, los servicios de salud y educación, etcétera.

Se resumen a continuación (cuadro 11) los criterios para determinar las intervenciones prioritarias, los objetivos y las actividades más destacadas para realizar en las Áreas I a III.

Cuadro 11. Control de la enfermedad de Chagas en el Ecuador: caracterización básica de las áreas de intervención prioritaria I, II y III

Área	Criterio principal de priorización	Objetivo principal de la intervención	Actividades esenciales
I	Presencia de <i>Triatoma dimidiata</i> o <i>Rhodnius ecuadoriensis</i> domésticos o peridomésticos	Interrupción de la transmisión vectorial	Investigación Rociamiento Vigilancia
II	Otros vectores domésticos o peridomésticos, en especial <i>Triatoma carrioni</i>	Interrupción de la transmisión vectorial	Investigación Rociamiento Vigilancia
III	Amazonia; transmisión importante por vectores silvestres	Definición de la dinámica de transmisión y diseño de estrategias adecuadas	Investigación operativa: epidemiología, ecología de vectores, ensayos de técnicas de control

Área IV (situación desconocida con indicios de transmisión)

Definición y delimitación. Se incluyen en este grupo cantones que cumplen los siguientes dos requisitos: (a) existen indicios razonables de transmisión de *T. cruzi* a humanos (casos esporádicos, informe de seropositivos en estudios limitados, presencia de vectores potenciales) y (b) no hay ninguna información relevante sobre la situación actual.

Integran el Área IV Esmeraldas (todos los cantones), Bolívar (Guaranda, Caluma, Chillanes, Echeandía, Las Naves y San Miguel), Cotopaxi (Pangua y La Maná), Cañar (Cañar, Déleg, El Tambo y Suscal) y Chimborazo (Cumandá, Alausí y Chunchi).

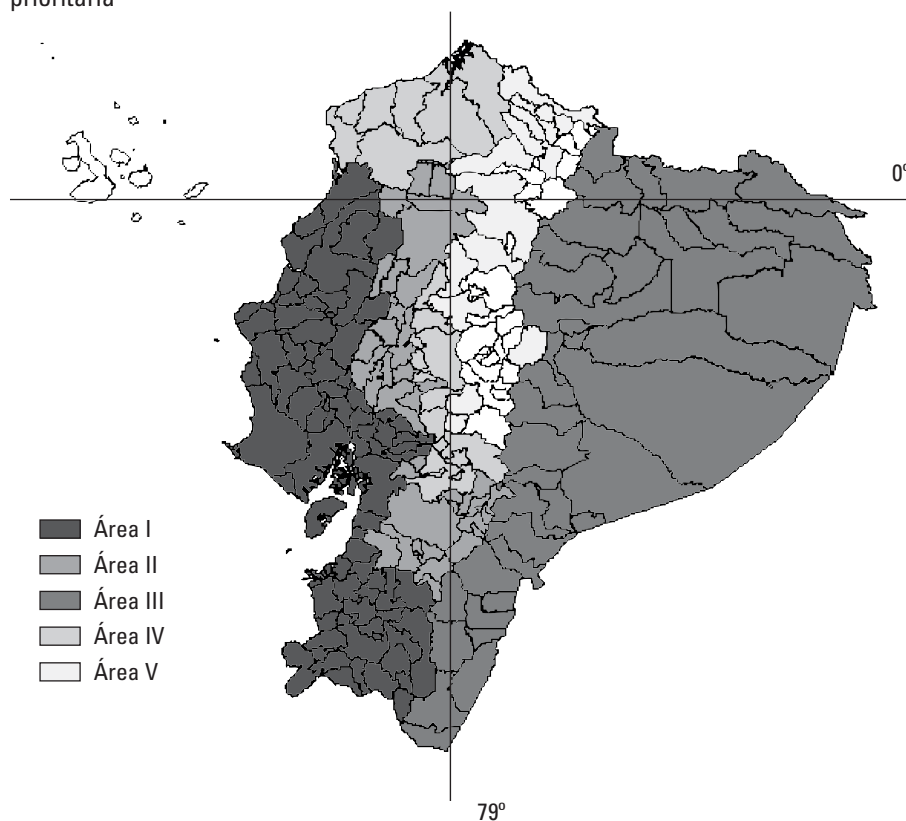
Intervenciones. La falta de datos relevantes hace que solo pueda recomendarse una estrategia de rastreo activo de casos (serología en una muestra representativa de la población general y refuerzo de la formación del personal sanitario, que podría suponer una mejora sustancial de la calidad de la notificación epidemiológica) y de infestaciones (incentivando la participación de las comunidades en su detección y denuncia). La información de base que estas intervenciones facilitasen serviría para diseñar las acciones necesarias.

Área V (aparentemente sin transmisión)

Se incluye un Área V debido a la presencia potencial de triatominos en algunas parroquias (véanse los cuadros de riesgo por cantones) de las provincias de Carchi (cantones Tulcán, Mira y Espejo), Imbabura (Ibarra, Cotacachi y San Miguel de Urcuquí), Pichincha (Quito y Mejía), Tungurahua (Baños), Cotopaxi (Sigchos y Pujilí) y Chimborazo (Colta y Pallatanga). En el Área V no hay, al menos aparentemente, transmisión de *T. cruzi* a humanos, pero persiste la posibilidad teórica de que aparezcan casos aislados. Aunque no se recomienda ninguna intervención, hemos creído oportuno citar esta posibilidad.

La figura 1 presenta la distribución de los cantones del país en cada una de las cinco áreas de intervención prioritaria.

Figura 1. Control de la enfermedad de Chagas en el Ecuador: áreas de intervención prioritaria



Colofón

- La descentralización sanitaria en el Ecuador es un proceso aún incipiente que, pese al marco legal favorable, requiere de importantes y sostenidos esfuerzos para que pueda ejecutarse en forma progresiva, racional y exitosa.
- La descentralización en ciernes y una reforma sanitaria inacabada han permitido la persistencia de una estructura técnica, administrativa y financiera como la del Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos, antiguo Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), que presta una base significativa para la creación de un programa como el de control de Chagas; de otro modo habría sido extremadamente difícil, si no imposible, plantear un programa con alcance nacional.
- La construcción del Sistema Nacional de Salud es un desafío pendiente que puede abrir excelentes oportunidades para desarrollar programas de control que combinen en forma adecuada y racional las potencialidades de los sistemas verticales que aun tienen vigencia, especialmente en las áreas normativas, con la participación amplia de actores sociales y estatales que permiten los sistemas descentralizados.
- La investigación científica necesaria para la actualización epidemiológica y la gestión del control de la enfermedad de Chagas en el Ecuador ha tenido lugar en un escenario de indefiniciones políticas, inestabilidad y momentos de gran agitación social, sin embargo, la persistencia de la comunidad científica y de algunas personalidades ha permitido logros significativo como la estructuración y financiamiento del programa. Es preciso asegurar la continuidad del esfuerzo para lograr beneficios significativos en las actividades epidemiológicas.
- Esta fase recorrida desde la investigación de campo a la decisión política para el control de la enfermedad de Chagas ha sido posible gracias al esfuerzo de muchas personas e instituciones. Cabe mencionar el importante financiamiento científico del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR), el apoyo del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Inquieta Pérez”, del Instituto “Juan César García” de Quito, de la Red Europea-Latinoamericana de Investigación sobre Biología y Control de Triatominae (ECLAT), de la Unidad de Biología Molecular de Patógenos

de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Universidad de Londres, Reino Unido, de la OPS/OMS y del Ministerio de Salud Pública. La iniciativa recibió el empuje de la Generalitat Valenciana, España, a través de la Universidad de Valencia y de la Pontificia Universidad Católica y la Universidad de Ohio. Algunas investigaciones fueron financiadas por la Fundación de Ciencia y Tecnología del Ecuador (FUNDACYT).

