

A decorative graphic consisting of several thin, grey, curved lines of varying lengths and directions. Some lines end in small, open circles. The lines are scattered across the page, with one prominent line curving from the top left towards the center, and another curving from the bottom left towards the right. There are also several smaller lines and circles in the lower half of the page.

SALUD

Este tema corresponde a la primera línea programática: "La Revolución de la Cultura Ciudadana" . del Plan de Desarrollo de Medellín 2001-2003.

PROGRAMAS EVALUADOS

PROGRAMA CIUDAD SALUDABLE

Una ciudad saludable tiene un significado más amplio e integral que la salud de su población o que la existencia de unos servicios de salud adecuados. Es también un concepto relativo y variable, ya que puede tener significados diversos para ciudades, poblaciones y culturas diferentes.¹

El Ministerio de Salud incorporó la Estrategia de Municipios Saludables agregándole un contenido adicional, que consiste en hacer énfasis en la necesidad de superar la violencia, por ser la primera causa de muerte en Colombia. Es así como se le denomina *Estrategia de Municipios Saludables por la Paz*. El programa se inspira en los principios de la promoción de la salud y se enmarca en la estrategia global de “Salud para Todos en el Año 2000 (SPT 2000)”. El objetivo de esta estrategia es que la gente en todos los países tenga al menos un nivel de salud que les permita trabajar productivamente y participar de manera activa en la vida social de la comunidad.

Para cumplir con la estrategia se definieron metas mínimas regionales para el año 2000 por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las metas para las Américas son las siguientes:

- La expectativa de vida al nacer se fija en 70 años.
- La mortalidad infantil se establece en no más de 30 defunciones de menores de un año por 1.000 nacidos vivos.
- Vacunar a todos los menores de un año contra la difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, poliomielitis y en los casos necesarios, tuberculosis; vacunar contra el tétano a todas las mujeres embarazadas y ampliar la cobertura a los grupos que constituyen objetivos prioritarios respecto a otras enfermedades transmisibles según este indicador.
- Proporcionar agua potable y saneamiento básico al mayor número posible de habitantes para 1990 y ampliar esta protección a todos para el año 2000.

1 Comité Intersectorial de Ciudades Sanas. Declaración de Liverpool sobre el Derecho a la Salud. Liverpool, marzo 30 de 1988. En: Traducción del Grupo de Promoción de la Salud (Ciudades Sanas), Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Alicante, España.

- Asegurar en el año 2000 el acceso a todos los habitantes de cada país a los niveles apropiados de los servicios de salud.

El propósito del programa *Ciudad Saludable* en el Plan de Desarrollo 2001-2003, es “... hacer de Medellín una ciudad saludable, con la participación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos agentes ejecutarán acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, aseguramiento de la población, prestación de servicios de salud con eficiencia, eficacia y calidad, mediante el desarrollo de la red de servicios públicos y privados”.

Puede interpretarse lo anterior, como una definición restringida al sector salud y de éste a las prioridades definidas en la Ley 100/93 que enfatiza el aseguramiento, el fortalecimiento de la red de servicios y el plan de atención básica, y no como lo dimensiona la Organización Panamericana y Mundial de la Salud.

INVERSIÓN EN SALUD, ENERO 2001 A JUNIO 2003

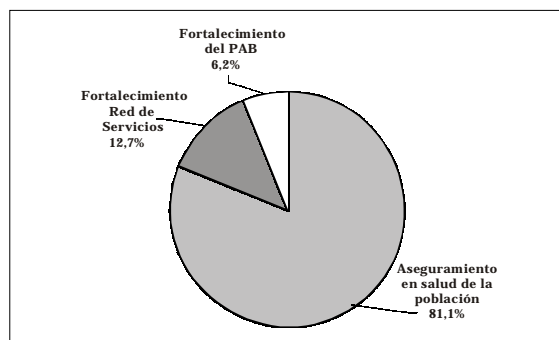
El Plan Financiero del Plan de Desarrollo de Medellín 2001-2003, asigna a los programas de salud un total de \$271.691 millones, los cuales comparados a valores constantes de 2001, representan un incremento real del 7.87% frente a lo ejecutado durante el trienio anterior.

Esta asignación representa una participación del 10% frente a la estimación total correspondiente al Plan de Inversiones del Plan de Desarrollo y del 22.8% si sólo se tiene en cuenta el aporte de la administración central municipal al Plan de Inversiones.

Este total de recursos asignados al Programa *Ciudad Saludable* y sus respectivos subprogramas (Aseguramiento, Fortalecimiento de la Red de Servicios y Fortalecimiento del PAB –Plan de Atención Básica–), se distribuyó dentro del Plan de Inversiones, según se presenta en el gráfico 1.

Así, como se aprecia en el gráfico, la principal prioridad está en cumplir las responsabilidades frente al subprograma de aseguramiento y particularmente el subsidio con cargo a recursos del Fosyga, transferencias y recursos de cajas de compensación, para lo cual se asignó el 81.1% del presupuesto, en tanto que para el fortalecimiento de la red de servicios pública, asignó el 12.7% y para el Plan de Atención Básica, se destinaron partidas que corresponden al 6.2%.

Gráfico 1. Distribución presupuestal para inversión en salud



Fuente: Plan de Inversiones, Plan de Desarrollo de Medellín 2001-2003.

A junio de 2003 los recursos para régimen subsidiado presentaron una ejecución real del 29.9% y nominal del 56.0% explicado en parte por la contratación con las ARS que no recibieron oportunamente las bases de datos y que en los dos primeros años no operó en el municipio el principio de libre elección. También se explica por las diferencias de las fechas de corte del año fiscal y la contratación en salud que está definida por norma, entre abril y marzo de cada año y entre octubre y septiembre del mismo. A lo que se debe agregar el hecho de que varios de los rubros de salud no fueran interpretados de acuerdo con las normas que tiene el sector salud para la ejecución del gasto.

Subprogramas

Aseguramiento en Salud

El subprograma de Aseguramiento en el Plan de Desarrollo tiene como meta *mantener la población afiliada al régimen subsidiado y ampliar coberturas de acuerdo con los recursos disponibles del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Esto explica, en parte, el bajo crecimiento de la afiliación al régimen subsidiado, en tanto se encuentra supeditado a los recursos del orden nacional y queda implícita la no destinación de recursos propios para ampliar cobertura. Durante el trienio sólo se ampliaron 8.000 cupos por año; lo que se puede calificar como crecimiento deficiente (ver tabla 1).

Tabla 1. Afiliación a la seguridad social en salud por regímenes, Medellín 2001-2003

Regímenes	2001	2002	2003
R. contributivo*	1.349.183	1.426.607	1.102.923
R. subsidiado	232.596	239.530	248.661**
Vinculados***	865.639	861.781	762.712
Total	2.447.418	2.528.018	2.114.296

*Fuente: Proceso de Compensación Fosyga, promedio de afiliación con corte a 3/9/03.

** Contratos firmados en abril con las ARS hasta septiembre 2003.

*** Información del Sisbén del año 2003, corte del 30 de abril, porque no se han unificado las bases de datos del histórico y el barrido.

De la tabla 1 es importante destacar las inconsistencias en lo referente a la sumatoria de los afiliados y beneficiarios, tanto del régimen contributivo, el subsidiado y los vinculados, que no corresponde con la población total de la ciudad; pues la población proyectada para Medellín según el DANE a junio 30 de 2003 se estimaba en aproximadamente 2.049.131 habitantes, la cual es diferente a la población total señalada en la tabla 1 para el año 2003, y si bien es muy aproximada, a ésta faltaría sumarle la población afiliada a las entidades adaptadas y regímenes especiales como: universidades públicas estatales, magisterio, Ecopetrol, fuerza pública, etc. Otra posible explicación es la información entregada por las EPS que incluye población del valle del Aburrá y no sólo de Medellín, como también la falta de un sistema de información nacional y local que garantice la información oportuna de la población, que por la calidad e inestabilidad del empleo al perderlo, no se retiran de la base de datos y continúan siendo compensados por el sistema.

Según estos datos, el aseguramiento en el régimen subsidiado pasó de 232.596 en el 2001 (9.5%) a 248.661 beneficiarios al 30 de abril de 2003 (11.7%). Ni la administración municipal ni la nacional lograron la meta planteada por la Ley 100/93 de obtener en el 2001 cobertura universal, un solo plan de beneficios y una unidad de pago por capitación (UPC) unificada; explicado por las dificultades de las variables macroeconómicas que suponían para el 2001 mejoramiento del empleo y obviamente reactivación de la economía. También se puede explicar este bajo crecimiento en afiliación al régimen subsidiado, al hecho de que la administración 2001-2003 priorizó la atención a las personas en el primer nivel de atención apoyando financieramente a Metrosalud; en el segundo nivel de atención al Hospital General que, desde el punto de vista de su oferta de servicios, no es de su competencia, sino del Departamento; y la construcción de obras suntuosas como la Plaza de Toros, el Palacio de Exposiciones, el Parque de los Deseos, etc; y no el aseguramiento en salud de la población más pobre y vulnerable.

El número de afiliados al régimen contributivo, según la tabla 1, pasa de aproximadamente 1.349.183 afiliados en el 2001 (55.1%) a 1.102.923 afiliados a junio de 2003 (52.1%), dato que al compararlo con el primer semestre de 2001 muestra un leve descenso (3.08%), aunque este es mayor si se comparan las cifras del 2002 con respecto a las del primer semestre del 2003, con un descenso en la cobertura en 323.684 afiliados. Dichas reducciones pueden explicarse por las inconsistencias ya anotadas, a la reducción del empleo y calidad del mismo.

En un comparativo de afiliación, tanto del régimen contributivo como el subsidiado, se observa que Medellín supera en un 7.3% el porcentaje de afiliación al del nivel nacional, pero se encuentra por debajo de la afiliación departamental en 5.2%, como se puede apreciar en la tabla 2.

Tabla 2. Comparativo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud por ente territorial, 2001-2002

<i>Nombre del indicador (%)</i>	<i>Colombia 2001*</i>	<i>Antioquia 2002*</i>	<i>Medellín 2002**</i>
Cobertura en aseguramiento	56.5	69.0	65.8

Fuente: *Gobernación de Antioquia. Departamento Administrativo de Planeación. Estamos construyendo una Antioquia nueva, y lo vamos logrando. Principales indicadores Colombia-Antioquia, 2001-2003.

**Proceso de compensación Fosyga, promedio de afiliación al régimen contributivo con corte a 3-9-03, sumado con afiliación al régimen subsidiado, según datos de la Secretaría de Salud, con corte a 30 de abril de 2003.

Se pudo constatar mediante entrevista con funcionarios de Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) que contratan con el municipio los subsidios en salud que, en los dos primeros años de la administración de Luis Pérez, se presentaron varias dificultades dentro de las cuales merece destacarse la no entrega oportuna de la base de datos. Esta situación está directamente relacionada con los resultados de la investigación realizada por la Contraloría General de Medellín, que arrojó como resultado una serie de hallazgos, para los cuales la Secretaría presentó un plan de mejoramiento el 21 de noviembre de 2002. El equipo auditor de la Contraloría pudo constatar que la ARS Comfama recibió la base de datos de la Secretaría de Salud el día 24 de junio de 2002 para el contrato 200 de la contratación del mes de abril; igual fenómeno sucedió con la ARS Salud Vida. Este hecho conlleva a que no se garantice el acceso oportuno a la prestación del servicio a 23.812 beneficiarios”.²

Lo anterior demuestra que la Secretaría de Salud no realiza una efectiva administración de la base de datos, no sólo en su actualización, sino también en la entrega oportuna a las ARS con las cuales contrata régimen subsidiado. Con ello, se ocasiona un perjuicio grave a la población en cuanto impide el acceso al sistema de población que cumple los requisitos y se dificulta la atención oportuna de quienes ya están afiliados. De esta manera, se ha incumplido con la Ley 594 del 4 de julio de 2000 del Congreso de Colombia, *por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones*.

El equipo auditor verificó el cumplimiento de la acción de mejoramiento a través de las resoluciones Nos. 549 y 550 de 2002 y su respectivo edicto de diciembre de 2002, y las resoluciones 013 y 014 de marzo 20 y 21 de 2003 con sus correspondientes edictos de marzo 25 y marzo 26 de 2003. Lo anterior se realizó después de que en diciembre de 2002 se hiciera el cruce de regímenes subsidiado y contributivo, obteniendo un total de 16.383 personas con duplicidad de afiliación, lo que fue publicado por edicto y enviado a cada ARS para su verificación, con lo cual se logró obtener un total de 13.570 personas por retirar; por no certificar su desvinculación con la EPS; lo que indica que hubo liberación de cupos del régimen subsidiado (8.000 cupos aproximadamente).

2 Contraloría General de Medellín. Informe Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral de Seguimiento al subprograma Aseguramiento en Salud. Secretaría de Salud. Medellín, junio de 2003.

Con respecto a los vinculados, el número de sisbenizados en el 2001 era de 865.639 (35.3%), pasó a 762.712 (36.0%), cifra aproximada a lo que oficialmente reconoció el Secretario de Salud en la Mesa realizada por la Veeduría el 10 de septiembre de 2003 en el Hotel Nutibara y en el programa de radio de la Veeduría “Ojo a Nuestra Ciudad”, donde habló de aproximadamente 750.000 vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Medellín.

