

# ¿HACIA DÓNDE DEBE ORIENTARSE EL PAB EN COLOMBIA?

*Naydú Acosta Ramírez<sup>(1)</sup>*

---

<sup>1</sup>. Profesor Asociado, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor II, Cendex

# ¿Hacia dónde debe orientarse el PAB en Colombia?

## ¿Cuál es la problemática del PAB?

Teniendo en cuenta que dentro de las funciones de salud pública, el Plan de Atención Básica (PAB) como responsabilidad gubernamental cumplió ya más de 10 años de formulación (a partir de la Ley 100 de 1993), el Ministerio de la Protección Social designó al Centro de Proyectos para el Desarrollo – CENDEX- de la Pontificia Universidad Javeriana para el análisis y definición de elementos de ajuste del PAB, el cual permitiera mejorar la eficiencia y eficacia del actuar estatal. El proyecto, denominado “Costo-efectividad y elegibilidad de las intervenciones del PAB”, tuvo como propósito final el promover tanto la mejor inversión de recursos escasos, como fomentar la implementación de intervenciones de comprobada efectividad que se reflejen finalmente en la mejoría de las condiciones de salud de la población, responsabilidad a cargo del Estado.

El PAB es un paquete de servicios que incluye servicios colectivos y algunos servicios individuales de salud pública y saneamiento ambiental, los cuales se dirigen a toda la población y complementan los servicios prestados por las aseguradoras (ARS y EPS) en los planes obligatorios de salud –POS- para los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El PAB está constituido por las intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que se orientan a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de 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 vacunación, prevención, detección precoz y control de las enfermedades transmisibles.

Dentro de la problemática del PAB se han identificado: (1) Se invierte una cantidad importante de recursos estatales, por ejemplo para el año 2003 se destinaron aproximadamente 339 mil millones de los recursos del sistema general de participaciones para salud pública; (2) No existen análisis previos que determinen si las intervenciones en las que se invierten esa suma importante de recursos se justifican socialmente y en términos de la relación costo-efectividad (entendido como la obtención de los mejores beneficios posibles con los menores costos); (3) Aunque existe reglamentación e importante desarrollo normativo para este paquete de servicios, la priorización de intervenciones a desarrollar se caracteriza por la definición de líneas muy amplias de acción, con especificación de algunas actividades asociadas a patologías, las cuales pueden no ser coherentes con la especificidad del perfil de salud de la población colombiana; (4) En la implementación del PAB se encuentra que generalmente los operadores son las Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales reciben un monto muy relevante de los recursos destinados al PAB con lineamientos no específicos y escaso monitoreo del desempeño final; (5) En la operación persiste la utilización de modelos de atención tradicionales intramurales, para los cuales existe evidencia de limitada cobertura y efectividad final. Se destina también una amplia porción de los recursos PAB al desarrollo de talleres educativos, por lo cual surge la pregunta de cuáles estrategias alternativas pueden ser implementadas.

## Un abordaje para el ajuste del PAB

Dentro del anterior contexto, el CENDEX desarrolló un análisis en cuatro componentes: (1) Revisión de la efectividad de las intervenciones, procedimientos y actividades de prevención y promoción del PAB, (2) Elegibilidad de esas intervenciones, (3) Análisis de costos y (4) Evaluación financiera y de costos de un paquete mínimo de intervenciones del PAB.

El análisis de efectividad incluyó una revisión, con la técnica de metanálisis, de la efectividad reportada en estudios en diferentes poblaciones y compilación de un listado de intervenciones de comprobada efectividad. Paralelamente se analizó el perfil de mortalidad del país y se calcularon AVISAS para la carga de enfermedad poblacional. El componente de elegibilidad consideró la complementariedad de las intervenciones del PAB con las acciones del POS para el régimen subsidiado y contributivo y mediante un consenso de expertos determinó las preferencias sociales sobre un listado mínimo de intervenciones para el PAB.