- Es importante llamar la atención a los organismos internacionales sobre la importancia de financiar investigaciones que derivan en acciones sanitarias en beneficio de grandes comunidades afectadas por problemas endémicos solucionables.
- En el Ecuador la enfermedad de Chagas representa un grave problema de salud pública que ha sido incluido entre las prioridades de trabajo del Ministerio de Salud Pública. La creación del Programa Nacional de Control de Chagas y la asignación de presupuesto son las respuestas oficiales al problema.
- La distintas situaciones de transmisión de *T. cruzi* en el Ecuador representan un mosaico epidemiológico que debe afrontarse con estrategias sustentadas en datos probatorios que sirvan de base para identificar particularidades regionales y locales dentro de una normativa general.
- El Área I, donde los vectores domésticos o peridomésticos son muy vulnerables al control, representa un verdadero desafío para las estrategias de corto plazo. Allí se asienta una población de 5 356 887, sujeta a alto riesgo de transmisión y que alberga a la mayoría de seropositivos del país. Mediante acciones sistemáticas y sostenidas durante tres años, y una inversión de aproximadamente US\$ 12 000 000 será posible interrumpir la transmisión de *T. cruzi*.
- El fortalecimiento de un programa de calidad para el control de donantes sanguíneos en los bancos de sangre es también una línea de trabajo a corto plazo con perspectivas de resultados importantes.
- El control de la transmisión o la reducción del riesgo de transmisión en zonas complejas con vectores peridomésticos o silvestres requiere mayores conocimientos técnicos y deberá abordarse como tarea a largo plazo.
- Los montos estimados para la operación del Programa Nacional de Control de Chagas en las diversas áreas son manejables para las finanzas ecuatorianas actuales.

Referencias bibliográficas

- Abad-Franch F, Aguilar VHM (2003). *Control de la enfermedad de Chagas en el Ecuador*. Quito: OPS/OMS/Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en <http://www.opsecu.org/publicaciones/OPS.doc>.
- Abad-Franch F, Palomeque FS, Aguilar VHM (2001). *Control de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en el Ecuador*. Quito: FASBASE–Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Aguilar VHM, Abad-Franch F, Racines JV, Paucar AC (1999). Epidemiology of Chagas disease in Ecuador. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* (Rio de Janeiro) 94(Suppl. 1):387-393.
- Aguilar VHM, Abad-Franch F, Guevara AG, Racines VJ, Briones LA, Reyes LV (2001). *Guía operacional para el control de la enfermedad de Chagas en el Ecuador*. Quito: FASBASE/Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Aguilar VHM, Grijalva M, Palomeque F, Castro E, Abad-Franch F (2004). *T. cruzi* in the Amazon region. Role of vectors and dynamics of transmission. Technical report Project TDR A20500.
- Amunárriz MU, Chico ME, Guderian RH (1991). Chagas disease in Ecuador: a sylvatic focus in the Amazon region. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 94:145-149.
- Chico HM, Sandoval C, Guevara EA, Calvopiña HM, Cooper PJ, Reed SG, Guderian RH (1997). Chagas disease in Ecuador: evidence for disease transmission in an indigenous population in the Amazon region. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 92:317-320.
- Córdova MX, Bowen CA, Paredes WA, Gómez E, Garzón EA, Guevara AG (1999). Aislamiento de *Trypanosoma cruzi* a partir de pacientes chagásicos crónicos en áreas endémicas del Ecuador. *Boletín de Epidemiología* (Ecuador) 3: 14-17.
- Garzón EA, Barnabé C, Córdova X, Bowen C, Paredes W, Gómez E, Ouaisi A, Tibayrenc M, Guevara AG (2002). *Trypanosoma cruzi* isoenzyme variability in Ecuador: first observation of zymodeme III genotypes in chronic chagasic patients. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 96: 378-382.
- Grijalva MJ, Escalante L, Paredes RA, Costales JA, Padilla A, Rowland EC, Aguilar HM, José Racines (2003). Seroprevalence and risk factors for *Trypanosoma cruzi* infection in the Amazon Region of Ecuador. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 69(4):380-385.
- Guevara AG, Ruiz CJC, Houghton RL, Reynolds L, Sleath P, Benson D, Ouaisi A, Guderian RH (1999). Evaluation of a recombinant protein (RTC24) and synthetic peptides in

anti-*Trypanosoma cruzi* positive samples from blood bank donors in chagasic endemic areas of Ecuador. *Japanese Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 27:19-22.

Ministerio de Salud Pública (2004). Programa de extensión de cobertura en salud. Prioridades del MSP. Programa de Cobertura en Salud. Modelo de Atención. Quito: MSP, OPS/OMS, MODERSA.

Romero CV, Macías CF, Suppo RJ, Macías CC, Tinoco ME (1998). Enfermedad de Chagas: incidencia en donantes de sangre, Hospital Teodoro Maldonado Carbo (Guayaquil), junio de 1996-julio de 1997. *Medicina* (Quito) 4:132-134.

Varas JA (2002). Variación morfométrica entre poblaciones de *Rhodnius ecuadoriensis* procedentes de hábitat naturales e insectario. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional de Trujillo.

Enfermedad de Chagas, descentralización y renta petrolera en Venezuela

Roberto Briceño-León¹

El martes 30 de agosto de 2005 la prensa escrita de Venezuela abrió sus titulares informando sobre el tratamiento de la nueva Ley de Salud en la Asamblea Nacional. Decía con grandes letras a todo color: “El sistema de salud se centraliza nuevamente” (El Universal, 30/08/2005). Se cerraba así un ciclo de 15 años de un proceso descentralizador que había llenado de esperanzas al país. Pero la noticia iba a más fondo, y una foto mostraba al Presidente de la República en un quirófano, ataviado en esterilizada ropa azul, y cerca de una mesa de operaciones. Una breve leyenda reproducía sus declaraciones: “Al revertir la descentralización se resolverán los problemas de atención médica en el país”. Así de simple.

Cambios del sistema de salud

Los cambios que ha experimentado en las últimas décadas el sistema de salud venezolano se relacionan mucho menos con la situación epidemiológica del país o las respuestas a los problemas existentes que con las modificaciones del sistema político o la forma en que ha evolucionado la renta petrolera, principal fuente de ingresos del país y del Gobierno nacional. Es decir, los cambios tienen que ver más con las transformaciones que se producen en la sociedad y la economía del país que con la búsqueda racional del bienestar de la población.

¿Cuáles son los factores que determinan los acuerdos sociales y políticos que se realizan en el sistema de salud de Venezuela? Se deben considerar tres dimensiones:

En primer lugar, la situación y dinámica de los movimientos y las fuerzas sociales, fundamentalmente de los gremios, que influyen en las decisiones del Ministerio de Salud en lo que atañe a la discusión de los contratos colectivos

¹ Director del Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO), y profesor titular de la Universidad Central de Venezuela.

que rigen el empleo y las condiciones de trabajo; de otros actores, tales como las clínicas privadas y los profesionales en el ejercicio privado de la medicina, que tienen su propia dinámica, la cual tiende a expandirse como consecuencia de la poca capacidad de atención y resolución del sector público; y las fuerzas sociales locales de pacientes u otros grupos con representación política, como jubilados o pensionados, por ejemplo, que pueden exigir la prestación de servicios a las autoridades locales o al Gobierno central.

En segundo lugar, la forma de concebir el Estado y el ejercicio del poder político. Hace un siglo, la concepción predominante en materia de salud era que el Estado cumplía una función casi inexistente, de caridad. Ese enfoque fue superado por el régimen legal actual que establece que la salud constituye un derecho fundamental de los ciudadanos y es obligación del Estado hacer efectivo ese derecho. Los cambios que se producen a partir del decenio de 1980 se corresponden con la modificación de la concepción del Estado, que postulaba la disminución de su presencia, un achicamiento que lo reducía a un papel rector, mientras que el protagonismo se traspasaba a otros sectores de la sociedad. A partir del siglo XXI, lo que resulta dominante en Venezuela es la preeminencia del Estado, que dirige, financia y ejecuta de manera directa las acciones de salud, y además, procura hacerlo en forma centralizada, es decir controlada por el Gobierno central.