La política es priorizar la asignación de los subsidios en salud a la población clasificada por el Sisben en niveles 1 y 2 de pobreza, y se acepta que falta población por encuestar, denominada por la Secretaría como “vinculados no identificados”, tarea que tiene encomendada por contrato la Secretaría de Planeación al Instituto Metropolitano de Educación (ITM), y que asciende, según datos de facturación de atenciones realizadas por Metrosalud, a 70.000 personas aproximadamente.

Es necesario precisar que los porcentajes de afiliación a la seguridad social no están relacionados directamente con el acceso a los servicios asistenciales de salud, y si bien es bajo el aseguramiento para Medellín, el acceso a los servicios por niveles de complejidad son igualmente deficitarios.

Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud

Durante los últimos tres decenios, y desde el momento en que los servicios de salud comenzaron a organizarse sistemáticamente en Colombia, algunos planes de desarrollo de la ciudad de Medellín han contemplado la implementación o fortalecimiento de una red de servicios de salud.³ La pretensión de dicha red consiste en garantizar la prestación integral de tales servicios a la población en general y haciéndola extensiva a los diferentes niveles de atención en salud, involucrando tanto al sector público como al privado.⁴

En opinión de los gerentes de dos instituciones prestadoras privadas como la Clínica Soma y la Clínica Medellín, en la ciudad no existe una red de servicios de salud, más cuando a los beneficiarios del régimen subsidiado luego de atenderlos hay que generar doble facturación: una para la ARS y otra para la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, que es la principal deudora. Al respecto, se destacan las dificultades que en la contratación viene teniendo el Hospital Universitario San Vicente de Paúl con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, desconociéndose para dicha institución no sólo toda una tradición

3 Como es el caso del Plan de Desarrollo de Medellín que tenía como objetivo “Desarrollar la red de oferta pública de servicios de salud en sus 3 niveles de atención mediante su crecimiento financiero, administrativo y técnico”. (Citado en el Balance al Plan de Desarrollo de Medellín, 1995-1997, p. 30.) Y en el del 98-2000, en el cual dentro de los programas contemplaba el de “fortalecimiento de la Red de Servicios en los diferentes niveles de complejidad”. (Citado en el Balance al Plan de Desarrollo de Medellín, 1998-2000, p. 166).

4 “El Decreto 1770 del 3 de agosto del 94 (Reglamentario parcial de la Ley 100 del 93), expedido por el Ministerio de Salud, en su artículo 26, define la Red de Servicios, como un sistema que organiza la totalidad de los servicios de salud existentes en el ente territorial, de tal manera que se garantice su funcionamiento dinámico y fluido, con el único propósito de brindar una atención integral y humanizada al conjunto de habitantes del entre territorial.” (Proyecto del Subsistema de información de la red de servicios de salud del departamento de Antioquia. Graciela Arias Villegas y Jhon Jairo Builes Arcila. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Programa Desarrollo de la Red de Servicios de Salud del Departamento de Antioquia. Medellín, 2000, p.12.

de compromiso con los sectores sociales más vulnerables de la ciudad y el Departamento, sino toda una capacidad instalada, técnica, científica y humana.

De las aproximadamente 4.875 IPS⁵ que conforman la red de servicios de la ciudad de Medellín, sólo funcionan en red las 10 unidades hospitalarias, los 38 centros de salud y los 6 puestos de salud de Metrosalud,⁶ que brindan el primer nivel de atención, y el Hospital General de Medellín que atiende el segundo nivel.

El gobierno del Alcalde Luis Pérez G. comprometió su administración con el fortalecimiento de la red pública dirigida básicamente en tres frentes:

Atención a la población vinculada

Por población vinculada al sistema, se entiende aquella parte de la población que no se encuentra afiliada ni al régimen contributivo ni al régimen subsidiado y no tiene capacidad de pago. Para el caso de Medellín y según el Plan de Desarrollo 2001-2003, es población que debe ser atendida en su totalidad en la ESE Metrosalud.

La atención a vinculados hace parte del subprograma: *Fortalecimiento de la red de servicios de salud*; el Plan lo define como convenios con la ESE Metrosalud, lo que significa no solamente el cumplimiento de la ley, sino también un apoyo a la Red de Metrosalud, pues es una entidad que se encuentra distribuida en todo el territorio municipal y facilita el acceso geográfico a la población vinculada que para el caso del convenio asciende, según Metrosalud y la Secretaría de Salud, a una población de 750.000 personas aproximadamente, los cuales se encuentran sisbenizados y se llaman vinculados identificados; las personas no identificadas también acceden a la red de Metrosalud.

Según el informe presentado por la ESE Metrosalud a la Veeduría, el contrato para la atención del primer nivel de vinculados en los tres años asciende a la suma de \$67.342.276.000. Logro que destacan en sus intervenciones el Secretario de Salud y el Director encargado de Metrosalud, cuando dicen que tienen cubierto el primer nivel de complejidad para la población de Medellín.

Tabla 3. Detalle de facturación de la ESE Metrosalud, 2001-2003

<i>Especificidad</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>Total</i>
Población vinculada	700.000**	750.000	750.000	
Valor contratado	14.225,444	24.316,832	28.800,000	67.342,276
Vinculados Identificados Atendidos	298.217	285.302	197.453*	780.972
Vinculados no Identificados Atendidos	70.811	68.702	32.862*	172.375
Total vinculado	369.028(52.7%)*	354.004(47.2%)	230.315(30.7%)	953.347

Fuente: Detalle de facturación 2001-2002-2003, Grupo informática ESE Metrosalud.

*Población atendida a junio de 2003.

**Población identificada N1, N2, N3 contratación Secretaría de Salud.

5 De acuerdo con lo planteado en el Diagnóstico Georreferenciado realizado en 1998, que aparece en el Plan Local de Salud de Medellín, 2001-2003, p. 48.

6 www.metrosalud.gov.co

Llama la atención el número de personas que durante estos tres años aún no han sido identificadas (sisbenizadas), aproximadamente 70.000 personas, y el bajo porcentaje de acceso a los servicios de salud de la población vinculada: un 52.7% en el 2001, 47.2% en el 2002, y un 30.7% a junio de 2003.

Vigilancia y Control del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (S.O.G.C.)

Al principio del trienio estaba contemplada en el Plan de Desarrollo como un proyecto para ser ejecutado en el periodo de la administración municipal 2001-2003, pero pasó a ser competencia de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia por lo dispuesto en la Ley 715 del 2001, que ordena definir en el primer año de vigencia el Sistema de Garantía de la Calidad (mediante el Decreto 2309 del 2002) y el sistema de acreditación de IPS, EPS y otras instituciones que manejan recursos del Sistema General de la Seguridad Social en Salud.

Con respecto a la administración de los recursos públicos y a las estrategias de actuación orientadas al fortalecimiento de la red pública de servicios de salud en la ESE Metrosalud, se puede afirmar que:

- En lo referente al mejoramiento de la infraestructura, la administración municipal, por intermedio de Metrosalud, consiguió ejecutar obras por un monto cercano a \$3.353.000.000 e iniciar otras por \$691.309.000. Llama la atención el hecho de que a la fecha de la presentación del informe de Metrosalud a la Veeduría, aún no se habían ejecutado obras programadas por un monto superior a los 5.700 millones de pesos.
- Respecto a inversión en dotación, se ejecutaron convenios por un valor cercano a los \$2.800.000.000, con énfasis en consulta externa y salud oral por una parte, así como con una destinación (dotación para cumplir requisitos esenciales) por \$1.300.000.000, y a los sistemas de información por \$518.000.000. Como puede apreciarse, estos dos últimos rubros ascienden a más del 50% de lo invertido en dotación, lo cual junto con la inversión en infraestructura, es ya un indicativo de los avances de la administración de 2001-2003 en procura del “*desarrollo y crecimiento locativo, financiero, administrativo y técnico de la red pública de los servicios de salud*”, propósito que, como quedó expresado anteriormente, está inconcluso desde mediados de la década anterior.⁷
- Realizando una distribución por zonas de Medellín encontramos que el 50.8% del presupuesto para infraestructura se destinó a la zona suroccidental del Municipio, haciendo énfasis en la asignación de recursos en la Unidad Hospitalaria de San Javier; en segundo lugar, la zona nororiental de la ciudad con el 18.2%, teniendo la mayor inversión en la construcción del centro de salud de Carpinelo; en tercer lugar la zona noroccidental con el 13.0%, con

7 Veeduría al Plan de Desarrollo de Medellín. Balance General Plan de Desarrollo 1995-1997 Medellín, 1998. pp. 35-38.

mayor asignación de recursos para el reordenamiento del plan maestro de la Unidad Hospitalaria del Doce de Octubre, a la fecha sin ejecutar, y en el cuarto lugar, en un porcentaje similar al anterior, quedó la zona suroriental con el 12.9%, destinados principalmente a la construcción del Centro de Salud de El Poblado, obra ya ejecutada, y muy criticada por la comunidad entrevistada.⁸

Algo similar puede afirmarse en lo que concierne a la ESE Hospital General de Medellín (H.G.M), puesto que desde 1994 ha centrado sus esfuerzos en la construcción de la llamada “nueva torre” y en la renovación tecnológica del mismo Hospital, así como en la remodelación de sus instalaciones originales. En el plan financiero del Plan de Desarrollo 2001-2003, se incluyeron asignaciones para la infraestructura de este Hospital por un valor de \$9.000.000.000 distribuidos entre los años 2001 y 2002; cabe anotar que según informe de auditoría realizado por la Contraloría General de Medellín, la inversión total del proyecto de construcción y dotación de la nueva torre de servicios y remodelación del H.G.M. estuvo cercana a los \$40.000.000.000, con un 88.12% de financiación por parte del Municipio de Medellín.

La importancia de dicho proyecto radica en las expectativas de solución al déficit de instituciones prestadoras de servicios de salud con mayor nivel de complejidad. Llama la atención el hecho siguiente: 99.781 personas en el año 1997 y 143.403 personas se quedarían sin atención de mediana y alta complejidad; según estimativos para el año 2015, se espera que a los 3 años de entrar en operación la nueva torre se logre atender un total de 75.000 personas adicionales por año, reduciendo el déficit de atención en el tercer nivel a 2.700 usuarios en el año 2015.⁹

En este sentido, es válido reconocer el cumplimiento de la administración 2001-2003 con las políticas trazadas en cuanto al fortalecimiento de la red, así como es posible que en cierta forma, la gestión esté en sintonía con las observaciones y recomendaciones emanadas de la Veeduría para el trienio 1995-1997.¹⁰

No obstante lo anterior, como lo observó la Contraloría de Medellín y que corrobora la Veeduría, estas mayores inversiones por parte de la administración de Medellín se hicieron en infraestructura para atender patologías de mediana y alta complejidad, actividades que son responsabilidad, según la Ley 100/93, del departamento de Antioquia y no del Municipio, pues a éste le corresponde atender la demanda de atenciones de primer nivel de complejidad como lo está

8 ESE Metrosalud. Metrosalud articulada al Plan de Desarrollo 2001-2003 “Medellín Competitiva”. Programa Ciudad Saludable. Informe Veeduría. Medellín, 2003.

9 Contraloría General de Medellín. Auditoría al proyecto “Construcción y dotación nueva torre de servicios y remodelación del Hospital General de Medellín”. Equipo de Auditoría, Subdirección Técnica de Auditoría Fiscal con alcance Hospital General de Medellín. Medellín, 2002. p. 64.

10 Veeduría al Plan de Desarrollo de Medellín. Balance General Plan de Desarrollo 1995-1997. Medellín, 1998. pp. 35-38.

haciendo a través de Metrosalud. Lo que quiere decir que el Hospital General de Medellín se encuentra y se encontrará en deuda con la población de la ciudad, pues cuando requiere atenciones de segundo y tercer nivel requiere orden de atención por parte de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, trámite señalado popularmente en nuestro medio como el “Carrusel de la Muerte” nombre que denota las dificultades de acceso que tiene la población vinculada o subsidiada para ser atendida en las instituciones que tienen contrato con el Departamento.

Vigilancia y Control a la E.S.E Metrosalud y Hospital General de Medellín

Tal como quedó enunciado anteriormente, la vigilancia y el control del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (S.O.G.C), es competencia de la Seccional de Salud de Antioquia, no obstante, el cumplimiento de dicho sistema de calidad es inherente a las personas e instituciones que prestan el servicio, sin que ello implique que se esté depositando toda la responsabilidad sobre ellos.

La garantía de la calidad es un componente, el cual junto con los de habilitación y acreditación, se convierten en parte integral del sistema de garantía de la calidad propiamente dicho, cuya responsabilidad debe involucrar a todos los actores o agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (llámense promotores, prestadores, administradores, operadores, gobernantes, empresarios).¹¹

La mayoría de los funcionarios entrevistados para este estudio coinciden en afirmar que en Metrosalud y en el Hospital General, Empresa Social del Estado, la prestación de servicios mantiene presentes, en mayor o menor grado, dichos componentes, y afirman que las instituciones prestadoras de servicios de salud cumplen con la normatividad vigente.¹²

Es oportuno advertir que la divergencia presente entre la mirada institucional y la mirada de los usuarios acerca de la calidad del servicio, obedece básicamente a una diferencia de modelos al momento de evaluar la prestación del mismo. Para los funcionarios y gran parte de los profesionales entrevistados, el énfasis de la evaluación está puesto en los resultados, en tanto que, los usuarios tienden a evaluar más que todo el proceso (sin desestimar los resultados) y exigen un mayor control sobre éstos, en tanto se involucran como beneficiarios de los programas.

