

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

**Jorge Enrique Vargas González
Alfredo Sarmiento Gómez**

**Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los
Servicios Sociales: El rol del Estado en Educación Básica y
Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe**



**NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1997**

LC/L.1079
Noviembre de 1997

Este documento fue preparado por los señores Jorge Enrique Vargas González y Alfredo Sarmiento Gómez, consultores del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe (HOL/94/S57). Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
PREFACIO	5
RESUMEN	7
I. INDICADORES BÁSICOS	9
1. Carga de enfermedad	9
2. Indicadores de cobertura	11
3. Indicadores financieros	13
II. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD	17
1. La estructura preexistente: El Sistema Nacional de Salud	17
2. Las motivaciones del proceso de descentralización	18
3. El proceso de descentralización y reforma de los servicios de salud	19
III. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA DESCENTRALIZADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	23
1. Los componentes de aseguramiento y gestión territorial	23
2. Financiamiento del componente territorial	26
3. Autonomía de la gestión	35
IV. ANÁLISIS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	39
1. La concepción	39
2. La gestión del proceso	41
3. La situación actual del componente territorial	44
ANEXO	59
NOTAS	79
BIBLIOGRAFÍA	81

PREFACIO

El Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe, que ejecuta la Comisión Económica para América Latina y El Caribe -CEPAL- con la cooperación del Gobierno de los Países Bajos (HOL/94/S57) y de la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional -ASDI- (SWE/95/S61), está dirigido a identificar los principales desafíos que enfrentan los gobiernos de la región en el ámbito del diseño e implementación de las políticas sociales, así como las potencialidades y limitaciones asociadas a una política de descentralización de los servicios sociales que permita compatibilizar las dimensiones de eficiencia y equidad en un contexto caracterizado por la presencia de importantes restricciones presupuestarias.

Con ese objeto, el proyecto se ha propuesto analizar los procesos de reforma de las políticas de educación básica y atención primaria de salud, tomando como eje central los procesos de descentralización en un conjunto heterogéneo de países de la región entre los cuales se encuentran: la Argentina, Bolivia, el Brasil, Colombia, México y Nicaragua.

A su vez, se realizan análisis comparativos -entre países- de los procesos de reformas que han tomado lugar en cada sector, con el propósito de identificar los principales hechos estilizados y las lecciones de política que surgen de la revisión de estos procesos.

RESUMEN

La Constitución de 1991 ordenó el establecimiento de un sistema universal de seguridad social en salud, compatible con el ordenamiento descentralizado previsto por la misma Carta Magna. El nuevo sistema fue diseñado y reglamentado en 1993 y su implantación se inició en 1994. El sistema descentralizado de salud en Colombia tiene un componente de aseguramiento universal de gestión territorial. Este componente tiene la plena cobertura de un plan de beneficios único, que admite dos regímenes: contributivo y subsidiado. El primero es de afiliación obligatoria, mediante una cotización mensual proporcional al ingreso para todas las personas que reciben ingresos de trabajo iguales o superiores a dos salarios mínimos y beneficia también a sus familias. El régimen subsidiado cubre a las familias pobres (ingresos menores a dos salarios mínimos), cuya identificación y afiliación compete a las municipalidades. Un subsidio público igual al valor de la prima técnica del seguro sustituye a la cotización y es administrado por las municipalidades que reciben transferencias fiscales para el efecto. En ambos regímenes los afiliados escogen la empresa aseguradora (Entidad Promotora de Salud), que puede ser pública o privada y se obliga a brindar el plan de beneficios universal. Las entidades promotoras de salud contratan a las instituciones prestadoras de servicios de salud para sus afiliados, que pueden ser públicas o privadas.