En tercer lugar, los recursos financieros del país, los mecanismos de distribución que se establezcan de acuerdo a la concepción imperante del Estado, y la correlación de poder existente, el equilibrio de las fuerzas sociales en competencia o conflicto. En el caso venezolano, se trata de la situación de la industria petrolera, y en particular de los ingresos derivados de la venta del hidrocarburo, que a su vez dependen del precio del barril de petróleo en el mercado mundial, el cual depende tanto de las guerras en Medio Oriente como de los huracanes del golfo de México o el incremento de automóviles en China.

La enfermedad de Chagas y el inicio de la explotación petrolera

La enfermedad de Chagas se describió por primera vez en Venezuela en 1919, casi al mismo tiempo en que se iniciaba de manera importante la producción petrolera en el país. Venezuela era un país pobre, con cerca de 2 millones de habitantes; 86% de la población vivía en el campo y el analfabetismo llegaba a 90%. Caracas, la capital, no pasaba de ser un pueblo grande. La mayoría de los

habitantes del país vivían en pequeñas ciudades donde moraban los propietarios de las haciendas agrícolas y los hatos ganaderos que producían, en condiciones semif feudales y para la exportación, café, cacao, carne salada y plumas de garza. El país tenía una muy escasa integración a la economía capitalista mundial, por la escasez y precariedad de su exportación.

En las haciendas, los campesinos trabajaban un terreno ajeno, cuyo alquiler pagaban con la mitad o la tercera parte de la cosecha, y se construían sus casas de paredes de bajareque (cañas y barro) y techo de palma. En esas casas habitaban los insectos transmisores de la enfermedad de Chagas, a los que llamaban “chipos” o “pitos” en las distintas zonas del país.

En 1926, por primera vez en la historia del país, los ingresos por la exportación de petróleo superaron a los obtenidos por la venta de café, y se constituyó una nueva realidad que perduraría durante todo el siglo. Los ingresos por la exportación de productos agrícolas, sin embargo, se mantuvieron hasta la crisis capitalista mundial de los años treinta, cuando el gobierno de Venezuela decidió no devaluar la moneda —para así poder mantener el flujo de exportaciones en un nivel competitivo— sino por el contrario revalorarla. Aumentó en consecuencia la cantidad de dinero en manos del Gobierno central, que pasó a ser el centro y motor de la actividad económica, pues era quien recibía las divisas. Se acababa así con la agricultura de exportación en Venezuela, y ello significó un duro golpe para los dueños de las haciendas, enemigos potenciales de la dictadura del general Juan Vicente Gómez, que perdían de esta forma poder económico y capacidad para financiar actividades subversivas.

Las acciones en materia de salud en el país eran pocas y la capacidad de respuesta del Estado era escasa y débil, pero el ingreso petrolero permitió construir un sistema fuerte y centralizado. Así, en 1936 se creó el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y al poco tiempo la Dirección de Malariología, pues si bien se sabía de la existencia de la enfermedad de Chagas la preocupación central eran las epidemias de malaria. En efecto, la malaria azotaba implacablemente amplias zonas del país, empujando a muchas personas a la emigración, que se había iniciado por las actividades de exploración petrolera necesitadas de abundante mano de obra, y continuado luego con la flexibilización de las relaciones sociales que posibilitó la caída de la dictadura. En su célebre novela, *Casas muertas*, Miguel Otero Silva reflejó el drama de los pueblos venezolanos que se van quedando vacíos debido a la mortandad causada por la malaria y la emigración de los sobrevivientes.

La malaria era entonces el gran problema de salud pública de Venezuela y hacia allí se dirigían todos los esfuerzos, tanto de la ayuda internacional que otorgaba la Fundación Rockefeller para la formación del personal, como del Gobierno nacional, que apoyaba las propuestas de creación de una oficina de Gobierno y de un programa de voluntariado social dedicado al saneamiento ambiental. En una oferta contracorriente, el doctor Arnoldo Gabaldón propuso al Gobierno establecer la Oficina de Malariología fuera de la Capital de la República, en lo que sería el primer gesto descentralizador del país. De esa forma se construyó durante la Segunda Guerra Mundial la Escuela de Malariología en Maracay, donde funciona hasta la actualidad con un nombre más pomposo y un impacto menor en la sociedad. En esos años se registraron varias epidemias de malaria con una alta mortalidad: en 1942 se produjo en la zona del Llano una epidemia tan letal que los vecinos irónicamente llamaron “la económica”, pues no le daba tiempo a la familia a gastar en medicinas.

Los fuertes vínculos que Venezuela creó con los aliados durante la guerra, por ser un proveedor seguro y regular del tan necesario petróleo para las operaciones militares, fortaleció también la cooperación civil y sanitaria. De ahí que, al finalizar los combates, a Venezuela se le permitiera utilizar por primera vez DDT con fines civiles, pues este ya había sido probado con propósitos militares y para protección de la tropa estadounidense durante la guerra del Pacífico. Entre diciembre de 1945 y fines de 1948 se llevó a cabo una intensa campaña de rociamiento con DDT que logró disminuir drásticamente la mortalidad y morbilidad por malaria. El éxito fue inmediato, pero el equipo que trabajaba en malariología entendía que la salud de la población rural era algo más que el control de la malaria, y en 1952 inició la aplicación de DDT en viviendas de zonas no maláricas, buscando la protección de la familia contra el vector de la enfermedad de Chagas. Posteriormente aplicarían el insecticida organoclorado dieldrín, pero para entonces el control de la enfermedad de Chagas ya había ingresado en la agenda sanitaria.

Durante esos años el ingreso petrolero per cápita de Venezuela era muy alto. El precio del barril no se había modificado de manera importante, pero al término de la segunda guerra mundial Estados Unidos dejó de ser exportador y pasó a convertirse en importador neto de petróleo, y Venezuela ocupó el primer lugar como exportador mundial del hidrocarburo. Esa importante cantidad de dinero permitió no solo la compra de las toneladas de insecticida que fueron necesarias para realizar la campaña antimalárica, sino también la contratación de personal y el pago de gastos de traslado y estadía en las zonas más apartadas

del país. Existía también personal capacitado y una mística en el equipo de trabajo, que sentía que estaba transformando el país y liberando territorios de la enfermedad para entregarlos al desarrollo económico y social (Briceño-León, 1996).

En la década de 1950, y como consecuencia de la aplicación de políticas de saneamiento ambiental y control de enfermedades transmisibles, disminuyó radicalmente la mortalidad y se inició en forma acelerada el proceso de transición demográfica del país. Como no ocurría lo mismo con la natalidad, que continuaba en alza, se registró la tasa de crecimiento poblacional más alta que haya tenido el país. En esos años el ingreso per cápita en Venezuela era superior al de cualquier país europeo. El petróleo, que durante la guerra se había cotizado en poco más de US\$ 1 por barril, ascendió a un promedio cercano a US\$ 2,30 por barril, lo que duplicaba el ingreso. Además, como el volumen de la exportación primero se duplicó y luego se triplicó, se multiplicaron los ingresos del país y se alentó la inmigración de extranjeros y la movilidad de los propios venezolanos, que se mudaban a las ciudades, donde el dinero proveniente del petróleo se distribuía más abundantemente. Así, la población no solo creció sino que se hizo urbana. Y por primera vez la población urbana superó en número a la rural.