Una de las divergencias entre el ente institucional y otros agentes sociales para este trienio, es con respecto a la construcción del Centro de Salud de El Poblado, que mientras las directivas lo ven como positivo y como una oportunidad para demostrar que lo público puede ofrecer servicios de excelente calidad y ser

11 Decreto 2309 de 2002. Régimen de Seguridad Social en Colombia. Legis.

12 Entrevistas con funcionarios de las ESE Metrosalud, con los gerentes del Hospital General de Medellín y con miembro del Sindicato de Trabajadores de Metrosalud. Septiembre de 2003. Para conocer contenido de las entrevistas, remitirse a la Veeduría.

competencia de lo privado, otros actores consideran que con dicha inversión se hubieran podido financiar modificaciones y adecuaciones en la infraestructura de centros y puestos de salud en las comunas más pobladas de Medellín y que la requieren con urgencia.

Con respecto a lo anterior, surge la discusión sobre la percepción que tiene la población sobre la calidad de los servicios prestados por un ente público o privado al considerar que, “las instituciones públicas prestan servicios de regular calidad y las privadas de mejor calidad”. Esta premisa es confirmada en la respuesta dada por las personas encuestadas por el Centro Nacional de Consultoría, cuando se les preguntó su opinión respecto al servicio ofrecido por las IPS públicas y privadas prestadoras del 2º y 3º nivel de atención, y manifestaron que era más eficiente o de mejor calidad el servicio ofrecido por las privadas.¹³

FORTALECIMIENTO Y AMPLIACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA (PAB)

El Plan de Atención Básica (PAB), es un plan de beneficios definido en el artículo 165 de la Ley 100/93, como un plan que complementa las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y las acciones de saneamiento ambiental (alimentos, medicamentos, saneamiento básico y zoonosis), son acciones dirigidas directamente a la colectividad o a los individuos que presentan externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control del consumo del tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores; las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria. El PAB origina lineamientos en tres componentes básicos: Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad y Vigilancia de la salud pública, para ser desarrollados a través de acciones colectivas enmarcadas en los planes de desarrollo de cada gobierno nacional, departamental y municipal.

El Plan de Desarrollo de Medellín 2001-2003 tiene como objetivo “*garantizar mejores condiciones de salud física, síquica y social a las colectividades y evitar que el daño en la salud aparezca, se prolongue o genere secuelas evitables*”.

El PAB que presentó la Secretaría de Salud, fue estructurado con los siguientes subprogramas:

Vigilancia Epidemiológica. Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

Vigilancia y control de los factores de riesgo del consumo y del ambiente.

13 Veeduría al Plan de Desarrollo de Medellín. Encuesta de opinión ciudadana. Medellín, 2003.

Acciones de Promoción y Prevención del POS para la población del régimen subsidiado a cargo de la entidad territorial, de acuerdo con la Ley 715 de 2001, el Acuerdo 229 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la resolución 968 de julio de 2002 del Ministerio de Protección Social, antes Ministerio de Salud.

Para cumplir con estos compromisos, la Secretaría de Salud firmó convenios de desempeño con la ESE Metrosalud para realizar 290.000 actividades del PAB en vigilancia epidemiológica; 400.000 actividades para desarrollar el PAB en vigilancia y control de factores de riesgo del consumo y del ambiente; 215.000 actividades para desarrollar el PAB en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y altas externalidades.

Según el informe presentado a la Veeduría, Metrosalud articulada al Plan de Desarrollo 2001-2003 "*Medellín Competitiva*", dice: *la unidad de saneamiento ambiental de Metrosalud desarrolla acciones de prevención y vigilancia a nombre de la Secretaría de Salud de Medellín mediante convenios interadministrativos, cuyo valor asciende a \$3.450.000.000 millones de pesos.*

Como se observa en la tabla 4, el número total de actividades no corresponde con el número total de acciones programadas en el Plan de Atención Básica, pero también llama la atención que acciones que corresponden a la Secretaría de Salud son contratadas con un ente prestador de servicios asistenciales individuales, Metrosalud.

Tabla 4. Acciones de prevención y vigilancia mediante convenios administrativos 2001-2003

<i>Acciones</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>Total</i>
Establecimientos que manejan alimentos	6.398	9.376	12.861	28.635
Establecimientos abiertos al público	2.835	7.434	18.041	28.310
Atención de quejas sanitarias	13.519	5.739	6.282	25.540
Acciones frente al dengue	9.795	5.219	2.760	17.774
Animales vacunados contra rabia	7.603	17.329	9.092	34.024
<i>Total</i>	40.150	45.097	49036	134.283

Fuente: Actas de facturación Unidad de Saneamiento Ambiental, 2001-2003. Metrosalud.

A la fecha de cierre del estudio no fue posible aclarar las cifras destinadas al PAB. Durante el año 2001, Metrosalud no contrató el PAB con el municipio; los recursos fueron trasladados al año 2002, donde también se presentaron dificultades en su ejecución, a lo cual se agregaron las dificultades operativas para cumplirles a las ARS con las acciones de promoción y prevención, según lo estipulado por la Ley 715.

Se destaca el aumento de las enfermedades infecciosas sometidas a vigilancia epidemiológica en el PAB, cuyo control y erradicación es responsabilidad de la administración municipal y la Secretaría de Salud. Al respecto, llama la atención

el aumento que ha presentado particularmente el dengue, la tuberculosis, la varicela, y el VIH (sida), control que está contratado por las Secretaría de Salud con la ESE Metrosalud (ver tabla 5). Con respecto al VIH (sida), dos expertos infectólogos de la Universidad de Antioquia llaman la atención sobre la desaparición del programa de atención, seguimiento y control de esta patología de alto costo, que con respecto a la epidemia mundial, el municipio no está haciendo nada, aduciendo que no es su responsabilidad.

Tabla 5. Enfermedades infecciosas en Medellín, 2001-2003

<i>Enfermedad</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003*</i>
Varicela	589	588	550
Dengue hemorrágico	6	8	58
Dengue clásico	311	1.066	1.307
Tuberculosis extrapulmonar	75	78	33
Tuberculosis miliar	19	24	13
Tuberculosis ganglionar	37	34	23
Tuberculosis peritoneal	14	14	3
Tuberculosis pleural	66	88	35
Tuberculosis respiratoria	678	756	379
VIH (sida)	433	451	

Fuente: Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica - SIVIGILA. Municipio de Medellín, 2001-2003.

*Los casos son los informados hasta el periodo epidemiológico 7.

RED DE JÓVENES

En el subprograma de fortalecimiento y ampliación del Plan de Atención Básica se ubica la propuesta de la Red de Jóvenes, cuyo objetivo para el trienio era *“conformar una red de instituciones del sector salud, educativo y social que trabaje en la prevención de los factores de riesgo de la drogadicción, alcoholismo y sexualidad insegura en los jóvenes”*.¹⁴

La conformación de la red, según la Coordinación de la Red de Jóvenes de la Secretaría de Salud, es una propuesta que se viene desarrollando desde el año 2000 con corte al año 2002. Para esa vigencia se conformó una red con la participación de 90 instituciones y sólo hasta el 13 de marzo de 2003, se inicia la segunda etapa del proyecto. Ésta pretende adicionar 350 instituciones y continuar con un proceso de acompañamiento para las 40 que venían con el proyecto anterior. Al mes de octubre de 2003 se habían conformado 32 grupos de mediadores en toda la ciudad. También se han constituido 67 grupos de jóvenes que se han vinculado por medio de los talleres con alrededor de 450 maestros, funcionarios o personal de las instituciones con las que se está capacitando como mediadores.

14 Pérez Gutiérrez. *Op. cit.* p. 52.

La entidad ejecutora del proyecto para el 2003, seleccionada después de un proceso de licitación de carácter internacional, fue la Universidad de Antioquia.

PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL A GRUPOS POBLACIONALES Y VULNERABLES

LA SITUACIÓN NUTRICIONAL EN MEDELLÍN

La situación nutricional del municipio de Medellín no puede analizarse al margen de las difíciles condiciones por las que atraviesa el país, las cuales afectan significativamente el ámbito económico, político, social, cultural y ambiental. Uno de los flagelos que más se ha incrementado y que se convierte en detonante de otros como la desnutrición, es la pobreza; para 1999 la línea de pobreza nacional representa el 64% de la población; en cuanto la pobreza extrema, el 23%,¹⁵ acentuándose considerablemente en el área rural, sin dejar de ser significativa y preocupante en la parte urbana.

Según el ICBF, para el año 2000 en el país la desnutrición aguda representaba el 0.8%, la global el 6.7% y la crónica el 13.5%.¹⁶ A nivel departamental, la situación con respecto a los mismos indicadores presenta un aumento significativo: la global era del 32.7%, mientras que la crónica era del 25.6% y la aguda del 19.9%.¹⁷ A nivel municipal, el panorama no deja de ser alarmante, pues en el caso concreto de Medellín, los niveles de desnutrición infantil para el 2001 no sólo son altos, sino que en el caso de la desnutrición crónica y global, éstas han venido en ascenso.

Tabla 6. Tipo de desnutrición en Medellín, 2000-2002

<i>Tipo de desnutrición</i>	<i>2000-2001*</i>	<i>2002**</i>
Global (peso/edad)	34.6%	35.3%
Crónica (talla/edad)	42.9%	47.6%
Aguda (peso/talla)	10.5%	8.9%

Fuentes: * Secretaría de Salud. Investigación realizada sobre el "Perfil epidemiológico del menor en Medellín 2000-2001"

**Convenio interadministrativo Secretaría de Solidaridad-Universidad de Antioquia. Informe consolidado Interventoría, Programa Restaurantes Escolares para el año 2002.

Para hacerle frente a esta situación, el Plan de Desarrollo de Medellín 2001-2003, concretamente en la primera línea *La Revolución de la Cultura Ciudadana*, en los programas de atención a grupos poblacionales y vulnerables, planteó varias estrategias para mejorar la situación alimentaria y nutricional de

15 FEDESARROLLO. Informe de pobreza y evaluación de la red de asistencia social. En: Coyuntura Social, No. 26. Mayo, 2002, Bogotá.

16 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. *Atención a nivel vulnerable, un compromiso de todos*. Informe, 2003.

17 Gaviria, Guillermo. Plan de Gobierno 2001-2003. Gobernación de Antioquia. http://www.gobant.gov.co/programa_gobierno/pgobierno.htm.

diferentes grupos poblacionales, confiriendo gran interés a los niños, jóvenes, adultos mayores y desplazados.¹⁸

En esta evaluación se hará énfasis en los proyectos que en el Plan se adoptan como eje central de atención el mejoramiento alimenticio y nutricional de los diferentes grupos poblacionales objeto de intervención, de los que se obtuvo información.

PROGRAMA ATENCIÓN SOCIAL A GRUPOS POBLACIONALES

RESTAURANTES ESCOLARES

Para el periodo 2001-2003, en la presentación de la ficha EBI (Estadísticas Básicas de Inversión) del proyecto de Restaurantes Escolares de la ciudad de Medellín, se planteó como objetivo general *“contribuir al mejoramiento del estado nutricional y social de la población escolar entre los 6 y 14 años de edad, brindándoles una complementación alimentaria, una educación nutricional y social que mejore los procesos de organización y participación comunitaria consolidando proceso de autogestión, que mejoren la calidad de vida de los menores usuarios y sus grupos familiares en los estratos 1, 2 y 3 de la ciudad de Medellín y sus corregimientos”*.¹⁹ En cuanto la meta, se propuso generar una cobertura hasta alcanzar 120.000 cupos y mantener ésta durante los tres años de gobierno. La dependencia encargada de la coordinación de los proyectos para el año 2001, fue la Secretaría de Bienestar Social; con la reestructuración de la administración municipal, pasó a llamarse Secretaría de Solidaridad. Este programa estaría operado por cinco unidades distribuidas en la ciudad de la siguiente manera:

- Unidad Integral No. 1: se ubica en el barrio Aranjuez, en la que se cubren las comunas 1, 2, 3 y 4.
- Unidad Integral No. 2: se localiza en el barío Castilla, integrando las comunas 5, 6 y 7.
- Unidad Integral No. 3: ubicada en el barrio La Candelaria, atiende las comunas 8, 9 y 10 y el corregimiento de Santa Elena.
- Unidad Integral No. 4: se localiza en el barrio La América, la cual cobija las comunas 11, 12, 13 y los corregimientos de Palmitas y San Cristóbal.
- Unidad Integral No. 5: se ubica en el barrio Belén, la cual integra las comunas 14, 15, 16 y los corregimientos de Altavista y San Antonio.²⁰

18 Pérez Gutiérrez. *Op cit.* p. 52

19 Secretaría de Bienestar Social. Ficha de Estadística Básica de Inversión. Proyecto de Restaurantes Escolares de la ciudad de Medellín. Código BPIN 50-05001-1550. Medellín, 2001.

20 Entrevista con Ana María Hernández, nutricionista del programa de Restaurantes Escolares. Secretaría de Solidaridad. Medellín, 20 de agosto de 2003.

Balance del Programa de Restaurantes Escolares

Se resalta la firma de dos convenios interadministrativos entre la Secretaría de Solidaridad con la Universidad de Antioquia y la ESE Metrosalud, para ser ejecutados en el año 2002²¹. Con la Universidad de Antioquia se contrató la implementación de un trabajo de seguimiento, medición y control de procesos y resultados del programa de Restaurantes Escolares.