El componente de gestión territorial confiere al municipio la responsabilidad de dirigir la gestión de salud al ámbito local, garantizar la salud pública, regular la operación del aseguramiento en el ámbito local mediante la promoción de la demanda y el ordenamiento de la oferta y, finalmente, vigilar la calidad de los servicios y su impacto en la situación de la salud de la población. Los departamentos son responsables de coordinar las acciones de salud de los municipios de su jurisdicción, coordinar y complementar las acciones municipales de atención a la acción pública, coordinar y complementar las acciones municipales de atención a la salud pública, participar en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud y prestar asistencia técnica a los municipios para facilitar el cumplimiento de las funciones que les compete.

A pesar de los importantes avances logrados en materia de aseguramiento, el nuevo sistema acusa problemas serios de implantación, que no pertenecen a la esfera de su diseño sino a su administración. Entre ellos se destaca la falta de incentivos para estimular los cambios esperados, la vacilación en transformar los subsidios de oferta tradicionales en subsidios de demanda, una estrategia inconveniente de expansión del aseguramiento subsidiado, un manejo erróneo de atención de los no afiliados, y fuertes restricciones sobre el mercado de seguros y servicios de salud. Estas dificultades tienen como principales causas la falta de consensos democráticos en favor de la reforma, una excepcional cantidad de normas y requisitos que quitan transparencia al nuevo sistema, limitan las posibilidades de comprensión y manejo ágil e inhiben la autonomía territorial.

I. INDICADORES BÁSICOS

Colombia tiene un sistema de información de salud bastante deficiente, que apenas comienza a mejorarse. Este atraso se debe a que el sector tradicionalmente ha tomado decisiones de cobertura y asignación de recursos sin utilizar información. Los análisis comparativos entre entidades territoriales o entre instituciones hospitalarias suelen ser poco confiables porque hay niveles de subregistro disímiles y varianzas de error desconocidas.

1. Carga de enfermedad

En 1990, Colombia perdió 5.5 millones de años de vida saludable. De éstos, el 57% correspondió a muertes prematuras y el 43% a incapacidad. El análisis de la carga de enfermedad se realiza en tres categorías:

- Grupo 1: Enfermedades transmisibles, maternas y perinatales
- Grupo 2: Enfermedades no transmisibles
- Grupo 3: Lesiones (violencia y accidentes)

Como es obvio, a medida que una región se desarrolla, disminuye el peso relativo del grupo 1 y aumenta el del grupo 2. En cualquier caso sería deseable el mínimo en el grupo 3, que tiene un peso notablemente alto en Colombia, como se observa en la tabla 1.

Tabla 1
DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD EN COLOMBIA,
MÉXICO Y EL MUNDO, 1990
(Datos porcentuales)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
	Transmisibles	No Transmisibles	Lesiones
Colombia	22	39	39
México	32	47	21
El Mundo	43	42	15

Fuente: Gallardo, H. y Rodríguez, J. (1994), "La carga de la enfermedad en Colombia", Santafé de Bogotá, Ministerio de Salud.

El estudio de la carga de enfermedad por departamentos (basado exclusivamente en mortalidad debido a las deficiencias de información sobre incapacidad) muestra diferencias notables entre las distintas zonas del país, tanto en la carga total de enfermedad como en su distribución por categorías. En la tabla 2, relativa a la carga de enfermedad por departamento, se observa que Arauca y Cundinamarca tienen tasas 3.8 y 3.0 veces por encima del promedio nacional, mientras que Chocó y Córdoba tienen las más reducidas. Por categorías, se observa que los departamentos de la Orinoquia y la Amazonia tienen