Hacia finales del decenio de 1950 el país vivía bajo una dictadura militar que centralizaba todo el poder y construía grandes obras con los inmensos recursos de que disponía. El programa de control de la malaria se había consolidado y se iniciaban las gestiones para la certificación del área más grande de la Tierra en la cual se había erradicado el paludismo. Pero los malariólogos pensaban que tenían otra tarea que cumplir y que les correspondía ocuparse de la enfermedad de Chagas, pues la malaria ya no era problema. Gabaldón ya daba como un hecho lo que había sido su propósito; sentía que podía dar por consumado su trabajo y podía entonces dedicarse a la enfermedad de Chagas (Gabaldón, 1965). Por eso, parafraseando la sentencia del senador romano Catón como un hecho y no como una exhortación, tituló una famosa nota editorial de la *Revista de Malariología* que dirigía: “Delenda est Malaria!”

El programa de control de la enfermedad de Chagas y la instauración de la democracia

Durante la década de 1950 se detectaron zonas donde la mitad de la población (54%) presentaba serología positiva para la enfermedad de Chagas (Pifano, Maekelt, Anselmo, 1961). En 1958 se realizó el primer estudio entomológico

de esta enfermedad. Se visitaron en esa oportunidad 14 500 sitios en 20 estados del país, hallándose un índice de infestación domiciliaria de 60% a 80%, un índice de infección de 8% a 11%, y un índice de densidad de triatominos de 30 a 50 insectos por hogar (Aché, Matos, 2001). En la encuesta epidemiológica realizada entre 1959 y 1965 se encontró que 78,7% de las personas de 35 a 44 años de edad eran seropositivas a *Trypanosoma cruzi*. La prevalencia de seropositividad disminuía con la edad, hasta ubicarse en 15% en el grupo de 5 a 14 años (Sequeda et al., 1986).

El conocimiento de esta dramática situación coincide con la instauración de la democracia en Venezuela en 1958, tras el derrocamiento de la dictadura que había gobernado el país durante casi 10 años. El fuerte impulso que recibieron en ese momento las políticas sanitarias respondió tanto a la concepción social del gasto del ingreso petrolero que tenía el nuevo grupo en el poder como a las respuestas que este debía dar a las amenazas políticas que lo asechaban. A comienzos del decenio de 1960 Venezuela atravesaba una crisis económica (que incluyó la devaluación de la moneda que se había mantenido en un tipo de cambio fijo desde 1944) y política importante: debía enfrentar por un lado una fuerte presión de los militares que se negaban a ser desalojados del poder y habían intentado varios golpes de Estado, y por el otro a un movimiento político que se organizó en guerrilla y emprendió la lucha armada bajo la influencia y el apoyo directo de la revolución cubana. La respuesta del Gobierno a la guerrilla fue de dos tipos: militar, con la creación de grupos especiales de combate, y social, con un programa de mejoras sociales en las zonas rurales.

Los programas de transformación y mejoramiento de las zonas rurales de Venezuela tenían tres componentes que contribuyeron al control de la enfermedad de Chagas. El primero era la reforma agraria, que procuraba eliminar el latifundismo y ofrecía tierras y créditos a los campesinos; el segundo la educación rural, que creaba escuelas unitarias en las zonas campesinas, y el tercero el Programa Nacional de Vivienda Rural, que ofrecía casas de cemento para sustituir la vivienda tradicional y que estaba adscrito a la Dirección de Malariología, lo que señalaba su claro propósito sanitario. Al favorecer el control de la enfermedad de Chagas mediante el mejoramiento de las condiciones sociales de la población, la educación sanitaria a niños y adultos, y la eliminación de las casas (tanto por la acción directa como por el efecto demostración que llevó a cambiar el patrón cultural de la vivienda en gran parte de la población rural) donde los vectores se pueden desarrollar con facilidad, los tres programas le quitaban apoyo social a la guerrilla.

El programa de control de la enfermedad de Chagas se inició de manera formal en 1966. Era un programa vertical y altamente centralizado que sin embargo se ejecutaba de manera desconcentrada, pues contaba con sedes en todas las zonas endémicas del país. El programa tenía un fuerte componente de vigilancia entomológica realizada de manera directa por inspectores del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social mediante la búsqueda de triatominos por hora-hombre en cada casa, y un componente de participación comunitaria según el cual se dejaba detrás de la puerta principal de la vivienda una tarjeta con la fecha de cada inspección entomológica y un sobre con un pequeño frasco para que la familia depositara allí los vectores que encontrase. El frasco se recogía en la siguiente visita de inspección. El segundo componente era el rociamiento con insecticida de las viviendas que resultaran positivas en cada comunidad, para reducir así en forma drástica la población de triatominos en cada hogar. El tercer componente era la sustitución de la vivienda por una cuyas características de construcción no permitiesen su colonización por el vector, con lo cual se lograría un control permanente que no podía ofrecer el uso del insecticida.

El programa produjo importantes resultados. El porcentaje de las localidades infestadas en los seis estados endémicos bajó de 73,2% a 22,1% en 1976, y la prevalencia de infestación de casas por *Rhodnius prolixus*, que había sido de 31% descendió a 5,6% en 1976. La cantidad de triatominos encontrados bajó a 10-20 por vivienda. Según datos de la encuesta realizada en el período comprendido entre 1980 y 1982, la seroprevalencia del grupo de edad de 0 a 9 años, que era de 20,5%, descendió bruscamente a 1,3%. En el decenio de 1980 la población rural había disminuido notablemente y se había invertido el porcentaje que existía cuando se creó la Dirección de Malariología, pues apenas 27% de la población era rural. El proceso de urbanización acelerado contribuyó también a disminuir la relevancia relativa de la población y de la enfermedad, aunque en números absolutos la población rural ascendió de 2,6 millones a 4,2 millones de habitantes, pero el área de riesgo se redujo de más de 750 000 km² a unos 108 000 km² ubicados entre los 500 y 1500 metros de altura sobre el nivel del mar y en la zona del piedemonte andino (Sequeda et al., 1986).

La centralización y la bonanza petrolera

A partir de 1974 la sociedad venezolana experimentó un cambio muy importante y no debido a la alteración de su forma de trabajar o producir sino por la inmensa cantidad de riqueza que de modo inusitado inundó el país. En 1973

el precio del petróleo, que por más de 20 años había oscilado entre US\$ 1,80 y US\$ 2,65 el barril, trepó a US\$ 3,71 el barril. Pero este aumento resultaría trivial en relación con el que se produjo al año siguiente con motivo del embargo de petróleo árabe. En efecto, en 1974 el precio de barril de petróleo venezolano subió a US\$ 10,53, por lo que el excedente de explotación petrolera, que era de 9272 millones de bolívares en 1972, pasó a 14 818 millones en 1973 y a 40 141 millones en 1974 (Baptista, 1997). El ingreso nacional se multiplicó por cuatro en un período de dos años, sin que aumentaran ni la producción, ni la refinación, ni la exportación de petróleo, ni el número de personas que trabajaban en la industria.

En consecuencia, se produjo en el país un notable fortalecimiento del poder central y del estatismo. Con esa abundancia de recursos, el Gobierno central se convirtió en el centro de toda la economía. En 1975 se nacionalizó la industria petrolera y el Estado pasó a ser propietario no solo de las industrias básicas sino de hoteles, empresas de aviación y barcos, así como de la producción y distribución alimentaria. La moneda se sobrevaluó por un efecto de doble inflación, pues al existir inflación interna en el país pero conservarse inmutable la tasa de cambio, el dólar se sobrevaluaba y se fomentaban las importaciones, ya que cualquier producto importado resultaba más barato que el nacional. Como consecuencia de ese proceso estatizante se detuvo la inversión privada y solo creció el sector dedicado al comercio importador y el empleo del Estado (Briceño-León, 1991).