Paral el 2002,²² la interventoría realizada por la Universidad de Antioquia encuentra que tanto docentes tesoreros, como madres procesadoras e integrantes del comité, consideran que las asesorías y las capacitaciones no son continuas y que además deben diversificarse. En lo concerniente a la capacitación de los menores, el grupo procesador considera que éstos deben ser capacitados sobre la importancia de los alimentos y el aprovechamiento de los mismos.²³

En cuanto a la prestación del servicio de los *restaurantes escolares* y el comportamiento de los contratistas, en lo que se refiere al cumplimiento de los términos del contrato, la interventoría señala lo siguiente:

En el caso de los restaurantes escolares, se denotaron algunas irregularidades en el estado higiénico sanitario, relacionadas con las condiciones locativas y la falta de una capacitación permanente para las madres procesadoras de alimentos que hacen parte de la modalidad de desarrollo compartido. Al respecto encuentra:

*“(...) factores de riesgos bastante preocupantes: por ejemplo, los elementos que comprenden el indicador de saneamiento básico es crítico (26.9%). Igualmente lo es el que corresponde al personal manipulador de alimentos (48.5%). A diferencia de los anteriores, lo atinente a equipos y utensilios obtuvo el cumplimiento más alto (77.2%)”.*²⁴

En cuanto a los contratistas, el personal encargado de la interventoría identificó que de las seis empresas seleccionadas bajo la licitación pública No. 15 de 2001, tanto los que se encargaban de la entrega del complemento preparado como los que hacen parte de la modalidad de desarrollo compartido, cumple en general con el 84.5% con los requisitos del decreto 3075 de 1997 y los contratistas que participan en la modalidad de desarrollo compartido un cumplimiento general del 61.5%²⁵.

Con la ejecución de la propuesta de intervención en convenio con la ESE Metrosalud llevado a cabo entre febrero y octubre del 2002, se buscaba mejorar

21 Secretaría de Bienestar Social. Seguimiento Plan de Acción a diciembre 2001.

22 Antes de dar paso al balance de la ejecución del programa de *Restaurantes Escolares* del año 2002, es necesario hacer la salvedad que para su elaboración se tuvo en cuenta como fuente, la interventoría realizada por la Universidad de Antioquia, la cual ofrece una valoración integral del funcionamiento del mismo, al hacer una evaluación del comportamiento de cuatro componentes fundamentales para su desarrollo como son: la capacitación, asesoría, participación comunitaria y complemento alimenticio.

23 Convenio interadministrativo Secretaría de Solidaridad-Universidad de AntioquiA. *Op cit.* p. 10.

24 *Ibid.* p. 64.

25 *Ibid.* p 65.

el estado nutricional de 8.000 niños, con mayor compromiso nutricional, usuarios de los restaurantes escolares.²⁶ Según los resultados de esta intervención, en febrero el compromiso nutricional de los menores era el siguiente: la desnutrición global representaba el 43.3%, la crónica el 51.9% y la aguda el 11.1%; para el mes de octubre estos porcentajes presentaron cambios, disminuyendo al 38.7%, 49.8% y 8.9%,²⁷ respectivamente, lo que se debió al proceso de intervención sin que esto pueda generalizarse a todo el municipio.

Para el siguiente año, con corte a junio de 2003, según el Centro de Estudios de Opinión de la Universidad de Antioquia, el estado nutricional de los niños clasificados como muestra para determinar cambios en la población beneficiaria, mostró disminuciones en el riesgo de los tres indicadores (desnutrición global, crónica y aguda) en comparación con la medición antropométrica del estudio anterior (realizado por el grupo interventor en el año 2002), siendo más representativa entre los 15 y 18 años de edad; el rango de edad que tuvo aumento en el riesgo y disminución en la normalidad fue entre los 13 y 14 años. Cabe señalar que a pesar de estas disminuciones, el grupo interventor agrega que *“se debe realizar otro tipo de estudios que permita establecer con certeza si la disminución de los riesgos nutricionales está soportada por el almuerzo, desayuno o refrigerio que consumen los menores dentro del programa de Restaurantes Escolares”*.²⁸

Sin embargo, aunque se evidencian estas leves disminuciones, se hace la salvedad de que *“(...) los resultados siguen siendo alarmantes y estando por encima de los índices reportados para el país por la OMS”*²⁹; se señala además que, en todos los grupos de edad se evidenció retraso de peso y estatura para la edad, es decir, que los niveles de desnutrición global y crónica siguen siendo muy altos y preocupantes en Medellín.

En este año se continúa con el convenio interadministrativo entre la Secretaría de Salud y Metrosalud, aumentándose el número de beneficiarios que ascendió a 20.000 niños escolares con significativo compromiso nutricional.

Teniendo presente la ejecución total del convenio, considerando los 28.000 niños atendidos (8.000 en el año 2002 y 20.000 en el año 2003) según Metrosalud, éste tuvo una ejecución presupuestal de \$1.717'111.259. Concretamente el primer convenio (191 de febrero de 2002) tuvo un valor de \$734.071.259; en cuanto al segundo (219 de diciembre de 2002), su valor fue de \$683.040.000.

26 Entrevista con Carlos Alberto Giraldo, nutricionista de la Unidad Hospitalaria de Metrosalud de San Cristóbal. Medellín, 2003.

27 ESE Metrosalud. Metrosalud articulada al Plan de Desarrollo de Medellín Competitiva 2001-2003. Programa Ciudad Saludable. Informe Veeduría. Medellín, 2003.

28 *Ibid.* p. 5

29 Centro de Estudios de Opinión, Universidad de Antioquia. Clasificación de menores en edad escolar de 106 instituciones donde funciona el programa de *Restaurantes Escolares* de la Secretaría de Solidaridad del municipio de Medellín. Medellín, 2003. p. 3.

El desarrollo de este proyecto de intervención nutricional “(...) *comprendió acciones en lo educativo a través de 2.519 talleres a los cuales asistieron 75.570 padres de familia (...) paralelamente se desparasitaron 8.000 niños y se realizó evaluación y seguimiento nutricional a 28.000, entregando bajo supervisión profesional 431.695 libras de un suplemento nutricional balanceado*”.³⁰

La implementación del proyecto y sus resultados recibieron el reconocimiento del “Premio Nacional Gustavo Toro Quintero” (alianza entre Fundación Éxito y la Universidad de Antioquia), ocupando el segundo lugar entre 32 postulaciones de todo el país. Según el nutricionista Carlos Giraldo, este tipo de propuestas de intervención adquieren significativa importancia y logran impactar positivamente por la estrategia de evaluación y seguimiento periódico que le caracteriza.³¹

El Programa de Restaurantes Escolares en el Plan de Inversiones

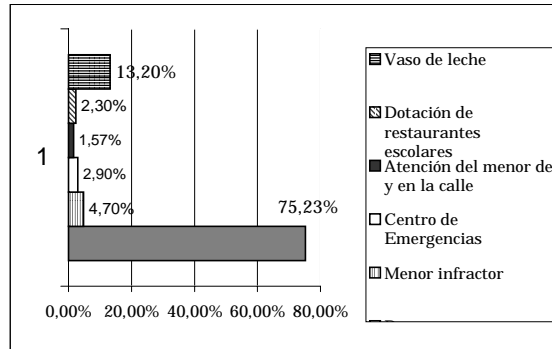
El programa de *Restaurantes Escolares* ha tenido tradicionalmente un importante reconocimiento y aceptación en el municipio. De igual forma, la administración municipal del doctor Pérez Gutiérrez, confirió especial énfasis en términos de asignación presupuestal y de ejecución, como se puede apreciar en el gráfico 2, dicha asignación varía considerablemente con relación a los demás proyectos que conforman la política de atención integral de la niñez, representando el 75.23% del total de destinación presupuestal durante el trienio 2001-2003 (junio). Específicamente, en términos presupuestales, el proyecto según la Evaluación del Plan de Acción de la Secretaría de Solidaridad, recibió en total una asignación de \$53.477.404.794 millones.

Se estableció como meta anual para este programa, alcanzar 120.000 cupos. La destinación presupuestal para este primer año de gobierno fue de \$13.371.686.100 millones; la ejecución real fue del 99%. Se dejaron de invertir un total de \$10.674.286.

30 Metrosalud. Metrosalud articulada al Plan de Desarrollo de Medellín 2001-2003. Programa Ciudad Saludable. Informe Veeduría. *Op.cit.* p. 39.

31 Entrevista con Carlos Alberto Giraldo. *Op.cit.*

Gráfico 2. Asignación presupuestal subprograma Atención Integral a la Niñez, 2001-2003 (junio)



Fuente: Secretaría de Solidaridad. Evaluación del Plan de Acción 2001-2003 (junio).

Para este mismo año se planteó la dotación de Restaurantes Escolares y de acuerdo con el Plan Operativo Anual de Inversión, éste recibió una destinación de \$354.500.000 para dotar 82 restaurantes. Según el Plan de Acción, ningún restaurante fue dotado; no obstante el proyecto tuvo una ejecución financiera de \$191.871.066 millones, es decir, el 54% del total asignado, recurso destinado al proceso de compra, aclarándose que la entrega se realizará el próximo año.

En términos de cobertura del programa por instituciones educativas, ésta para el 2001 fue de 347 establecimientos, representando el 73.3% del número de escuelas y colegios públicos existentes para el 2000,³² con un radio de acción que abarcaba tanto el área urbana como la rural. Sin embargo, al hacerse el paralelo del número de niñas(os) y jóvenes matriculados en primaria y básica secundaria en instituciones educativas públicas para el 2001, con el número de cupos ofrecidos en ese mismo año (112.710), se puede aseverar que la cobertura es baja, pues de 304.686 alumnos matriculados,³³ sólo el 37% se vieron beneficiados con el complemento nutricional.

Para el 2002, el programa planteó como meta anual ofrecer 120.000 cupos en los restaurantes escolares, cuyo porcentaje de eficacia fue del 93%³⁴, es decir, aunque el nivel de cumplimiento es alto y representativo, se dejaron de brindar un número de complementos alimenticios que hubieran beneficiado a 6.189 menores escolarizados. La cobertura del programa respecto al número de estudiantes matriculados para este año (311.668)³⁵ fue del 36.5%, inferior a la del año anterior.

32 Gobernación de Antioquia. Anuario Estadístico de Antioquia, 2000.

33 Secretaría de Educación. Informe Edúcame. Mayo, 2003.

34 Secretaría de Solidaridad. Evaluación Plan de Acción, enero-diciembre del 2002.

35 Secretaría de Educación. *Op. cit.*

Para el cumplimiento de las metas enunciadas, el rubro presupuestal asignado fue de \$18.846.585.000; el porcentaje de ejecución fue del 87.1%.

Respecto al 2003 con corte a junio, el rubro asignado fue de \$21.259.133.694, para dar cumplimiento a la meta de 158.980 cupos en los Restaurantes Escolares³⁶; sin embargo, de acuerdo con el corte que se hace a junio de 2003 según la Evaluación del Plan de Acción anexo a junio, de reservas de la Secretaría de Solidaridad, se ha tenido una cobertura de 84%, es decir, se han asignado 101.393 cupos de los 120.000 establecidos en la meta; de igual forma se estipula como fin el número de personas y comités que serán capacitados; no obstante a la fecha de corte, no se presenta al respecto ningún indicador de logro. En cuanto la asignación y ejecución presupuestal destinada para este semestre fue de \$5.053.945.497 (Ver tabla 7).

La cobertura del programa a junio de 2003, en relación con el número de escolarizados existente en Medellín (325.417), fue del 31.1%, inferior a la de los dos años anteriores.

Uno de las estrategias implementadas en esta año para la ampliación de cobertura fue la incorporación al programa de 52 restaurantes que hacían parte del ICBF, estableciendo un convenio en el cual esta institución ofrece un rubro destinado al funcionamiento de los restaurantes y un aporte de bienestarina por cada niño.³⁷

Considerando lo anterior a junio de 2003, el programa de *Restaurantes Escolares* solo ha ejecutado el 65.13% de la destinación trienal.

Tabla 7. Funcionamiento de los restaurantes escolares, 2001-2003

<i>Año</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>Totales</i>
Meta anual	120.000	120.000	120.000	***
logro	112.710	113.811	101.393	***
% de logro	94%	95%	84.4%	***
No. estudiantes**	304.686	311.668	325.417	***
% de cobertura	37%	36.5%	31.1%	***
Asignación	13.371.686.100	18.846.585.000	21.259.133.694	53.477.404.794
Ejecución	13.361.011.814	16.418.724.000	5.053.945.497	34.833.671.311
% de ejecución	100%	87.1%	23.7%	65.1%

Fuente: Secretaría de Solidaridad. Evaluación del Plan de Acción 2001-2003.

*Secretaría de Solidaridad. Evaluación Plan de Acción anexo a junio, de reservas, 2003.

**Secretaría de Educación. Informe Educame. Mayo, 2003.

*** Casillas no acumulables.

36 Secretaría de Solidaridad. Evaluación del Plan de Acción 2003.

37 ENTREVISTA con Elsa Nidia Toro. *Op cit.*

VASO DE LECHE ESCOLAR

Este es un proyecto no contemplado en el Plan de Desarrollo 2001-2003, el cual fue diseñado para ser ejecutado en el 2003³⁸. Se encuentra reglamentado bajo el decreto No. 070 de 2003, diseñado para “brindar un complemento nutricional hasta un 15% a la población escolarizada de 5 a 17 años de edad, en instituciones educativas oficiales del municipio de Medellín, que no se benefician con el programa de *Restaurantes Escolares*”³⁹; dicho complemento nutricional estaría compuesto por un vaso de leche y un energético.