Tabla 2
AÑOS DE VIDA SALUDABLE PERDIDOS POR 1,000 HABITANTES. POR DEPARTAMENTO. 1990

Departamento	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total	
	Dato	Tasa	Dato	Tasa	Dato	Tasa	Dato	Tasa
Amazonas	113.1	3.9	13.9	1.0	13.9	0.3	173.2	1.5
Antioquia	22.4	0.8	46.0	1.0	108.7	2.5	177.1	1.5
Arauca	116.5	4.0	97.9	2.1	142.8	3.2	357.3	3.0
Atlántico	23.0	0.8	39.9	0.9	15.7	0.3	78.6	0.7
Bogotá	17.7	0.6	37.3	0.8	26.7	0.6	81.8	0.7
Bolívar	26.8	0.9	34.9	0.8	20.2	0.5	81.9	0.7
Boyacá	27.0	0.9	64.3	1.4	36.1	0.8	127.4	1.1
Caldas	25.8	0.9	59.1	1.3	44.8	1.0	129.8	1.1
Caquetá	91.2	3.2	62.1	1.4	117.3	2.6	270.6	2.3
Casanare	92.9	3.2	66.0	1.4	74.9	1.7	233.8	2.0
Cauca	39.7	1.4	47.2	1.0	37.0	0.8	123.9	1.0
Cesar	24.4	0.8	33.2	0.7	42.1	0.9	99.7	0.8
Chocó	30.3	1.0	15.0	0.3	9.6	0.2	54.9	0.5
Córdoba	17.4	0.6	23.9	0.5	15.7	0.3	57.0	0.5
Cundinamarca	103.5	3.6	216.5	4.7	129.9	2.9	449.9	3.8
Guainía	114.4	4.0	144.5	3.1	54.2	1.2	311.3	2.6
Guaviare	68.8	2.4	44.8	1.0	71.8	1.6	185.4	1.6
Huila	32.5	1.1	44.1	1.0	30.6	0.7	107.2	0.9
La Guajira	28.8	1.0	30.3	0.7	40.2	0.9	99.3	0.8
Magdalena	37.0	1.3	40.3	0.9	26.2	0.6	103.5	0.9
Meta	38.0	1.3	42.6	0.9	43.9	1.0	124.5	1.0
Nariño	47.5	1.6	75.0	1.6	37.7	0.8	160.2	1.3
N. Santander	30.3	1.0	44.2	0.9	40.2	0.9	114.7	2.0
Putumayo	94.4	3.3	59.5	1.3	83.3	1.9	237.2	0.8
Quindío	19.5	0.7	48.1	1.0	31.2	0.7	98.8	1.1
Risaralda	22.7	0.8	54.2	1.2	53.7	1.2	130.6	1.0
San Andrés	45.7	1.6	43.1	0.9	33.5	0.8	122.3	0.8
Santander	19.7	0.7	46.1	1.0	33.8	0.8	99.6	0.7
Sucre	23.9	0.8	41.4	0.9	20.7	0.5	86.0	0.7
Tolima	31.5	1.1	55.8	1.2	31.7	0.7	119.0	1.0
Valle	24.3	0.8	41.3	0.9	40.7	0.9	106.3	0.9
Vaupés	23.2	0.8	36.3	0.8	8.1	0.2	67.6	0.6
Vichada	109.4	3.8	44.3	1.0	36.5	0.8	190.2	1.6
Total	28.8	1.0	45.8	1.0	44.2	1.0	118.8	1.0

Fuente: Gallardo. H, y J. Rodríguez (1995), "Estimación de los años de vida saludable perdidos (AVISA de mortalidad) por departamentos en Colombia", Santafé de Bogotá, Ministerio de Salud.

2. Indicadores de cobertura

a) Acceso a servicios y población asegurada

En 1993, año en que se aprobó el sistema de aseguramiento universal, el 24% de la población tenía seguridad social en salud, 45% era atendido de manera gratuita o semigratuita en instituciones públicas, 16% accedía directamente a prestadores privados y el 15% restante carecía de acceso a servicios de salud.

La tabla 3 muestra la población con y sin seguro de salud en 1993 y 1996. Se observa un crecimiento excepcionalmente acelerado del aseguramiento (más del 100% en tres años), con 5 millones de nuevos afiliados al régimen subsidiado y 4 millones de asegurados recientes en el régimen contributivo. Gracias a este crecimiento, el número de personas no aseguradas se redujo en una cuarta parte durante este período trienal.