En este contexto, el programa de control de la enfermedad de Chagas se volvió más centralizado y menos participativo. Las actividades de inspección entomológica se incrementaron de manera notable, pero no necesariamente útil. En esos años encontramos viviendas campesinas ubicadas a más de 3000 metros de altura —donde era imposible que viviese el vector de la enfermedad—, en las que se habían dejado tarjetas de visita y frascos para guardar eventuales insectos. El propósito no era entomológico sino pecuniario, ya que se trataba de un modo de distribuir más viáticos entre los empleados. Las viviendas rurales comenzaron a fabricarse fuera de las áreas endémicas, en zonas suburbanas con déficit habitacional pero donde no cumplían una función sanitaria ni estaban destinadas al control de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas. La sobrevaluación de la moneda era tan grande que se importaron viviendas prefabricadas o de madera, y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social adoptó un diseño experimental para probar la eficacia de aplicar pinturas con insecticidas residuales importadas de Europa, aunque la modificación de la vivienda

campesina había arrojado resultados evidentes y permanentes, además de producir efectos sanitarios y sociales mucho más amplios.

En todo este tiempo, y a medida que aumentaban los ingresos petroleros y el poder del Estado, disminuía la participación comunitaria. A fines del decenio de 1950 se ejecutó un programa de construcción de viviendas sanas que incluía un componente de enseñanza a las familias para que pudieran mejorar y fabricar sus casas, y una pequeña ayuda económica. Con el inicio del Programa de Vivienda Rural se incorporó a la familia como ayudante en las labores de construcción de la vivienda, pegado de bloques y construcción del pozo de la letrina. Posteriormente solo se le pedía a la familia que abriera el hueco donde se construiría la letrina, y a fines del decenio de 1970 la familia ni siquiera debía contribuir con eso. Un albañil de oficio a quien le preguntamos qué hacía mientras le construían su vivienda, nos respondió: “Pues me sentaba a verlos” (Briceño-León, 1993a).

Los resultados entomológicos y epidemiológicos se mantuvieron, pero a un costo muy alto. El índice de infestación por localidades bajó a menos de 4%, el de las casas positivas al *R. prolixus* a menos de 2%, y la cantidad de insectos localizados por vivienda descendió 2 ó 3 ejemplares por casa. Con estas densidades se hacía muy difícil obtener resultados confiables con el método de la hora-hombre que por décadas se había utilizado.

La crisis del modelo petrolero y la descentralización

A partir de 1983 fueron agotándose las posibilidades del modelo petrolero. Los altos ingresos que habían contribuido a reforzarlo facilitaron su desmoronamiento por una suerte de intoxicación monetaria. Durante el período 1974-1983, paradójicamente, a pesar de disponer de inmensos recursos financieros se incrementó también la deuda externa del país. El precio del petróleo había llegado a su nivel máximo de US\$ 29,71 dólares el barril en 1979, pero de allí en adelante comenzó a descender, produciéndose a la vez una disminución de la producción y un incremento de la demanda para consumo interno, por lo cual el volumen disponible para la exportación disminuyó y se produjo una caída del número total de barriles exportados. La baja del precio y del volumen de exportación produjo una disminución en los ingresos del país, que para inicios del decenio de 1980 debía costear tanto el incremento sostenido de los gastos corrientes del Gobierno como el pago del servicio de la deuda externa.

Ello obligó a un cambio radical en 1983, cuando se estableció una política de control de cambios y se volvió a devaluar la moneda, que mantenía su valor de cambio nominal a niveles constantes desde 1964 (las leves alteraciones ocurridas en ese período habían sido para revaluar el bolívar, no para devaluarlo).

La crisis financiera del Gobierno produjo una disminución del gasto público y una reducción del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, tanto per cápita como en porcentaje del producto interno bruto (PIB). En esa situación de limitaciones económicas el Gobierno no tenía cómo financiar el modelo distribucionista y dispendioso de gestión pública que había venido aplicando. Los acuerdos firmados por el Gobierno central con los trabajadores habían cambiado una contratación que obligaba a pagar viáticos cuando los trabajadores eran desplazados de su lugar habitual de trabajo, por otra que imponía hacerlo cuando apenas salían de la oficina, con lo cual se incrementaban los costos operativos. Pero el programa de Chagas no tenía presupuesto para pagar la salida de los funcionarios de entomología a inspeccionar las viviendas y tampoco podía enviarlos a sus casas, por lo tanto, quienes 10 años antes salían a buscar *Rhodnius* donde era imposible encontrarlos, debieron permanecer sentados en sus oficinas pues no tenían medios para llegar a los lugares donde realmente existía riesgo de infestación de las viviendas y transmisión de la enfermedad.

En la segunda mitad de la década de 1980 la exportación de petróleo descendió de un millón a poco más de 500 000 barriles diarios, y el precio por barril oscilaba entre US\$ 13 y US\$ 16; es decir, se tenía la mitad del precio y se exportaba la mitad del hidrocarburo. En este contexto se planteó la necesidad de llevar adelante un proceso de descentralización del país (Urbaneja, 1998; Brewer Carías, 1998). La descentralización es un producto de la crisis del modelo petrolero y de la incapacidad del Gobierno central de continuar aplicando los planes centralizadores y estatistas, razón por la cual debió acceder a transferir responsabilidades a los niveles estatales y municipales de gobierno.

El programa de control de la enfermedad de Chagas sufrió además el impacto negativo de la reaparición de la malaria en la zona oriental y sur del país, y luego, de la epidemia de dengue que se produjo a comienzo de los años noventa. Los disminuidos recursos existentes se utilizaron para detener la propagación de estas dos enfermedades, que por su carácter agudo son más notorias y de mayor relevancia para el prestigio del Gobierno, quedando postergada la enfermedad de Chagas, una dolencia crónica con muy escasa presencia en la cultura urbana.

A finales de los años ochenta y comienzos del decenio de 1990, dos herramientas legales influirían en el proceso de descentralización. Por un lado, se aprobó la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (LODDTC), que fue promulgada en 1989, y por otro lado se modificó la norma que le permitía al Presidente de la República designar las autoridades regionales, estableciéndose la elección directa de gobernadores y alcaldes, la cual se realizó por primera vez en diciembre de 1989. A partir de 1990, los nuevos gobernadores electos exigen que se aplique la ley de descentralización y se les transfieran a sus respectivos Estados los servicios de salud que desde 1936 y hasta ese momento habían estado bajo el control del Ministerio. La descentralización colocaba a los gobernadores en la obligación de rendir cuentas tanto a sus propios electores como al Gobierno central que le proporcionaba los recursos. En 1993 algunos estados como Aragua, Bolívar, Carabobo y Falcón comenzaron a firmar los convenios y al año siguiente se materializó la transferencia de los servicios. En otros estados la transferencia se produjo años después (Sucre en 1995 y Yaracuy en 1998) (Díaz Polanco et al., 2004).

La descentralización se corresponde también con una voluntad y exigencia de mayor participación del ciudadano y de la comunidad en las decisiones políticas y en el control de la prestación de los servicios públicos. Se demandaba la participación ciudadana no solo para la elección de las autoridades sino también para la ejecución de los servicios de salud, vivienda y educación, y si no era posible una participación directa, se requería que ejercieran su derecho a la contraloría social como usuarios y ciudadanos (Capriles et al., 2001). En el programa de control de enfermedades endémicas se comienza a aceptar la idea de la participación y con algunos recelos se logra incorporar, más o menos, la presencia de la comunidad: más en los cursos de formación de personal, y menos en la práctica y rutina de los programas.