La ficha EBI identifica la difícil situación de la población a nivel nacional y municipal en términos económicos y sociales, lo que ha implicado un aumento en la demanda del servicio de restaurantes escolares; en ese sentido se reconoce que *“los cupos existentes en el proyecto de Restaurantes Escolares, para atender esta demanda son insuficientes y no permite atender la totalidad de la población matriculada en una institución educativa (...)”*.⁴⁰

Considerando lo anterior, se puede afirmar que la justificación del programa de *Vaso de Leche*, además de considerarse como una propuesta para responder a las difíciles condiciones del municipio, obedece a la falta de cobertura e impacto del programa de *Restaurantes Escolares*. Si bien, la implementación de este proyecto es un esfuerzo de la administración 2001-2003 por tratar de ampliar cobertura, el porcentaje de complemento nutricional que aporta a cada niño (15%), no es significativo para tratar de disminuir los niveles de desnutrición de la población infantil, especialmente si se considera que para muchos de estos niños, dicho complemento se convierte en el 100% de su alimentación diaria.⁴¹

El Programa de Vaso de Leche en el Plan de Inversiones

Este proyecto tuvo para el 2003, una asignación de \$6.000.000.410; presentó como meta 151.899 menores atendidos con vaso de leche, propósito que a la fecha de junio 30, según el Plan de Acción de la Secretaría de Solidaridad de 2003, aún no presentaba ningún logro cuantificable, pues para esa fecha se encontraba en proceso de licitación, siéndole adjudicado un total de 40 mil unidades por valor de \$2.082.280.375.

A pesar de tenerse aprobado el proyecto del *Vaso de Leche Escolar* y el Decreto reglamentario del mismo en el mes de enero del año 2003, sólo hasta el mes de junio se inició su ejecución.

38 El proyecto de Vaso de Leche Escolar, fue avalado por el Concejo de Medellín mediante el Acuerdo No. 152 de 2002 y posteriormente reglamentado por el Alcalde de Medellín mediante el Decreto No. 070 de enero de 2003.

39 Decreto No. 070 de enero de 2003. Artículo No. 1.

40 SECRETARÍA DE SOLIDARIDAD. Proyecto de Vaso de Leche Escolar. Ficha de Estadística Básica de Inversión. Sin Código BPIN. Medellín, 2003.

41 Entrevista con Nora Patricia Álvarez, nutricionista y dietista Clínica Infantil Santa Ana. Medellín, 7 de octubre de 2003.

Asistencia a la Tercera Edad

Consideraciones generales de la tercera edad

Según la “Caracterización general del adulto mayor de la ciudad de Medellín” realizada por la Secretaría de Solidaridad en el año 2003, la situación de esta población en el Municipio se ha visto afectada por las dinámicas económicas, sociales y culturales que han caracterizado la sociedad contemporánea, incidiendo notoriamente en el proceso de envejecimiento de la población⁴², a lo que se suma el incremento de la población en proceso de envejecimiento y de la línea de esperanza de vida.

De acuerdo con los datos del CONPES, para el 2000 el 6.9% de la población colombiana era mayor de 60 años⁴³; en Antioquia, para este mismo año, la población mayor de 50 años era de 789.900 personas, 346.100 hombres (44%) y 440.800 mujeres (56%)⁴⁴, mientras que para Medellín, en el año 2001, el porcentaje representaba el 5.6% con 105.612 ancianos.⁴⁵

Considerando lo enunciado, los rangos de edad de la población entendida como adulto mayor varía, lo que implica que el número de la población pueda aumentar o disminuir, dependiendo de los criterios de clasificación poblacional que se adopten. En el caso de Medellín, de acuerdo con la caracterización enunciada, se fijó un rango de edad teniendo presente lo estipulado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el estudio de *La esperanza de vida para Medellín, por sexo y por comuna*, llevado a cabo por el grupo de Investigación Demografía y Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (2001), en el cual se considera como adulto mayor “(...) a toda aquella persona de 65 ó más a los que se encuentra en la culminación de un proceso natural con deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionado por un fondo genético, los estilos de vida que se tienen desde la niñez y los factores ambientales en que vive el individuo”.⁴⁶

Por medio del Acuerdo 18 de 2001, se oficializa para el periodo 2001-2003 en Medellín la política pública para la tercera edad, disposición constituida por los siguientes programas: *Atención preventiva en comunidad al anciano, Programa Revivir, Asistencia al anciano en la Unidad de Atención a la Tercera Edad (UATE) y los Hogares Sustitutos.*

42 Camillo, Inés y otros. Caracterización general del adulto mayor en la ciudad de Medellín. Tercer avance. Comité Interinstitucional Pro Adulto Mayor. Secretaría de Solidaridad. Alcaldía de Medellín, 2003. p. 7.

43 CONPES 2793 - Vicepresidencia de la República - DNP: UDS Santafé de Bogotá D.C., 1995. Tomado de: Camillo, Inés y otros. Caracterización general del adulto mayor en la ciudad de Medellín. Tercer avance. Comité Interinstitucional Pro Adulto Mayor. Secretaría de Solidaridad. Alcaldía de Medellín, 2003. p. 22.

44 Gobernación de Antioquia. Anuario Estadístico de Antioquia, 2000. Tomado de: *Ibid.* p. 23.

45 Secretaría de Planeación de Medellín. Proyecciones del Departamento de Análisis Estadístico, 2002.

46 Camillo, Inés y otros. *Op. cit.* p. 8.

Los programas de atención a la tercera edad y su carácter asistencial y preventivo

Los subprogramas que se desarrollan en la Secretaría de Solidaridad dirigidos a la tercera edad, presentan dos líneas: la asistencial y la preventiva. Estos programas, además de caracterizarse por ser de asistencia, focalizan la población objeto de atención, haciéndose evidente la preocupación por atender los ancianos en estado de indigencia o en riesgo de indigencia, para lo cual se han implementado durante el trienio programas como el de Hogares Sustitutos, el programa Revivir y la Unidad de Atención al Anciano, en los que se prestan servicios de alimentación, vivienda, atención médica y psiquiátrica, recreación y rehabilitación. En cuanto a los programas preventivos, con la atención preventiva en comunidad al anciano, se buscó brindar alternativas de capacitación y proyección comunitaria, recreativa y nutricional a la población de la tercera edad.

Para determinar la población y poder comparar avances al momento de medir la cobertura de estos programas, la Secretaría de Solidaridad estableció para los de corte asistencial una población universo de 7.424 personas, las cuales corresponden de acuerdo con la focalización del Sisbén, a la población del primer nivel de clasificación. Al respecto, merece señalarse que para el programa de carácter preventivo la población universo considerada fue de 166.946 personas mayores de 60 años, de acuerdo con los datos poblacionales de Planeación para el 2002.

Al tomar como referente los Planes de Acción, se puede apreciar que el cumplimiento de la misma durante dos años, superó lo establecido y sólo para el año 2003, el cumplimiento de ésta fue del 97% (ver tabla 8). No obstante, en comparación con la meta anual del Plan de Desarrollo, el porcentaje de ejecución para el 2001 fue del 40%, para el 2002 del 36%, mientras que para junio de 2003 del 33%, en ese sentido el nivel de ejecución del programa es muy bajo en relación con la meta anual, y mucho más en comparación con la población universo (7.424 personas), pues la cobertura alcanza solo el 15%, lo cual es más grave si se tiene en cuenta la población que no está clasificada en el Sisbén.

Llama la atención el bajo cumplimiento de la meta anual, pues no supera el 50% de ejecución; sin embargo, en términos presupuestales, el porcentaje de ejecución es realmente alto, no correspondiendo con el logro de la meta. Nuevamente se hace el llamado frente a las incoherencias en la información registrada en el Plan de Acción.

Tabla 8. Funcionamiento del programa *Asistencia a la tercera edad - hogares sustitutos 2001-2003*

Año/Ítem	Meta anual	Meta social	Logro (ma/l)	% de logro	Asignación	Ejecución	% de ejecución
2001	3.381	1.124	1.355	40%	671.280.000	671.280.000	100%
2002	3.381	1.150	1.212	36%	966.000.000	965.925.000	100%
2003*	3.381	1.140	1.108	33%	850.000.000	600.000.000	70.5%
Total					2.487.280.000	2.237.205.000	90%

Fuente: Secretaría de Solidaridad. Evaluación del Plan de Acción 2001-2003.

* La información de este año fue retomada de la Evaluación del Plan de Acción, enero-junio del 2003, no del Plan de Reservas como en las anteriores tablas.

PROGRAMA REVIVIR

Este subprograma presenta la mayor asignación presupuestal dentro del paquete de programas que comprenden la política de atención a la tercera edad. Para éste se fijó como meta anual, según el seguimiento al Plan de Acción 2001. *“mejorar las condiciones de vida de 2.500 personas mayores de 65 años y mayores de 50 años si son discapacitados o que se encuentran en situación o riesgo de indigencia, a través del cubrimiento de necesidades básicas, canasta alimentaria, seguro exequial, recreación y subsidios”*.

De acuerdo con la formulación del proyecto en la ficha de Estadísticas Básicas de Inversión, la estrategia seleccionada para dar cumplimiento a la meta era contratar la prestación de servicios con entidades especializadas, para lo cual se asignó para el trienio un total de \$3.172.150.791.

El programa Revivir comprende varios componentes que hacen de éste un programa de gran magnitud, entre los que se resalta: el subsidio económico, la canasta alimentaria, el seguro exequial, turismo y recreación, el vestuario, la Red Institucional, el Centro de Transición y el Centro Día.

En lo concerniente al cumplimiento de la meta anual de atender 2.500 ancianos por año, según la Evaluación del Plan de Acción 2001-2003 de la Secretaría de Solidaridad, el cumplimiento de ésta durante el trienio fue constante, a excepción del año 2003, en el cual el porcentaje de cumplimiento fue del 99%; sin embargo, aunque el nivel de cumplimiento fue muy significativo, el porcentaje de ejecución presupuestal fue bajo, pues como se puede apreciar en la tabla 9, a junio de 2003 sólo se habían ejecutado \$1.905.163.831 de \$3.172.150.791 que le fueron asignados para el trienio.

Su nivel de cobertura de acuerdo con la población universo (7.424 personas) fue del 33.4%, que en comparación con el programa anterior es mucho más alta, sin embargo, no cubija a un número poblacional muy representativo.

Tabla 9. Funcionamiento del programa *Revivir*; 2001-2003

<i>Año/Ítem</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Logro</i>	<i>% de logro</i>	<i>Asignación</i>	<i>Ejecución</i>	<i>% de ejecución</i>
2001	2.500	2.511	100.4%	412.470.000	390.423.000	95%
2002	2.500	2.500	100%	1.600.774.000	790.248.000	49.3%
2003	2.500	2.480	99.2%	1.158.906.791	724.492.831	62.5%
Total				3.172.150.791	1.905.163.831	60%

Fuente: Secretaría de Solidaridad. Evaluación del Plan de Acción 2001-2003.

ASISTENCIA AL ANCIANO EN LA UATE

Este subprograma busca “*brindar atención integral a 400 ancianos indigentes de la ciudad de Medellín y sus corregimientos que no pueden valerse por sí mismos y/o que estén en situación de riesgo o abandono, a través de modelo de larga distancia, mediante la prestación de servicios en salud, social, rehabilitación, asistencia básica y acompañamiento espiritual*”⁴⁷, adoptando como alternativa la contratación de servicios y el trabajo de personal del Municipio para ofrecer una atención permanente sin interrupción.

Se estableció como meta, atender de manera integral 400 ancianos durante el trienio. Según la Evaluación al Plan de Acción 2001-2003 de la Secretaría de Solidaridad, la meta durante el periodo tuvo un cumplimiento superior al establecido, mientras que en un informe de gestión de la Caracterización del Adulto Mayor de la Secretaría de Solidaridad⁴⁸ se expone que para el 2001 y 2002 el logro fue del 100% y no del 110% y 122%, respectivamente. Indudablemente, es necesario volver a hacer la anotación frente el manejo inconsistente del cumplimiento de las metas en los Planes de Acción, pues al ser comparadas con otros informes de la Secretaría, se encuentran preocupantes discrepancias. El programa de acuerdo con la población universo (7.424 personas), atiende solo el 6.4% de la población, en ese sentido su nivel de cobertura es poco representativo aunque se hayan adelantado mejoras de infraestructura en la Unidad para ampliar la cobertura. (Ver tabla 10)

**Tabla 10. Funcionamiento del programa
Asistencia al anciano en la UATE 2001-2003**

<i>Año/Ítem</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Logro</i>	<i>% de logro</i>	<i>Asignación</i>	<i>Ejecución</i>	<i>% de ejecución</i>
2001	400	441	110%	944.752.868	711.735.130	75.3%
2002	400	487	122%	845.351.000	843.468.000	100%
2003	400	477	119%	235.181.009	235.181.009	100%
Total				2.025.848.877	1.790.384.139	88.3%

Fuente: Secretaría de Solidaridad. Evaluación del Plan de Acción 2001-2003 (junio).

47 Secretaría de Bienestar Social. Proyecto Asistencia Integral al Anciano Indigente en la Unidad de Atención a la Tercera Edad. Ficha de Estadística Básica de Inversión Código 2000-1567. Noviembre 2000.

48 Suministrado por la funcionaria Teresa Aguilar Rodríguez, coordinadora de la Unidad de Tercera Edad y Discapacidad. 19 de septiembre de 2003.