Tabla 3
POBLACIÓN ASEGURADA Y NO ASEGURADA EN SALUD, 1993 Y 1996
(Miles de personas)

Vinculación al sistema	1993		1996		Crecim %
	Número	%*	Número	%*	
Asegurados en el régimen subsidiado	0	0.0	5,130	13.0	n.a.
Asegurados en el régimen contributivo	8,452	22.4	12,536	31.7	48.0
Asegurados en regímenes especiales**	620	1.6	731	1.9	17.9
Subtotal asegurados	9,072	24.1	18,397	46.6	102.8
No asegurados	28,583	75.9	21,114	53.4	-26.1
Total	37,655	100.0	39,511	100.0	4.9

* Porcentaje respecto de la población total de ese año.

** Fuerzas armadas, maestros vinculados al sector público y empleados del Congreso, Ecopetrol, Colpuertos, Superintendencia Bancaria y Notariado.

n.a. No aplica

Fuente: Estudios del Programa Sistemas Municipales de Salud.

El comportamiento del aseguramiento en los departamentos es muy variable, como se aprecia en la tabla 4. En general, los departamentos más desarrollados tienen mayor afiliación, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, como es el caso de Antioquia, el Valle y Santafé de Bogotá (Distrito Capital), mientras los departamentos de menor desarrollo relativo tienen los menores índices de población afiliada.

La menor afiliación al régimen subsidiado (los porcentajes de afiliación que han sido estimados respecto de la población con bajo índice de Calidad de Vida) se observa en los departamentos de la Orinoquia y la Amazonia, con excepción del Casanare, que ha realizado un esfuerzo notable de aseguramiento subsidiado. También es baja la tasa de afiliación en Córdoba y Sucre, pero la situación se explica por la baja participación per cápita en los ingresos corrientes de la Nación que tienen los municipios de estos dos departamentos. En contraste, se destaca el impulso al régimen subsidiado de aseguramiento en salud dado por Santafé de Bogotá, Boyacá, Cundinamarca y San Andrés.

Tabla 4
DEPARTAMENTOS ASEGURADOS POR RÉGIMENES Y POR
DEPARTAMENTOS, 1996

Departamentos	Régimen Subsidiado		Régimen contributivo		Total	
	Afiliados	%1	Afiliados	%2	Afiliados	%3
Amazonas	9,788	37.0	4,533	13.9	14,321	24.2
Antioquia	753,702	67.0	2,305,410	57.2	3,059,112	59.3
Arauca	20,934	21.5	476	0.5	21,410	10.7
Atlántico	152,625	37.7	663,912	43.2	816,537	42.0
Bogotá	314,903	76.2	3,545,869	65.2	3,860,772	66.0
Bolívar	206,768	25.7	276,107	27.6	482,875	26.8
Boyacá	366,193	74.6	224,818	26.3	591,011	43.9
Caldas	118,871	52.3	268,025	31.8	386,896	36.2
Caquetá	46,779	23.2	22,355	12.0	69,134	17.8
Casanare	76,352	72.3	9,176	7.8	85,528	38.4
Cauca	221,467	43.8	164,123	24.4	385,590	32.7
Cesar	130,527	33.2	94,882	20.3	225,409	26.2
Chocó	76,615	28.1	15,891	11.6	92,506	22.6
Córdoba	153,069	20.0	83,836	14.8	236,905	17.8
Cundinamarca	423,952	95.1	975,325	64.9	1,399,277	71.8
Guainía	3,331	n.d.	4	n.d.	3,315	10.8
Guaviare	7,216	11.9	10	0.0	7,226	6.8
Huila	192,699	65.4	117,299	20.0	309,998	35.2
La Guajira	57,691	33.2	55,943	20.1	113,634	25.1
Magdalena	56,297	10.8	200,412	29.9	256,709	21.5
Meta	78,088	39.8	145,798	32.3	223,886	34.5
Nariño	315,685	39.6	105,504	14.5	421,189	27.6
N. Santander	197,327	43.7	187,066	24.1	384,393	31.3
Putumayo	7,670	7.2	296	0.2	7,966	2.9
Quindío	57,741	57.8	131,453	31.0	189,194	36.1
Risaralda	85,359	43.3	330,829	47.8	416,188	46.8
San Andrés	10,543	118.1	26,735	48.2	37,278	57.9
Santander	313,162	64.4	475,201	34.0	788,363	41.8
Sucre	103,331	23.4	31,167	10.6	134,498	18.3
Tolima	178,288	46.3	204,747	22.2	383,035	29.3
Valle	379,633	59.8	1,869,188	57.1	2,248,821	57.6
Vaupés	0	0.0	2	0.0	2	0.0
Vichada	13,010	37.3	13	0.0	13,023	19.9
Total	5,129,596	45.9	12,536,405	44.2	17,666,001	44.7