En el Programa de Prevención y Control de Chagas se profundizó la idea de incorporar a la familia en las actividades de vigilancia entomológica, pues con un índice de infestación por triatominos tan bajo —apenas de 2 a 5 insectos por vivienda— la captura y notificación no era fácil lograr con los inspectores. Se rechazó la posibilidad de que los habitantes intervinieran en el rociamiento de las viviendas con insecticidas, pues se trata del manejo de un material peligroso. En cuanto al Programa de Vivienda, se aceptó la participación de la familia, pero solo en el mejoramiento y no en la construcción de viviendas nuevas. Como resultado del impulso dado por varios programas experimentales de vivienda con tecnología apropiada y participación de la comunidad llevados

a cabo por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Universidad de los Andes (ULA) y el Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO), se creó un nuevo programa de vivienda para la atención de las poblaciones campesinas más pobres y aisladas que no podían solicitar ayuda al programa de construcción de viviendas nuevas (Briceño-León, 1986). Este programa, denominado Mejoramiento Integral de la Vivienda Campesina (MIVICA), incorporó la participación comunitaria y empleó una tecnología tradicional de construcción (Briceño-León, 1990), factores que contribuyeron tanto a disminuir el costo de las viviendas como a hacerlas sustentables, en momentos en que en el país escaseaban los recursos y se fomentaba la participación, que era el signo dominante de la descentralización (Briceño-León, 2001)

La descentralización se llevó a cabo en un contexto de reducción del gasto público en general y del gasto público en salud como porcentaje del PIB en particular. En 1990, cuando se inició la descentralización, Venezuela gastaba 1,4% del PIB en salud. En los dos años siguientes el gasto sanitario subió hasta llegar a 1,8% del PIB como resultado del incremento de los ingresos del país, que tuvieron lugar tanto por los temores que ocasionó en el mercado la guerra en el Golfo Pérsico de Irak-Kuwait-EUA como por una política de incremento de las exportaciones no tradicionales, pero volvió a descender en 1993, cuando se creó el Ministerio de Estado para la Descentralización (Velásquez, 1998) y se firmaron los primeros convenios de descentralización a un porcentaje menor que en 1990 (1,3%). Posteriormente, cuando se materializó la transferencia, el gasto en salud como porcentaje del PIB pasó a 1,1% en 1994 y siguió descendiendo a 1,0% en 1995 y a 0,8% en 1996 (Pereira, 2001; Díaz Polanco, 2001).

En esos años el país solicitó a los organismos multilaterales apoyo financiero para la puesta en práctica de diversos programas sociales y de transformación del Estado. Uno de los créditos, otorgado por el Banco Mundial y ejecutado por la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental y el Instituto de Biomedicina, se orientó a las enfermedades transmisibles y dio lugar al denominado Proyecto de Control de Enfermedades Endémicas (PCEE). El proyecto, orientado durante los años noventa al control de nueve enfermedades, incluía asimismo componentes de fortalecimiento institucional y formación de personal durante el proceso de descentralización. En el estudio de costo-beneficio del proyecto, la enfermedad de Chagas resultó ser una de las de mayor rentabilidad, pues se habían gastado US\$ 0,22 para ahorrar un dólar, mientras que para otras enfermedad, de acuerdo con la misma metodología, se había erogado más de un dólar para ganar un dólar (LACSO, 2000) (cuadro 1).

Cuadro 1. Costo-beneficio del control de la enfermedad de Chagas en relación con otras enfermedades

Enfermedad	Costo en dólares por cada dólar ganado
Costos inferiores a la inversión	
Lepra	0,13
Oncocercosis	0,13
Enfermedad de Chagas	0,22
Dengue	0,46
Costos levemente superiores a la inversión	
Cólera Escenario 1	1,34
Cólera Escenario 2	5,53
Fiebre amarilla	6,15
Costos superiores a la inversión	
Malaria Escenario 1	8,13
Costos muy superiores a la inversión	
Leishmaniasis	24,92
Malaria Escenario 2	26,76
Parasitosis	89,91

Fuente: Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO), 2000.

A pesar de los resultados satisfactorios del análisis de costo-beneficio de la inversión, la enfermedad de Chagas mantuvo su condición de postergada. El programa de prevención y control de Chagas permaneció en el cajón de los olvidos, pero no así la enfermedad, y en algunos estados como Barinas, Lara y Cojedes continuó o se reinstaló la transmisión activa. Los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto de Biomedicina en el estado Lara arrojaron serología positiva en menores de edad y se notificaron casos agudos en niños de poblaciones campesinas (Mosca, 2005).

La característica fundamental del proceso de descentralización en Venezuela ha sido su carácter desigual, tanto en lo que respecta a su modo de ejecución como a su magnitud y alcance. Se transfirieron responsabilidades, pero no recursos ni capacidades, en momentos distintos y en marcos institucionales con fortalezas diferentes, y todo ello en un contexto de disminución del gasto público en general y del gasto en salud en particular. En consecuencia, no es de extrañar que el proceso haya quedado inacabado en todo el país (Díaz Polanco et al., 2004).

El retorno del centralismo

En 2003 comenzaron a elevarse los precios del barril de petróleo, que alcanzó niveles sin precedentes. La incorporación de la demanda de China y la India urbanas al mercado petrolero, debido sobre todo a su expansión industrial y al incremento de la cantidad de vehículos privados en China, sumada a la inseguridad en el suministro del crudo proveniente del Medio Oriente por la segunda Guerra de Irak, colocaron los precios del barril por encima de los US\$ 50. Para Venezuela esto significó un aumento notable de los ingresos, muy similar al que se vivió a mediados del decenio de 1970, y también, al igual que en ese momento, sin que la industria ni los venezolanos hubiésemos hecho nada para que esto sucediera. Como diría A. Smith, ha sido recoger otra vez la cosecha que nunca se sembró.

A comienzos del siglo XXI Venezuela atraviesa una crisis política de grandes dimensiones y con un nivel de confrontación interna inédita en el país. Al gobierno de un militar, con alta presencia de oficiales de las fuerzas armadas en todos los altos cargos gubernamentales y con rasgos claramente autoritarios, no le resulta fácil lidiar con la dinámica de un país descentralizado y con el poder distribuido en diferentes niveles gubernamentales. A esta razón práctica se debe añadir un componente netamente ideológico, pues el propio Presidente de la República ha declarado en el trazado de sus grandes lineamientos para el “socialismo del siglo XXI” que “la descentralización es una maniobra del modelo neoliberal”. La propuesta, entonces, es un Gobierno y un sistema de salud centralista que esté bajo el mando directo del Presidente de la República. La tendencia, dice Díaz Polanco, es a un “modelo concentrador de poder, que está en contradicción con la Constitución de 1999, cuyos autores están en el Gobierno” (Díaz Polanco, 2004).

El sistema de atención primaria de salud, conocido como “Misión Barrio Adentro”, no depende del Ministerio de Salud sino de la Presidencia de la República y de los acuerdos que este realiza con el Gobierno de Cuba, que proporciona los más de 14 000 médicos que lo implementan, con sus medicinas importadas de Cuba. Todo ello es posible en virtud de los elevados ingresos petroleros que le han permitido pagar dichos servicios y, además, enviar todos los días a La Habana aviones repletos de pacientes, para que sean operados de cataratas, desprendimiento de retina o cualquier otra dolencia.

En el pasado se importaban equipos y tecnología hasta en exceso para el sistema de salud; gran parte de los equipos estaba por encima de las necesidades

de los servicios ambulatorios y hospitales. En esta suma de dislates, uno de los casos más sonados fue la adquisición de una máquina barredora de nieve para la ciudad tropical y más caliente del país, Maracaibo, pues el criterio del país petrolero era comprar todo, y se pensaba que se podía comprar e importar la salud (Briceño-León, 1993b). Pues ahora Venezuela está nuevamente comprando e importando la salud, pero no de los Estados Unidos sino de Cuba.

El modelo estatista que la crisis petrolera y la descentralización habían opacado está de regreso en Venezuela. El Gobierno procura tener un control hegemónico de todas las instancias del Estado, y se rompe la división y el equilibrio de poderes. Procura asegurarse el control de la economía, de los medios de producción, pero también del comercio y de la moneda, y pretende la reestatización de las empresas siderúrgicas. Impide la participación de los venezolanos en el negocio petrolero pero favorece la de las compañías petroleras extranjeras que no pueden opinar de temas políticos o de derechos humanos en Venezuela (Briceño-León, 2005).