ATENCIÓN PREVENTIVA EN COMUNIDAD AL ANCIANO

Busca “brindar alternativas de capacitación y proyección comunitaria, recreativas y nutricionales; mediante la organización, promoción y participación activa de la población de la tercera edad, en procura de lograr la autogestión y mejorar la calidad de vida”⁴⁹, se precisaron como productos 2.500 personas atendidas con complemento alimenticio, 57 clubes de vida fortalecidos, y 23.000 personas atendidas.

En cuanto a la meta anual del proyecto, según la Evaluación del Plan de Acción 2001, se determinó que “se orientará a 23.000 adultos mayores para la conformación de clubes de vida y el fortalecimiento de éstos a través del complemento alimenticio y la recreación”, ésta a su vez, se disgrega en tres metas sociales con sus respectivos productos, lo que permite inferir que de los 23.000 adultos mayores en los tres años, sólo el 15% recibió el complemento alimenticio, distando de lo establecido en la meta anual.

La segunda meta social era atender 20.000 ancianos con componente de turismo, de los cuales se atendieron 16.400 personas representando el 82% de cumplimiento de la meta. El componente de turismo y recreación, según el Seguimiento Plan de Acción a diciembre 2001 de la Secretaría de Bienestar Social, se llevó a cabo en convenio con Metroparques, el cual comprendía visitas guiadas, días de sol y eventos.

En lo concerniente a la tercera meta, se planteó fortalecer 20.000 ancianos en sus clubes de vida, el cumplimiento estuvo desierto, teniendo una ejecución presupuestal de \$316.250.000 –el mismo rubro que le fue asignado–, de acuerdo con las observaciones, lo anterior obedece a que en el mes de diciembre se había hecho el contrato con Comfenalco y la implementación del mismo se llevaría a cabo en el mes de enero del año 2002.

De acuerdo con lo anterior, para el año 2001 la asignación presupuestal fue de \$892.590.000, la cual se ejecutó en un 99%; sin embargo, en comparación al desempeño de las tres metas fijadas, sólo una presenta porcentaje de ejecución que no es total, mientras las otras se encuentran desiertas, lo que da cuenta de la baja ejecución del programa durante ese año, quedando comprometida su implementación para el próximo año.

Para el siguiente año (2002), se determinó como primera meta social 2.500 personas atendidas con componente de nutrición, el cumplimiento de ésta fue de 111%. Llama la atención que de acuerdo con lo referenciado en la Evaluación del Plan de Acción 2001, la intención era ofrecer 6.217 canastas, y sólo se ofrecieron 2.770.

49 Secretaría de Solidaridad. Proyecto “Atención preventiva en comunidad al anciano - fortalecimiento - recreación y nutrición”. Ficha de Estadísticas Básicas de Inversión (sin código). Mayo, 2002.

La segunda meta fijó 57 clubes de vida atendidos con componente de fortalecimiento, el cumplimiento de ésta sobrepasó lo establecido atendiéndose 174 clubes de vida que correspondió a 305% de eficacia de la meta, presentándose un sobrecumplimiento.

En cuanto la tercera meta de atender 23.000 personas con componente de recreación, la eficacia fue de 112%; es decir, al igual que la anterior se sobrepasó lo establecido, lo que obedece, según la Evaluación al Plan de Acción, al hecho de que se hubieran programado eventos masivos, lo que permitió aumentar la cobertura. Se resaltan los eventos zonales que se llevaron a cabo en los diferentes clubes de vida de la ciudad, además se elaboraron 25 mil tarjetas doradas para acceder a Metroparques, con quien se estableció un convenio interadministrativo.

En términos de asignación presupuestal, para el 2002 se destinaron \$815.000.000 (ver tabla 11), los cuales se ejecutaron en un 100%. A diferencia del año anterior, para este año, tanto la asignación como la ejecución presupuestal, se hicieron unificadas y no por meta.

Finalmente, para el año 2003 se precisaron dos metas, la primera era atender 23.000 personas con componente de recreación, la cual tuvo una eficiencia de 109%; en cuanto la segunda, se fijó atender 57 clubes de vida con el componente de fortalecimiento, teniendo una eficiencia de 107%, es decir, ambas sobrepasaron lo establecido para el año a junio de 2003, con un presupuesto de \$168.862.250. Para este año no aparece el componente de alimentación, ni tampoco se hace alguna especificación al respecto. Llama la atención que para el mes de junio de 2003, las dos metas establecidas tuvieron una ejecución total, con una asignación presupuestal tan baja.

Es necesario resaltar un elemento fundamental en la ejecución del programa, y es la baja cobertura en lo concerniente al componente de nutrición, pues aunque dentro de la formulación del mismo es considerado como un componente clave, en la ejecución durante el trienio fue poco significativo, pues del total de la meta anual que era atender 23.000 personas con complemento alimenticio, sólo se benefició el 12% (2.770), y si se compara con la población universo que suma 166.946 personas mayores de 60 años, según datos poblacionales de Planeación para el 2002, sólo se benefició el 1.6%.

**Tabla 11. Funcionamiento del programa
Atención Preventiva en Comunidad al Anciano, 2001-2003**

Ítem /año	Meta anual	Logro	% de logro	Asignación	Ejecución	% de ejecución
2001	1011 (complemento nutricional) (PC)	0		892.590.000	890.229.358	99.7%
	20.000 (componente de turismo) (PC)	16.400	82%			
	20.000 (Ancianos fortalecidos en sus clubes de vida) (PC)	0				
2002	2.500 (Componente nutricional)	2.770	110%	815.000.000	814.995.000	100%
	57 (Clubes de vida atendidos con componente de fortalecimiento)	174	305%			
	23.000 (Componente de recreación)	25.718	112%			
2003	23.000 (Componente de recreación)	25.000	109%	168.862.250	168.862.250	100%
	57 (Clubes atendidas con componente de fortalecimiento)	61	107%			
Total				1'876.452.250	1'874.086.608	99.8%

Fuente: Secretaría de Solidaridad. Evaluación Plan de Acción 2001-2003 (junio).

Para el 2001 se estableció como meta social dotar 58 clubes de vida con presupuesto de participación comunitaria (PC). El porcentaje de eficacia de la meta fue cero; sin embargo, tuvo una ejecución presupuestal del 99% de acuerdo con lo registrado en el Seguimiento Plan de Acción a diciembre de 2001 de la Secretaría de Bienestar Social. Según las observaciones de dicho Plan, éste se debió a que se estaba solicitando la liberación del recurso del crédito y se ingresaron al sistema de compras de acuerdo con los requerimientos de dotaciones, además se manifiesta que se hicieron los pedidos y que la dotación sería entregada en el año 2002.

Para el año 2002, la meta social recibe una especificación y ampliación de cobertura en la que se proponen Clubes de Vida dotados con 11.320 sudaderas, tanto la ejecución financiera como el cumplimiento de la meta fue de un 100%. En cuanto la ejecución del año 2003, esta aparece desierta pues según observaciones *“los recursos fueron contra-acreditados para priorizar la asistencia básica del adulto mayor indigente y/o en riesgo de indigencia atendidos en programa de hogares sustitutos”*.⁵⁰

En cuanto al proyecto de las elecciones del Cabildo Mayor se fijó para el 2002 tener un cabildo elegido; las elecciones de éste se llevaron a cabo el 18 de agosto del mismo año, quedando conformado por 21 personas. Las elecciones para conformar el Cabildo Mayor se realizan cada tres años, y son precisamente los Clubes de Vida los que se reúnen y eligen los integrantes del Cabildo Mayor. *“(…) Este es un mecanismo de participación que tienen los adultos mayores donde viene representante por cada comuna y ellos están organizados también con junta directiva y la presidenta del cabildo mayor tiene asiento en la mesa de trabajo de políticas de la Secretaría de Solidaridad, en esa mesa de trabajo*

*confluyen los otros sectores*⁵¹. La asignación presupuestal para este proyecto fue de \$80.000.000 que fuera ejecutada en un 100%.

Para el 2003, se continúa con el Cabildo Mayor ya elegido para lo cual se destinaron \$15.406.305, que a junio se había ejecutado en un 100%. El Cabildo en la actualidad cuenta con una sede, la cual se encuentra patrocinada por la Secretaría de Solidaridad.⁵²

De acuerdo con información suministrada por la Caracterización del Adulto Mayor realizada por la Secretaría de Solidaridad, el Sisbén tiene identificados en Medellín 103.575 adultos mayores distribuidos por sexo, comuna y corregimiento (ver tabla 12). De esta población, un total de 71.154 ancianos no se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social, es decir el 68.6% de personas de la tercera edad se encuentra por fuera de la afiliación.

Concretamente en cuanto al acceso a los servicios de salud de esta población, los mayores inconvenientes se presentan en el suministro de los medicamentos en las ESE Metrosalud, y en las dificultades para acceder a una atención de segundo y tercer nivel de complejidad de competencia de la Dirección Seccional de Salud.

Tabla 12. Distribución de la población adulto-mayor, encuestada y clasificada por el Sisbén Municipio de Medellín

<i>Tipo de afiliación</i>	<i>número de adultos</i>	<i>porcentaje</i>
Afiliado directo	17.364	16.7%
Dependiente o beneficiario	11.822	11.4%
Empresa solidaria	43	0.04%
No está afiliado	71.154	68.6%
Régimen subsidiado	3.192	3%
Total	103.575	100%

Fuente: Sisbén. Distribución de la población adulta mayor encuestada y clasificada por el Sisbén: sexo, comuna y corregimientos en el Municipio de Medellín. s.f.

PROGRAMA ATENCIÓN A GRUPOS VULNERABLES

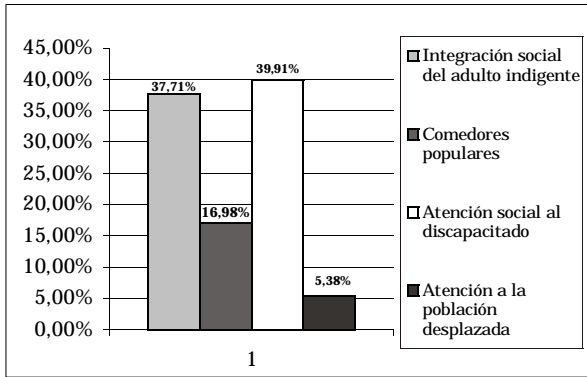
Dentro de lo que se ha denominado *Atención a grupos vulnerables*, en el Plan de Desarrollo de Medellín 2001-2003, la mirada se ha dirigido a las personas que presentan difíciles condiciones de supervivencia o se encuentran en situación de riesgo; en ese sentido se ha considerado que la población más vulnerable en Medellín es la de adultos indigentes, discapacitados, desplazados, y la población que por diferentes circunstancias no puede satisfacer sus necesidades básicas, como es el caso de la alimentación. Para cada uno de estos

51 Entrevista con Teresa Aguilar Rodríguez. *Op. cit.*

52 *Ibid.*

grupos se diseñaron proyectos de atención, recibiendo mayor asignación presupuestal el proyecto de atención social al discapacitado representando el 39.9% del total destinado para el subprograma (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Asignación presupuestal programa Atención a Grupos Vulnerables, 2001-2003 (junio)



Fuente: Secretaría de Solidaridad. Evaluación del Plan de Acción 2001-2003 (junio).

COMEDORES POPULARES

Para la vigencia 2001-2003 del Plan de Desarrollo de Medellín, el Programa de Comedores Populares se convierte en una nueva propuesta para ser implementada en el trienio; la intención de esta propuesta era propender porque las personas más pobres y vulnerables de la ciudad pudieran acceder a “(...) una alternativa de complemento alimenticio con un alto valor nutricional que les permita llevar una vida más digna”.⁵³

El problema o necesidad que justificó la presentación del programa fue que de 1'978.511 habitantes de la ciudad de Medellín a junio del 2000, según datos estadísticos de la Secretaría de Planeación Municipal, 81.374 personas hacían parte de nivel 1 de pobreza según el Sisbén, población que se caracterizaba por ser “(...) un grupo social en riesgo que presenta dos o más necesidades básicas insatisfechas entre las cuales se destaca la relacionada con la alimentación diaria”⁵⁴, agregándose además, la responsabilidad del Estado para garantizar que este grupo pudiera “(...) acceder a un mínimo de recursos indispensables para su existencia física, social y cultural”.⁵⁵

53 Pérez Gutiérrez. *Op. cit.* p. 59.

54 Secretaría de Bienestar Social. Proyecto Comedores Populares. Ficha de Estadísticas Básicas de Inversión. Código 2000-1884. Octubre, 2001.

55 *Ibid.*

En ese sentido se planteó como objetivo general del proyecto “brindar de lunes a viernes un almuerzo balanceado a personas de ambos sexos inicialmente (como prueba piloto) para mayores de 60 años de la ciudad de Medellín, con dos o más necesidades básicas insatisfechas”, bajo las modalidades de almuerzo preparado por la misma comunidad o el distribuido por la empresa contratista. Según la Evaluación del Plan de Acción 2001-2003, aunque se enuncia la asignación de recursos para la elaboración de la prueba, esta fuente no da cuenta de su ejecución.

Sin embargo, de acuerdo a un informe de la Contraloría Municipal de Medellín, esta prueba se ejecutó estableciendo como meta 454 usuarios, cuyo logro fue de 366 para un 81% de ejecución⁵⁶; una incongruencia a resaltar es la determinación del año real de ejecución, según la Contraloría ésta fue en el año 2001, mientras que en la Secretaría de Solidaridad manifiestan que fue en el 2002, culminando en el mes de octubre respectivamente.⁵⁷

De acuerdo con información suministrada por la Secretaría de Solidaridad, la ejecución programada para el 2002 se llevó a cabo en el año 2003, lo que corresponde con la Evaluación del Plan de Acción de 2002.