1. Porcentaje respecto de la población pobre según el índice de calidad de vida.

2. Porcentaje respecto de la población no pobre según el índice de calidad de vida.

3. Porcentaje respecto de la población total.

n.d.: No disponible

Fuentes: Régimen contributivo: Investigación directa realizada por el Programa Sistemas Municipales de Salud con el Centro Nacional de Consultoría. Corte a junio de 1996.

Régimen subsidiado: Datos de la Subdirección de Régimen Subsidiado del Ministerio de Salud, ajuste, realizado por el Programa Sistemas Municipales de Salud. Corte a Noviembre de 1996.

ISS: Estimaciones de la Dirección Nacional de Planeación Corporativa del Instituto de Seguros Sociales.

b) Oferta de servicios¹

La disponibilidad de camas hospitalarias del sector público tiende a ser inversamente proporcional al nivel de desarrollo relativo de los departamentos. En la tabla 5 se observa que el promedio nacional es de 0.7 camas por cada mil habitantes. Significativamente por encima de este promedio están Amazonas, Arauca, Vaupés y Vichada, que son departamentos de menor desarrollo. Como excepción a la correlación inversa mencionada, tienen alta oferta de camas los departamentos cafeteros (especialmente Quindío y Caldas), en los cuales los Comités de Cafeteros emprendieron hace varias décadas una ofensiva de mejoramiento de los servicios hospitalarios.

Llama la atención la inexistente relación entre el número de camas de primer nivel y el de segundo y tercero. En algunos departamentos casi toda la oferta de camas es para servicios de mayor complejidad y en otros ocurre lo inverso. Se concluye que el comportamiento de la oferta es errático, con lo que se demuestra que el país no ha tenido una política de oferta hospitalaria regida por algún patrón que oriente la asignación de recursos.

Como era de esperarse, existe alta correlación entre disponibilidad de camas y situado fiscal. De hecho, el situado se calculaba con base en las necesidades de sostenimiento de la infraestructura disponible, independiente de la racionalidad de su distribución. Por esta razón, las entidades territoriales que tienen más, reciben más, con lo cual se incrementan las brechas entre los departamentos con más y menos oferta, a la vez que se estimula la ineficiencia de las entidades prestadoras de servicios. Una consecuencia preocupante de los datos precedentes es que existen restricciones severas para que los departamentos y municipios con menor oferta hospitalaria alcancen los promedios nacionales, puesto que las transferencias tienden a ahondar la inequidad existente.

3. Indicadores financieros

La tabla 6 muestra la composición del gasto en salud. Se desprende de ella que Colombia gastó en 1996 al menos el 10% del PIB en diversos aspectos de salud, frente a un 9.1% gastado en el año inmediatamente anterior. En 1996, el gasto consolidado del sector público fue de 4.1% del PIB, mientras que el privado, incluyendo las cotizaciones por aseguramiento en salud de los empleadores públicos, fue de 5.9%.