El ciclo se repite. Sin embargo, la cultura democrática que logró construirse en la población y el deseo de un verdadero cambio en el país se resisten al proceso centralizador que intenta imponer un gobierno personalista y autoritario. La propuesta centralista del Presidente de la República se ha encontrado con resistencia aun entre sus propios partidarios, que ahora ocupan cargos en los gobiernos regionales comparten y defienden las bondades de la descentralización y la participación; por supuesto, en un gobierno personalista y autoritario su capacidad de resistir es muy limitada. Sin embargo, la política de salud se definirá en el futuro aceptando las flaquezas y falencias que ha tenido la descentralización, pero entendiendo también que la centralización no solo no resuelve los problemas sino que puede agravarlos, y que la descentralización representa una oportunidad para la participación responsable de todos y para la búsqueda de una manera democrática de mejorar la salud y construir un desarrollo sustentable que no dependa de los altibajos de la renta petrolera.

Referencias bibliográficas

- Aché A, Matos A (2001). Interrupting Chagas disease transmission in Venezuela. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 43(1):37-43.
- Baptista A (1997). Bases cuantitativas de la economía venezolana 1830-1995. Caracas: Fundación Polar.

- Brewer Carías AR (1998). Descentralización y democracia, una reflexión obligada en Venezuela. En: Mascareño C. (coord.). *Descentralización, gobierno y democracia*. Caracas: CENDES, pp. 271-284
- Briceño-León R (1993b). Salud no rentista y postmoderna para el desarrollo humano. *Cuadernos Médico-Sociales* 64:73-80.
- Briceño-León R (1986). Rural housing for control of Chagas disease in Venezuela. *Parasitology Today* 3(12):384-387.
- Briceño-León R (1990). *La casa enferma*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela y Consorcio de Ediciones Capriles.
- Briceño-León R (1991). *Los efectos perversos del petróleo*. Caracas: Acta Científica Venezolana-Ediciones Carriles.
- Briceño-León R (1993a). Social aspects of Chagas disease. In: Linderbaum S y Lock M (eds.). *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press, pp. 287-302.
- Briceño-León R (1996). El DDT y la modernización de Venezuela. *Boletín de Malariaología y Saneamiento Ambiental* 36(1-2):44-50.
- Briceño-León R (2001). Mud, bugs and community participation: remodelling village houses to eradicate vector-borne disease. In: Higginbotham N, Briceño-León R y Jonhson N (eds.). *Applying health social science. Best practice in the developing world*. London: Zed Books: pp. 226-245.
- Briceño-León R (2005). Petroleum and democracy in Venezuela, social forces. *The Journal of Social Issues* 83(1):1-30.
- Capriles EJ, Díaz Polanco Y, Fernández Z, Pereira Z (2001). La reforma del sistema de salud en Venezuela: opciones y perspectivas. En: Díaz Polanco J (coord.). *La reforma de la salud en Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización en Venezuela*. Caracas: CENDES-Fundación Polar, pp. 16-53.
- Díaz Polanco J (2001). El papel del financiamiento en los procesos de reforma del sector salud: el caso de Venezuela. En: *La reforma de salud de Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización en Venezuela*. Caracas: CENDES-Fundación Polar, pp. 124-146.
- Díaz Polanco J, Capriles E, Croce N, Rivas JC, Raggel C, Salvato S (2004). *La descentralización de la salud en Venezuel. Aprendamos de la experiencia*. Caracas: CENDES-Fundación Polar.
- Gabaldón A (1965). *Una política sanitaria*. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

- LACSO (2000). Evaluación costo-beneficio del Programa de Control de Enfermedades Endémicas de Venezuela. Caracas: LACSO-Banco Mundial.
- Mosca W (2005). Comunicación personal.
- Pereira Z (2001). Descentralización y desempeño institucional: aproximación inicial. En: *La reforma de salud de Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización en Venezuela*. Caracas: CENDES-Fundación Polar, pp. 54-72.
- Pifano F, Maekelt A, Anselmi A (1961). Estado actual de la enfermedad de Chagas en Venezuela. *Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social* 26: 17-24.
- Sequeda M, Villalobos L, Maekelt GA, Acquatella H, Velasco J, González JR, Anselmi G (1986). *Enfermedad de Chagas*. VII Congreso Venezolano de Salud Pública. Caracas, vol. II: 907-1029.
- Urbaneja DB (1998). Sistema político y descentralización en Venezuela. En: Mascareño C (coord.). *Descentralización, gobierno y democracia*. Caracas: CENDES, pp. 39-48.
- Velásquez RJ (1998). Venezuela, el federalismo y la descentralización. En: Mascareño C (coord.). *Descentralización, gobierno y democracia*. Caracas: CENDES, pp. 3-19.a

Conclusiones

André C. Medici, Federico Tobar, Ricardo E. Gürtler, Zaida E. Yadón

Las reformas de los sistemas de salud tuvieron efectos colaterales sobre los programas de control de las enfermedades transmisibles, que seguramente no fueron deseados y probablemente tampoco previstos. En general, en las reformas se dio prioridad a los servicios de atención a las personas y no a las acciones colectivas. Sus principales herramientas fueron la descentralización y la incorporación de incentivos de mercado para promover eficiencia en el empleo de los recursos. Pero, por un lado, los procesos descentralizadores llevaron a una mayor fragmentación institucional de los programas de control de las enfermedades transmisibles y al abandono de algunas metas de salud pública. Por otro lado, el financiamiento de la demanda y la promoción de mercados de prestaciones con financiación estatal resultan menos viables en el caso de actividades de bien público como la promoción y la prevención.

Las consecuencias epidemiológicas de tal asignación de prioridades fueron: un aumento de la incidencia de enfermedades que podrían haberse eliminado; el resurgimiento de enfermedades ya erradicadas o controladas o con transmisión interrumpida; y la emergencia de enfermedades nuevas. Entre las primeras, figuran la malaria, que duplicó la cantidad de casos (de 527 000 en 1990 a más de un millón en 1999), e incluso la enfermedad de Chagas, que solo existe en el continente americano y aún afecta a 16 millones de personas, aproximadamente, y causa 50 000 muertes anuales. En segundo lugar, reemergieron enfermedades como la tuberculosis, cuya tasa pasó de 196 a 221 por 100 000 habitantes en el mismo período. Y a ello se suman nuevos flagelos, como el SIDA, que a mediados de la década de 1990 ya afectaba a 1,8 millones de latinoamericanos. Este relativo fracaso epidemiológico responde a múltiples causas, y en un análisis crítico que evite el reduccionismo sería incorrecto desvincularlo de los procesos de ajuste económico y de reforma del Estado, así como tampoco podría ser atribuido exclusivamente a estos factores.

Un examen pormenorizado de la gestión de los programas de control de las enfermedades transmisibles en la Región permitió comprobar que en esos años hubo un debilitamiento de las funciones del Estado, junto con una pérdida de capacidades (*know-how*) en salud pública para el desempeño de algunas

de las funciones esenciales en el nivel local. Por ejemplo, la lucha contra la tuberculosis en Colombia fue descentralizada como una de las prestaciones que integraban el paquete básico de salud. Los mecanismos de contratación y pago adoptados atentaron contra el seguimiento del tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) y por eso su implementación se volvió marginal y se desactivó del programa vertical, en el nivel del Ministerio de Salud nacional. En ese caso, la descentralización asumió formas más similares a los modelos de privatización y delegación que al modelo de desconcentración, que podría haber resultado más apropiado para la tuberculosis. En lo que atañe a las funciones esenciales de salud pública, tales como el control de la tuberculosis, el mecanismo de pago debería incentivar la oferta y no la demanda.

También en Colombia, se observaron reducción de los recursos y resultados muy dispares en la lucha contra la malaria y la enfermedad de Chagas como consecuencia de la descentralización. Una manifestación concreta fue la reducción relativa de los recursos para esos programas, así como el hecho de que los mejores resultados correspondieron a los municipios más importantes, por su disponibilidad de recursos propios asignados a la lucha contra esas enfermedades.