En la actualidad se tienen instalados un total de 32 comedores populares en diferentes barrios y comunas del Municipio, éstos se encuentran clasificados en almuerzos preparados familiares (14) y almuerzos preparados tercera edad (18). Los primeros se localizan en los barrios Versalles, Carambolas, Bello-Horizonte, La Cruz, Olaya, Doce de Octubre, Kennedy, Vallejuelos, Villa Liliam, Santa Lucía, Ocho de Marzo, Metropolitano, El Corazón y Betania. En cuanto los segundos, se localizan en el Playón, Andalucía, Santa Cruz, Moravia, San Blas, Villa Guadalupe, San Pedro, Santo Domingo, Santa Inés, Popular, Santander, Santa Margarita, Doce de Octubre, Villa Sofía, Los Mangos, Villa Tina, Belén-Rincón y Belén-Zafra.⁵⁸

Es importante resaltar la falta de un proceso de evaluación nutricional que comprenda un seguimiento del antes, durante y después de la implementación del programa que permita determinar el compromiso nutricional de la población, hacer un monitoreo a su evolución y evaluar los logros obtenidos en materia nutricional para dar cuenta de su impacto, lo que probablemente se deba al carácter suministrado al programa por parte de los funcionarios, al considerarlo no como un programa nutricional, sino como una acción que procura satisfacer la necesidad inmediata en la población.

56 Contraloría Municipal de Medellín. Informe del programa de *Comedores Populares*, realizado por el técnico José Uvaldo Zuluaga. (transcripción) *s.f*

57 Entrevista con Clara Inés Sierra, Coordinadora del programa *Comedores Populares*. Secretaría de Solidaridad. Unidad de Programas Sociales Especiales. Medellín, Centro de Emergencia La América, 15 de septiembre de 2003.

58 Secretaría de Solidaridad. Programa *Comedores Populares*, barrios seleccionados 2002 para el 2003. Unidad de Programas Especiales. *s.f.* (suministrado el 15 de septiembre de 2003).

El programa de *Comedores Populares* ha presentado para el trienio diversos cambios que dan cuenta de una deficiente planeación; además, se ha caracterizado por ser un programa compensatorio de asistencia inmediata, cuyo aporte al mejoramiento de la grave situación de desnutrición y a la posibilidad de mejorar las condiciones de acceso al suministro alimenticio por parte de la población, es insignificante.

El Programa de Comedores Populares en el Plan de Inversiones

La asignación presupuestal total del programa fue de \$1.449.276.194; a junio de 2003 la ejecución era del 97%, porcentaje de ejecución que dista de manera considerable con el cumplimiento de la meta social en tanto que de acuerdo con la tabla 13, sólo para el 2003 se reportó logro, el cual representaba el 60% de lo establecido que era atender 5.000 personas con almuerzo preparado, refrigerio y kit alimenticio. En los años 2001 y 2002, aunque se reporta ejecución presupuestal, las casillas de logro de las metas quedan desiertas. En cuanto al logro en relación con la demanda, considerando el total de personas bajo el primer nivel de pobreza que para el 2001 ascendía a 81.374, sólo fue del 3.6%, lo que da cuenta de la baja cobertura e impacto del programa y su carácter asistencialista.

Tabla 13. Funcionamiento del programa Comedores Populares, 2001-2003

<i>Año/Ítem</i>	<i>Meta anual</i>	<i>Logro</i>	<i>% de logro</i>	<i>Asignación</i>	<i>Ejecución</i>	<i>% de ejecución</i>
2001	450	0	0	79.000.000	39.500.000	50%
2002	5603	0	0	757.127.000	757.127.000	100%
2003	5000	3000	60%	613.149.194	613.149.194	100%
Total				1.449.276.194	1.409.776.194	97.2%

Fuente: Secretaría de Solidaridad. Evaluación Plan de Acción 2001-2003 (junio).

ATENCIÓN A LA POBLACIÓN DESPLAZADA

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DESPLAZAMIENTO

Según la Ley 387 de 1997, se entiende por *desplazado* "(...) toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público".

Entre 1985 y 1999 el país contaba con aproximadamente 1.900.000 desplazados. El Codhes manifiesta que existen 2.7 millones de desplazados, mientras que la Red de Solidaridad Social tiene registrados más de 800.000.⁵⁹

Medellín, junto con Bogotá, Sincelejo y Barranquilla, se convierten para el 2002, según la Red de Solidaridad, en los municipios más receptores del país. Medellín como municipio receptor que encabeza la lista, acoge para el año enunciado un total de 9.448 hogares, es decir 40.478 personas, siendo muy significativo el porcentaje de menores de 18 años, representando el 30.5%⁶⁰.

La situación de la población desplazada en la ciudad no sólo es preocupante sino que es ante todo la expresión concreta de la crisis humanitaria que vive la ciudad, en la cual el Estado no alcanza a estar a tono con la responsabilidad que le confiere la ley. Específicamente en el caso de Medellín, vale la pena destacarlo, sólo en el Plan de Desarrollo 2001-2003, vino a incorporarse como programa en la Séptima Línea *Justicia Social, un compromiso inaplazable* la atención a la población desplazada buscando dar cumplimiento a la Ley 387 de 1997 y al Decreto Reglamentario 2569 de 2000, haciéndose énfasis en la importancia de cualificar la atención humanitaria⁶¹, pero aún no con la dimensión del problema real de la ciudad.

Dos de las acciones estratégicas para viabilizar lo anterior estaban relacionadas con el *“fortalecimiento del Comité Municipal de Desplazados (...) puesta en funcionamiento de la Unidad de Atención a la población desplazada (UAD)”*⁶². Mediante estas acciones, se busca *“implementar la oficina de Atención y Orientación a los desplazados en la ciudad de Medellín, para brindar atención humanitaria a esta población mediante la articulación interinstitucional en el marco de la normatividad vigente”*⁶³.

BALANCE DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

Para el año 2001 se tenía como meta social la *“oficina de atención y orientación a desplazados funcionando”*, para lo cual se asignaron \$10.000.000 (esta suma asignada da cuenta de la poca dimensión que se tiene de la problemática). Con estos recursos, señalaron funcionarios encargados del programa, se venía trabajando en el proceso de identificación del espacio para el montaje de la oficina, y que el inicio del proceso sería para el año siguiente.

59 Rendón Uribe, Ómar. Caracterización general de la población desplazada en la ciudad de Medellín. Secretaría de Solidaridad. Alcaldía de Medellín, 2002.

60 Red de Solidaridad Social. Registro Nacional de Población desplazada por la violencia. Acumulado total 50 municipios más receptores. Sistema Único de Información, junio 19 de 2002.

61 Pérez Gutiérrez. *Op. cit.* p. 62.

62 *Ibid.*

63 Secretaría de Bienestar Social. Proyecto de Atención a la población desplazada. Ficha de Estadística Básicas de Inversión. Código 2000-1888, 6 de agosto de 2001.

En el año 2002 se fijaron dos metas, la primera fue la puesta en funcionamiento del Comité de Desplazados; y la segunda, atención y orientación de 10.600 personas en la Unidad de Atención, de acuerdo con la información de la Evaluación al Plan de Acción del 2002. La primera meta se cumplió en un 100%, mientras que la segunda superó la meta de cumplimiento alcanzando el 206%. En cuanto a la asignación presupuestal, esta fue de \$439.500.000, superándose significativamente la destinación del año anterior, en cuanto a la ejecución, ésta fue del 99.8% (ver tabla 14).

Para el año 2003, de acuerdo con la Evaluación del Plan de Acción anexo a junio, de reservas, se establece como meta social 10.600 personas identificadas y orientadas desde la UAO, y de igual forma se habla de familias atendidas con ayuda humanitaria; sin embargo, no se hace explícita la cuantificación de la meta, lo que se presenta como una incongruencia en tanto se unifica la meta en términos individuales con la atención a grupos familiares. Según la misma fuente se atendieron 38.257, pero no hay claridad si son familias completas o personas. En cuanto a la asignación presupuestal, ésta fue de \$265.163.914, cuya ejecución fue total, quedando pendiente por pagar, según las observaciones, \$135.444.654.

*Tabla 14. Funcionamiento del programa
Atención a la Población Desplazada 2001-2003*

Ítem /año	Meta social	Logro	% de logro	Asignación	Ejecución	% de ejecución
2001	1 (oficina de Atención)	0	0	10.000.000	0	0
2002	1 (Comité de desplazados)	1	100%	439.500.000	438.987.000	99.8%
	10.600 (personas atendidas)	21.834	206%			
2003	10.600	38.257	361%	265.163.914	265.163.914	100%
Total				714.663.914	704.150.914	98.5%

Fuente: Secretaría de Solidaridad. Evaluación Plan de Acción 2001-2003 (junio).

Es evidente el aumento de destinación presupuestal que recibe el programa para el año 2002; no obstante, sigue siendo baja frente a la magnitud que representa el problema en el Municipio, lo que se evidencia en el sobrecumplimiento de la meta pues alcanza para el 2003 el 361% de ejecución, es decir, se triplica el número de población desplazada atendida, lo que da cuenta de la agudización del conflicto y ratifica a Medellín como uno de los principales municipios receptores de población desplazada en el país.

Se debe destacar para este trienio, la conformación de la Unidad de Atención y Orientación a la Población Desplazada y la constitución del Comité Municipal de Atención al Desplazado conforme a lo estipulado por la Ley 387 de 1997.

No obstante la atención en salud en el Municipio, la situación de los desplazados es preocupante, lo que obedece en parte a los diferentes cambios normativos y de procedimiento que les ha significado una desmejora considerable

de la atención en salud,⁶⁴ pues ha restringido por un lado, el tipo de servicios a los que tienen acceso y por el otro, se han incrementado los requerimientos para acceder a la atención, entre los que se encuentra la certificación del Sisbén y el desembolso de un copago para quien lo ha perdido todo, perdiéndose la gratuidad de la prestación del servicio.

En lo concerniente a la atención del primer nivel, la ESE Metrosalud ha sido la encargada de atender a esta población; la prestación del servicio ha presentado inconvenientes de carácter legal y financiero que dificultan el ofrecimiento del mismo. Según el Doctor Ómar Vargas *“(...) Metrosalud brinda servicios de salud a través de sistemas de contratación que son vigilados por los organismos de control. Estas personas que vienen a solicitar los servicios no son de la ciudad de Medellín, al menos identificados dentro del Sisbén. En ese sentido no se pueden cargar como atención de vinculados identificados de la ciudad de Medellín. Por la Resolución 042 se les tendría que cobrar a los municipios de su procedencia, lo (...) que es prácticamente imposible enviar cuentas de cobro a estos municipios, con características de iliquidez y problemas sociales, entonces se vuelven cuentas de carácter irrecuperables”*.⁶⁵

ATENCIÓN AL DISCAPACITADO

En el año de 1998, en un estudio realizado por la Unidad de Atención al Discapacitado, se identificó que en Medellín y en los corregimientos que la conforman, existían 7.785 personas discapacitadas, lo que según el mismo estudio responde a la *“(...) violencia que vive la ciudad, las enfermedades genéticas y problemas hereditarios. El censo arrojó las siguientes características de este grupo vulnerable: bajo nivel de escolaridad; predominan estratos socioeconómicos 1, 2 y 3; retraso mental; problemas específicos de aprendizaje y un alto índice de desempleo, lo que dificulta la integración social y familiar del discapacitado”*.⁶⁶

Para el efecto, la administración municipal se planteó para el trienio 2001-2003, *“mejorar las condiciones de vida de la población con discapacidad mediante la rehabilitación socio-familiar y el equiparamiento de oportunidades que permita una mayor integración de las personas con discapacidad a la dinámica de la ciudad”*,⁶⁷ retomando como alternativa la *“atención domiciliaria a discapacitados, adquisición de aditamentos externos, capacitación, rehabilitación comunicativa a niños y padres, sistemas de información, entrega*

64 Entrevista con Patricia García. Doctora de la ESE Metrosalud. Sede de ASMEDAS. Medellín, 28 de agosto de 2003.

65 Entrevista con Ómar Vargas, subgerente de Servicios de Salud de Metrosalud. En: Transcripción del Programa Radial de la Veeduría *“Ojo a Nuestra Ciudad”*. Tema: *el Desplazamiento (segunda parte)*. 11 de julio de 2003.

66 Unidad de Atención al Discapacitado y Unidad de Atención al Menor con Retardo. Proyecto Rehabilitación social y familiar a personas discapacitadas de la ciudad de Medellín. Ficha de Estadísticas Básicas de Inversión (EBI) sin código, sin fecha de diligenciamiento.

67 *Ibid.*

*de subsidios a través del municipio de Medellín, transporte adaptado para personas en sillas de ruedas, intervención profesional y contratación de mano de obra calificada, terapia ecuestre y músico-terapia para menores, rehabilitación ocupacional, prevención y atención a discapacitados, censo e investigación sobre discapacidad*⁶⁸, programándose atender durante el trienio, 4.954 personas discapacitadas a nivel profesional.