El crecimiento del gasto entre 1995 y 1996 fue de 35.8% en términos nominales (cerca de 15% real). Este incremento fue similar tanto en el gasto privado como en público (34.8% y 37.4%, respectivamente), debido en particular al aumento en el monto de las cotizaciones a las entidades promotoras de salud privadas (314%) y al aumento de las transferencias directas e indirectas con destino a salud.

Tabla 5
CAMAS HOSPITALARIAS POR MIL HABITANTES,
POR DEPARTAMENTO, 1996

Departamentos	Camas por nivel			Tasa por mil habitantes		
	Primero	Seg. y Tercero	Total	Primero	Seg. y Tercero	Total
Amazonas	147	0	147	2.6	0.0	2.6
Antioquia	1,056	1,937	2,993	0.2	0.4	0.6
Arauca	80	103	183	0.4	0.5	1.0
Atlántico	340	449	789	0.2	0.2	0.4
Bogotá	236	2,615	2,851	0.0	0.5	0.5
Bolívar	156	982	1,138	0.1	0.6	0.7
Boyacá	354	929	1,283	0.3	0.7	1.0
Caldas	391	817	1,208	0.4	0.8	1.2
Caquetá	93	197	290	0.2	0.5	0.8
Casanare	116	0	116	0.5	0.0	0.5
Cauca	206	582	788	0.2	0.5	0.7
Cesar	261	254	515	0.3	0.3	0.6
Chocó	139	0	139	0.3	0.0	0.3
Córdoba	201	511	712	0.2	0.4	0.6
Cundinamarca	998	988	1,986	0.5	0.5	1.0
Guainía	27	0	27	0.9	0.0	0.9
Guaviare	79	0	79	0.8	0.0	0.8
Huila	228	519	747	0.3	0.6	0.9
La Guajira	159	133	292	0.4	0.3	0.7
Magdalena	165	435	600	0.1	0.4	0.5
Meta	173	318	491	0.3	0.5	0.8
Nariño	93	536	629	0.1	0.4	0.4
N. Santander	575	241	816	0.5	0.2	0.7
Putumayo	136	0	136	0.5	0.0	0.5
Quindío	355	404	759	0.7	0.8	1.5
Risaralda	472	268	740	0.6	0.3	0.9
San Andrés	5	57	62	0.1	0.9	1.0
Santander	1,013	1,215	2,228	0.6	0.7	1.2
Sucre	64	309	373	0.1	0.4	0.5
Tolima	535	495	1,030	0.4	0.4	0.8
Valle	374	1,474	1,848	0.1	0.4	0.5
Vaupés	0	28	28	0.0	1.1	1.1
Vichada	66	0	66	1.1	0.0	1.1
Total	9,293	16,796	26,089	0.2	0.4	0.7

Fuente: Datos del Sistema de Información de Salud, ajustados por el Programa Sistemas Municipales de Salud.

Tabla 6
ESTIMACIÓN DEL GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB,
1995-1996

(Cifras en miles de US\$)