En el caso del Brasil, la descentralización se orientó hacia los modelos de desconcentración y devolución. Pero, en su origen, la reforma sanitaria tendió a priorizar la asistencia médica al tiempo que redujo el énfasis en salud pública y enfermedades transmisibles. Como consecuencia, se eliminaron los programas verticales sin que se aplicaran estrategias horizontales consistentes en los niveles de los estados y los municipios. La interrupción de los incentivos financieros llevó a su vez a que se abandonaran las acciones del programa de tuberculosis entre 1994 y 1998, que fue luego retomado cuando se dispuso de nuevos incentivos y se aplicó la estrategia del DOTS. Lo mismo sucedió con la lucha contra la lepra, aunque en este caso fue más gradual y sistemático el restablecimiento de la cobertura. En 2004 la lucha contra la lepra estaba bien administrada, con buena coordinación entre los niveles central y local. En el programa de lucha contra la enfermedad de Chagas, la reforma provocó una pérdida de recursos humanos calificados y con lo cual se desactivó una masa crítica que permitiera mantener inversiones estratégicas para el control de esa enfermedad.

Algo similar ocurrió en la Argentina. El reciente aumento de la incidencia de la enfermedad de Chagas en algunas provincias del norte y oeste del país revirtió parcialmente el éxito alcanzado en su momento por el programa

centralizado. Se observó que luego de la descentralización del Programa Nacional de Chagas entre 1981 y 1983, no se recuperó la tasa anual de rociado con insecticidas hasta 10 años después, cuando el programa fue horizontalizado y se apeló a la activa participación de los pobladores rurales afectados en las acciones de rociado. Durante el decenio 1981-1990 y a comienzos del siguiente, la falta de capacitación de recursos humanos y el paulatino debilitamiento de la participación social, del monitoreo y de la evaluación de las acciones de control redujeron la capacidad del programa para controlar el vector y la transmisión de la enfermedad, tanto en escala nacional como en las provincias de mayor riesgo, que carecían de un programa funcional propio. Esa tendencia volvió a agudizarse hacia fines del siglo XX y continúa hasta hoy.

En el extremo opuesto citar la experiencia de Bolivia, donde el programa de lucha contra la enfermedad de Chagas no ha sido descentralizado hasta el momento y la estrategia de control, financiada por un proyecto del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ha dado buenos resultados. Los municipios fueron estratificados según su nivel de riesgo y se realizó una fase de rociado masivo con insecticidas entre 1999 y 2002, y otra de vigilancia post-rociado entre 2002 y 2004. Como consecuencia, se observó una fuerte caída de la presencia de *Triatoma infestans* en los municipios de riesgo. Para los próximos años se anticipa una descentralización de las acciones de control y vigilancia en los departamentos, pero hay dudas acerca de la sustentabilidad de la estrategia en lo futuro.

En el Ecuador, el programa de lucha contra la enfermedad de Chagas se creó en forma centralizada en 2003, y esta enfermedad figuró por primera vez como endemia prioritaria en el Plan del Ministerio de Salud para 2005-2006. Aunque es un programa centralizado, los gobiernos locales y municipales participaron en la organización y aportaron recursos locales. Se espera que este programa logre mantener un buen equilibrio entre los enfoques verticales y su ejecución horizontal.

En el caso de Venezuela, se observó una fuerte correlación entre la centralización de los programas y los ciclos de crecimiento económicos basados en el petróleo. Los programas verticales de control de la enfermedad de Chagas y de la malaria se mantuvieron entre 1950 y 1970, cuando los ingresos petroleros eran cuantiosos y permitían la expansión del gasto público. En esos años se redujo sustancialmente la infestación de las viviendas por los vectores de la enfermedad de Chagas. Con la caída de los precios del petróleo y la consiguiente crisis económica venezolana en los veinte años finales del siglo XX, los programas

se descentralizaron a los departamentos, con un total traspaso de atribuciones pero sin transferencia de los recursos financieros correspondientes. Se hicieron entonces marcadamente irregulares la intensidad de las acciones de control y la efectividad de los programas locales, y volvieron a aumentar los niveles de infestación. Recientemente, con el enorme crecimiento de los ingresos provenientes del petróleo y el enfoque centralizador del actual gobierno, los programas venezolanos se encuentran nuevamente en proceso de centralización.

En forma paralela y simultánea, en algunos países de América Central (El Salvador, Guatemala y Honduras) la descentralización asociada a una estrategia de participación comunitaria ha logrado progresos en la mejora del sistema de vigilancia epidemiológica y en la identificación de casos para tratamiento parasitocida. El papel de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) en la ayuda técnica internacional, al proveer recursos especializados humanos, financieros y técnicos, ha sido crucial para el éxito de la estrategia hasta el momento.

Los debates sostenidos en este encuentro y que se han recogido en el presente volumen no permiten aún afirmar concluyentemente que los procesos de descentralización hayan dejado un saldo negativo o positivo en la salud de la Región. Los estudios por país no siempre permiten el control de ciertas variables asociadas a la naturaleza de la descentralización y tampoco determinar si esta fue completa y si se cumplieron los pasos esenciales para la implementación de los procesos.

Por un lado, los hechos parecen evidenciar que los programas centralizados permiten obtener resultados más rápidos y tienen mayor apoyo financiero de los organismos multilaterales y bilaterales, además de ser más fáciles de evaluar. Por otro lado, los programas horizontales favorecen la participación comunitaria en las acciones de control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, y por ello mismo pueden contribuir a aumentar las probabilidades de que la vigilancia sea sustentable a largo plazo.

Tampoco se dispone en la Región de información epidemiológica consistente para gran número de enfermedades transmisibles, de modo que las informaciones recabadas por los ministerios de salud suelen ser de baja calidad. En lo que hace a la enfermedad de Chagas, por ejemplo, los estudios de incidencia y prevalencia han sido insuficientes en su cobertura temporal y geográfica, pues representan solo algunas áreas y grupos afectados.

No obstante las muchas limitaciones mencionadas, se pueden destacar algunas lecciones aprendidas. Una que parece reunir consenso entre los trabajos aquí presentados y discutidos es que, al descentralizar los programas, se debe preservar la injerencia del Gobierno central en la promoción de campañas nacionales de control, el mantenimiento y mejoramiento de los sistemas de información y de la elaboración e interpretación de los datos disponibles, el suministro de recursos que incentiven la colaboración entre provincias o departamentos y localidades, y el ejercicio de un efectivo control de calidad sobre todo el sistema.

También hubo consenso sobre que algún grado de transferencia de recursos e incentivos financieros entre los niveles central y local debe continuar existiendo en las estrategias de descentralización de los PCET. Los mecanismos de asignación condicionada de fondos para usos determinados, que permiten combinar la financiación local con la de fuentes del Gobierno central (incluidas eventualmente las de procedencia internacional, en los países más pobres), deberían tenerse en cuenta en los procesos de descentralización. En tal sentido, los denominados compromisos de gestión y contratos-programas, cuya utilización se encuentra más extendida en Europa y los Estados Unidos, parecen constituir herramientas que favorecerían una gestión más adecuada de los programas de control de las enfermedades transmisibles.

La falta de datos válidos y sistemáticos, y de informaciones epidemiológicas básicas sobre las enfermedades transmisibles en la Región, sugiere la necesidad de que se establezca un laboratorio para la investigación y la sistematización de experiencias y buenas prácticas, al menos para las llamadas enfermedades descuidadas, que deben incluir, por cierto, la enfermedad de Chagas.

Como resultado de la Reunión sobre Descentralización y Gestión de Programas para el Control de las Enfermedades Transmisibles en América Latina y el Caribe, se propuso que sería conveniente la búsqueda de fondos por parte de los organismos internacionales presentes (OPS, BID, JICA) y de otros que quieran incorporarse, para financiar investigaciones sobre la implementación de las actividades y programas generadores del bienestar público regionales en lo que atañe al control y reducción de las enfermedades transmisibles en un futuro próximo.