De acuerdo con la información del seguimiento al Plan de Acción a diciembre de 2001 de la Secretaría de Bienestar, la meta anual fijó que “*se posibilitará programas y acciones para lograr la igualdad e integración familiar, social y laboral de 904 discapacitados*”, considerando además el ofrecimiento de otros servicios. Respecto a la meta social, se programó la atención de 1.130 personas discapacitadas de la ciudad de Medellín a nivel profesional; el cumplimiento de la meta fue del 98% (1.109 personas discapacitadas atendidas); en cuanto a la asignación presupuestal, fue de \$400.000.000, los cuales fueron ejecutados en un 100% (Ver tabla 15).

Para ese mismo año el programa recibió presupuesto de participación comunitaria (PC), proponiéndose que 513 personas discapacitadas de Medellín serían atendidas a nivel profesional; la meta social se cumplió en un 110% (565 personas discapacitadas atendidas) para lo cual se destinaron \$413.530.000, teniendo un porcentaje de ejecución sólo del 56%, aclarándose que para la vigencia del año 2002 quedaban comprometidos ciertos recursos. Llama la atención el hecho de que la meta haya tenido un sobrecumplimiento sin haber utilizado todo el presupuesto asignado para tal fin. De otro lado, en cuanto al logro de la meta, pero ya con relación a la meta anual de atender 904 discapacitados, ésta se alcanza en un 62.5%, lo que da cuenta de las inconsistencias de la planeación y la falta de correspondencia entre las metas anuales y las metas sociales de los Planes de Acción.

En el siguiente año, el programa fijó dos metas sociales: atender 1.390 personas discapacitadas y además 400 menores con retardo mental. La incorporación de esta última meta obedeció a la vinculación del programa de *Atención al menor y joven con retardo mental de la ciudad de Medellín* al primer programa citado, el cual para el año anterior se presentaba en el Plan de Acción de manera independiente.

En lo concerniente al logro de ambas metas, éstas presentaron una sobre-ejecución de 125% y 108% respectivamente, recibiendo una destinación de \$900.000.000, cuya ejecución fue de \$898.905.000 (99.8%).

La meta para el 2003 fue atender 1.390 personas discapacitadas de la ciudad de Medellín y 432 menores con retardo mental. De acuerdo con la Evaluación al Plan de Acción anexo a junio, de Reservas 2003 de la Secretaría de

Solidaridad, sólo se presenta logro de la primera, teniendo una sobre-ejecución de 147% (2.039 personas discapacitadas atendidas), en cuanto a la atención al menor con retardo, no se presenta logro de cumplimiento.

ATENCIÓN AL MENOR Y JOVEN CON RETARDO MENTAL DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN

Con ejecución de manera independiente para el 2001, presentó como objetivo “ofrecer atención especializada para la habilitación de 300 menores y jóvenes con retardo mental leve o moderado, de 0 a 25 años de edad, que carezcan de familia o teniéndola pertenezcan prioritariamente a los estratos 1 y 2 de Medellín, con el fin de mejorar su calidad de vida y lograr su integración familiar y social”⁶⁹. Específicamente la meta era 300 menores y jóvenes con retardo mental atendidos a nivel profesional, meta que presentó una sobre-ejecución de 123%.

El programa recibió una suma de \$255.456.312, destinación que fuera ejecutada en un 85%; nuevamente llama la atención que a pesar de la sobre-ejecución de la meta, no se haya invertido el total de los recursos asignados para la vigencia.

Tabla 15. Funcionamiento del programa Rehabilitación Social y Familiar al Discapacitado, 2001-2003

Ítem /año	Meta social	Logro	% de logro	Asignación	Ejecución	% de ejecución
2001	1.130 Personas discapacitadas atendidas a nivel profesional	1.109	98.1%	400.000.000	400.000.000	100%
2002	1.390 Personas discapacitadas atendidas	1.745	125%	900.000.000	898.905.000	99.8%
	400 menores con retardo mental atendidos.	432	108%			
2003	1.390 Personas discapacitadas atendidas	2.039	147%	374.577.907	374.577.907	100%
	400 menores con retardo mental atendidos	*				
Total				1'674.577.907	1'673.348.907	99.9%

Fuente: Secretaría de Solidaridad. Evaluación Plan de Acción 2001-2003 (junio).

*La Evaluación del Plan de Acción, anexo a junio, de reservas 2003, no hace explícito el cumplimiento de esta meta.

De manera más específica, uno de los programas está dirigido a la atención del menor con retardo, considerando la importancia de integrar a dichos menores al medio educativo. El propósito era incorporarlos a escuelas regulares y no atenderlos de manera aislada, tratando de vincular de igual forma a sus padres, a las actividades de cada institución. Básicamente este trabajo lo está liderando la Secretaría de Educación. En la actualidad ya se tiene la primera experiencia en el corregimiento de San Cristóbal. En el caso del retardo metal de los niños

69 Secretaría de Bienestar Social. Proyecto *Atención al menor y joven con retardo mental de la ciudad de Medellín*. Ficha de Estadística Básica de Inversión (EBI) Código 2000-0733, noviembre de 2000.

asociados con patologías, como es la parálisis cerebral, se les ofrece atención por medio del programa de estimulación temprana.

Otro de los programas está dirigido a las personas indigentes con problemas mentales a quienes se les brinda asistencia básica, además se tiene un convenio con el Hospital Mental para la atención psiquiátrica. También se está llevando a cabo un trabajo con los limitados físicos en silla de ruedas, con quienes se está fomentando un proceso de rehabilitación social y familiar.

Para el trienio 2001-2003 son significativos los avances que en términos de atención a la población discapacitada se ofrecieron, en tanto se entró a considerar al discapacitado en su entorno familiar y social, implementando estrategias que tienen presente tanto la discapacidad física como la sensorial, la cognitiva y la psíquica. No se denotan avances en cuanto a la implementación de estrategias, que impacten los índices de aparición y detección temprana de la discapacidad en sus diferentes manifestaciones, dirigidas a toda la población del municipio que involucren diferentes dependencias e instituciones públicas y privadas del orden municipal, departamental, nacional e internacional.

El censo realizado en el año de 1998, en el cual se identificó la población discapacitada de la ciudad de Medellín, no presenta un diagnóstico amplio de la verdadera situación de discapacidad del Municipio. No obstante esta falencia, en el trienio 2001-2003 no se presentan avances teóricos ni investigativos al respecto, lo que implica que un número significativo de población discapacitada esté por fuera de la focalización para recibir la atención.

RECOMENDACIONES

- Dinamizar el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, como instrumento de concertación y participación en la toma de decisiones y para que supere su acción puramente formal.
- Clarificar a la opinión pública el funcionamiento del Fondo Local de Salud, para que de esta manera se avance en el manejo transparente de los recursos destinados a la Seguridad Social en Salud.
- Con respecto al aseguramiento, la ciudadanía, la administración y la academia deben responder la pregunta, soportada en investigaciones o en la casuística que se tiene sí, ¿es preferible que el Estado continúe entregando los dineros a un tercero para atender a la población ante el riesgo de enfermar; o mejor, estructura un modelo de pagos a los prestadores públicos y privados que garanticen la atención integral y universal a la población?
- Es urgente y necesario que la Dirección Local de Salud tome las riendas de la salud pública en el Municipio y supere la contratación por actividades, que no generan ningún impacto transformador de la situación de salud.

- Es un momento oportuno para reorganizar la Red Pública en Salud, rediseñarla y, si se permite, resignificarla. El trienio 2001-2003 es prueba de ello, ya que en cierto sentido la política de salud local logró avanzar en la superación de corregir la tendencia debilitadora de la red de Metrosalud, como lo confirman los estudios realizados por la Veeduría durante las dos administraciones anteriores⁷⁰⁻⁷¹.
- Articular acciones entre el Municipio, el Área Metropolitana y el Departamento para que se realice un estudio de la red de tal manera que supere las actuales dificultades y se disponga realmente al servicio de la población en general.
- Analizar el instrumento de focalización Sisbén articulado con el utilizado por Empresas Públicas de Medellín para tarifas de servicios públicos, con el propósito de evitar cortocircuitos entre la población y las instituciones en el acceso a los subsidios del Estado.
- Es de suma importancia aunar todos los esfuerzos y mecanismos necesarios para continuar con el diseño e implementación de una política pública de seguridad alimentaria de largo plazo, que no se agote en un periodo de gobierno, en la que confluya un trabajo intersectorial e interinstitucional municipal, departamental y nacional que se fundamente en el diagnóstico de la situación nutricional de cada uno de los grupos poblacionales de acuerdo con su condición de vulnerabilidad, que permitan el diseño de estrategias de intervención, acorde con la intensidad de la problemática, articuladas a las políticas a escala departamental y nacional⁷².
- La evaluación nutricional de los menores debe responder a una estrategia integral más territorial que reduzca el radio de análisis, considerando la evaluación por comuna, corregimiento, barrio e institución educativa lo que permitirá dar cuenta de la verdadera situación de desnutrición de la ciudad y además posibilitará el diseño de estrategias de acción conforme a la situación de vulnerabilidad de los actores implicados⁷³.
- Para que el programa genere impacto en tanto se pueda mejorar la condición nutricional de la población infantil, es de suma importancia ampliar los días en los que se ofrece el complemento, es decir, dar continuidad tanto en vacaciones como en los días festivos o de paro de profesores; además, aunque no se desconocen las condiciones del conflicto urbano, es fundamental

70 Veeduría al Plan de Desarrollo de Medellín. *Balance General. Plan de Desarrollo de Medellín 1995- 1997. Op. cit.* p. 35-39.

71 Veeduría al Plan de Desarrollo de Medellín. *Balance General. Plan de Desarrollo de Medellín 1998-2000.* Medellín, 2001. pp. 32 y 34.

72 La construcción de esta propuesta recoge elementos suministrados por varios nutricionistas y profesionales del área de la salud, quienes coinciden en la importancia de revisar los programas nutricionales de la administración municipal y en pensar en una política de seguridad alimentaria extensiva a todos los grupos de poblaciones.

73 Entrevista con Carlos Alberto Giraldo. *Op. cit.*

incorporar a la comunidad en el proceso de concertación con los actores en conflicto que permita garantizar el normal funcionamiento del programa.

- La Veeduría recomienda replantear los programas *Vaso de Leche Escolar* y *Comedores Populares* de tal manera que se pueda hacer una utilización más eficiente de esos recursos y ofrecer una atención más integral a la familia desde la perspectiva de seguridad alimentaria.
- Propiciar un trabajo interinstitucional entre el ICBF y la administración municipal para avanzar en la ampliación de cobertura de la población beneficiaria de los programas ofrecidos a la población de 0 a 5 años.
- Debe conferirse mayor atención a la situación nutricional y a la atención integral de la población de la tercera edad, pues es un elemento que incide significativamente en su proceso de envejecimiento, proceso que trae consigo un deterioro de la salud y de sus condiciones físicas, mentales, sociales o económicas⁷⁴. En ese sentido se debe promover la elaboración de un diagnóstico que posibilite identificar las condiciones socioeconómicas de esta población en toda la ciudad y con base en éste, diseñar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que integren la familia y la sociedad en general.
- Fomentar estrategias que permitan desarrollar potencialidades individuales y colectivas de la población de la tercera edad, que no sólo comprende capacitaciones sino un acompañamiento permanente por parte de la administración municipal que permita la creación de microempresas, el diseño de estrategias que incorporen a los adultos mayores en las acciones que se adelantan en sus barrios, comunas y la ciudad en general, fomentando el empoderamiento y su integración social a la vida comunitaria.
- Desarrollar un trabajo teórico e investigativo que permita caracterizar la población discapacitada del municipio de Medellín, considerando los diferentes tipos de discapacidad física, sensorial, cognitiva y siquiátrica, lo que permitirá además de identificar el perfil de las personas con discapacidad en el Municipio, realizar una clasificación por edades, tipos de discapacidad, nivel de complejidad y situación socioeconómica, convirtiéndose esto en un fundamento para el diseño de alternativas de atención y de ampliación de cobertura de los programas dirigidos a esta población.
- Fomentar estrategias educativas y de sensibilización que involucren la comunidad en general, teniendo presente un trabajo de promoción que permita sensibilizar a la población en cuanto a la concepción que se tiene de las personas con discapacidad y su inserción en el ámbito familiar, social y ocupacional en igualdad de condiciones; además, crear mecanismos que impacten los índices de aparición y detección temprana de la discapacidad y

74 Camillo, Inés y otros. *Op. cit.* p. 5.

sus diferentes manifestaciones, promoviéndose un proceso de rehabilitación comunitaria soportado en un trabajo interinstitucional tanto público como privado.

- *La Red de Jóvenes* es un programa de gran cobertura, al convertirse Medellín en una ciudad permeada por múltiples conflictos de carácter económico, social y político y que además deben visualizarse de acuerdo con determinados contextos, eso implica que se deban promover intervenciones de más largo alcance y mayor profundidad, y que tengan presente un seguimiento más cercano a las instituciones con las cuales se está trabajando.
- Finalmente, como recomendaciones se considera de vital importancia continuar con el fortalecimiento del *Comité Municipal de Atención a la Población Desplazada*⁷⁵, en el cual se reúne un significativo número de instituciones y dependencias de la administración municipal como espacio de discusión de la política de atención a la población desplazada; por ende se le debe conferir mucha importancia, lo que implica la necesidad de que a sus reuniones asista el personal con poder de decisión y no delegados. ●

75 Entrevista con Lina Marcela Correa Montoya. Miembro del Programa de Convivencia de Derechos Humanos de la Corporación Región. En: Transcripción del Programa Radial de la Veeduría Plan de Desarrollo "*Ojo a Nuestra Ciudad*". Tema: el Desplazamiento (segunda parte). Medellín, 11 de julio de 2003.