El estudio de costos incluyó la definición y estandarización de las actividades que debe realizarse desde cada intervención y su competencia desde la salud pública. Se realizaron búsquedas de información en diferentes entes territoriales con el fin de estudiar “Casos” específicos de las intervenciones seccionadas que actualmente se estuvieran ejecutando, o de estudios de la base de datos Cochrane, los cuales fueron el fundamento para la asignación de recursos físicos, humanos, y financieros a cada actividad, y finalmente se estimó el costo de cada intervención. La evaluación financiera, determinó diferentes escenarios de la factibilidad, a partir de los recursos económicos disponibles, de incorporar al PAB las actividades, procedimientos e intervenciones de prevención y promoción más costo-efectivas.

## Una propuesta de reorientación del PAB

El estudio define una propuesta de un listado mínimo de intervenciones costo-efectivas para el PAB (véase la tabla siguiente).

*Tabla 1. Propuesta final de un paquete mínimo de servicios del PAB*

Actividad	Avisas Evitados	Costos	Población Beneficiada
Fortificación con vitamina A y Zinc de alimentos con alto contenido en fibras, de niños menores de cinco años (95% de cobertura)	11.564	1.490.535.623	4.756.117
Suplementación con vitamina A dos veces al año en centros de salud y diaria con Zinc, de niños entre seis meses y cinco años (95% de cobertura)	7018	1.379.819.679	1.997.569
Promoción de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida (80% de cobertura)	219.423	282.794.068	223.358
Terapia VIH antirretroviral: drogas de primera y segunda línea con monitoreo estandarizado	92.923	46.537.733.077	42.128
Educación a trabajadores sexuales (95% de cobertura)	102.471	1.215.751.092	19.625
Doblar el máximo impuesto de importación al tabaco (89% sobre el último precio al detalle con un incremento del 600%) + Prohibición bien visible en avisos propagandísticos de tabaco mediante legislación + Disseminación de información sobre los riesgos del tabaco.	44.131	255.746.186	9.125.951
Desinfección del agua en los puntos de uso para su consumo humano con solución de hipoclorito de sodio + Comunicación para la movilización social en las comunidades	4.972	3.418.931.654	7.304.922
Suplementación con hierro durante el embarazo (95% de cobertura)	3.971	1.572.150.297	265.238
Programa nacional de pautas de televisión para el grupo de	0	588.469.708	279.198

Actividad	Avisas Evitados	Costos	Población Beneficiada
intervenciones de nutrición			
Uso de toldillos y mosquiteros + Fumigación Intradomiciliaria con 80% de cobertura	8.854	185.970.550.197	4.852.280
<b>Totales</b>	<b>495.327</b>	<b>242.712.481.582</b>	<b>28.866.387</b>

Este listado de actividades se clasifica en dos grupos. En el primero se incluyen las denominadas colectivas, estas son: Fortificación con vitamina A y Zinc, Promoción de la lactancia materna, Educación a trabajadores sexuales, Doblar el máximo impuesto de importación al tabaco, Desinfección de agua en los puntos de uso para consumo humano y Programa nacional de pautas de televisión para el grupo de intervenciones de nutrición. Este grupo se prestaría a la totalidad de la población y contiene actividades complementarias a las acciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan Obligatoria de salud Subsidiado (POS-S) en la provisión de servicios para las enfermedades más relevantes por el perfil epidemiológico.

En el segundo grupo se encuentran las actividades individuales de alta externalidad, como son Suplementación con vitamina A y Zinc dos veces al año, Terapia VIH antirretroviral, Suplementación con hierro durante el embarazo y uso de toldillos y fumigación intradomiciliar. El segundo grupo, es complementario con el POS y el POS-S, al proveer servicios individuales priorizados para población no asegurada, ni cubierta por los anteriores planes.

El estudio<sup>2</sup> concluye que ante la existencia de recursos limitados, es necesario priorizar en las enfermedades más representativas de la población, con intervenciones de comprobada efectividad, las cuales pueden ser consolidadas en un paquete mínimo de actividades para el PAB, tal como se presentó en la tabla anterior.

---

<sup>2</sup>. Estudio de consultoría contratado y entregado al Ministerio de la Protección Social en el 2004.