<i>Componente del gasto</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>Incremento</i>
<i>Gasto público directo</i>			
<u>1.1 Recursos naturales</u>			
Dirección Superior MinSalud\1	382,639	470,965	23.1
Fondo de Solidaridad y Garantía\2	190,328	225,184	18.3
Fondo de Inversión Social\1	35,581	116,112	226.3
Entidades Adscritas al Minsalud\1	504,818	617,571	22.3
Subtotal recursos nacionales	1,113,366	1,429,832	28.4
<u>1.2. Recursos departamentales</u>			
Situado fiscal\1	458,010	639,118	39.5
Rentas cedida\2	279,965	319,433	14.1
Rentas propias\2	251,396	45,7739	82.1
Recursos de capital\2	112,124	26,1635	133.3
Subtotal recursos departamentales	1,101,495	167,7925	52.3
<u>1.3. Recursos municipales</u>			
Ing. corrientes de la nación (25%)\2	294,121	319,945	8.8
Ecosalud\3	1,115	12,476	1,019.3
Subtotal recursos municipales	295,235	332,421	12.6
<u>1.4 Regímenes especiales</u>			
Fuerzas armadas\1	54,037	101,565	88
Magisterio\4	78,834	94,633	20
Ecopetrol\5	39,948	50,040	25.3
Subtotal regímenes especiales	172,819	246,238	42.5
TOTAL GASTO PÚBLICO DIRECTO	2,682,915	3,686,416	37.4
Gasto público directo como % del PIB	3.7	4.1	
GASTO PRIVADO			
Cotizaciones EPS privadas\6	74,570	308,719	314
Cotizaciones EPS - Cajas públicas\1	1,394,137	1,944,013	39.4
Gastos medicina prepagada\6	276,079	359,771	30.3
Estimación gasto doméstico adicional\7	2,171,980	2,665,700	22.7
TOTAL GASTO PRIVADO	3,916,766	5,278,203	34.8
Gasto privado como % del PIB	5.4	5.9	
TOTAL GASTO EN SALUD	6,599,681	8,964,620	35.8
GASTO EN SALUD COMO % PIB	9.1	10.1	
PIB	72,410,128	88,853,574	22.7

Fuentes:

1. Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Desarrollo Territorial, División de Indicadores.
2. Ministerio de Salud, Dirección de Presupuesto.
3. Empresa Colombiana de Recursos para la Salud S.A., Vicepresidencia Financiera.
4. Fiduciaria La Previsora
5. Ecopetrol, División de Salud
6. Superintendencia Nacional de Salud, División de EPS y División de Medicina prepagada.
7. Estimaciones con base en series del Departamento Nacional de Estadística.

Se destacan también el aumento de los recursos del Fondo de Inversión Social, para inversiones en infraestructura y dotación cofinanciadas conjuntamente con los municipios y departamentos (226%), el crecimiento de los recursos de capital de los departamentos (133%) y el aumento notable de las transferencias de la Empresa Colombiana de Recursos para la Salud S.A. -ECOSALUD² a los municipios, con fondos provenientes del monopolio de la nación sobre las apuestas y los juegos de azar (1,019%). En general, el mayor crecimiento del gasto público destinado directamente a salud se realizó en los departamentos (52.3%), gracias al aumento del situado fiscal y la expansión de sus rentas propias y recursos de capital, que se produjo conjuntamente con la transferencia de las entidades hospitalarias al ámbito departamental.

Como puede observarse, el gasto de los hogares en medicamentos, equipos, y consultas de salud independientes son cercanos al 3% del PIB y aún no comienzan a disminuir como efecto del incremento del aseguramiento.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

1. La estructura preexistente: El Sistema Nacional de Salud

Como ocurrió en muchos otros países de la región, la atención en salud en Colombia fue, hasta hace pocos años, espontánea y desarticulada. Desde la primera mitad del siglo XIX, los servicios asistenciales se prestaron en hospitales creados por iniciativa de los particulares y, en algunos casos, de las administraciones departamentales o municipales. La mayor parte de aquellas instituciones se financiaba con aportes de benefactores y con la venta de servicios en sus pabellones de "pensionados".

En 1923, el gobierno otorgó a los departamentos el manejo de los monopolios de loterías y licores, con el propósito de que obtuviesen recursos para atender la beneficencia pública, incluido el funcionamiento de los hospitales públicos y no gubernamentales.

En los años cuarenta se creó el Instituto de los Seguros Sociales, para el aseguramiento en salud y pensiones de los trabajadores vinculados salarialmente al sector privado; éste era sostenido con aportes de patronos y empleados. Paralelamente comenzó el establecimiento de cajas de previsión, con idénticas funciones para los empleados y trabajadores del sector público. Estas cajas, atomizadas en todas las entidades nacionales y territoriales, llegaron a ser más de 1,200 durante los años ochenta y ninguna de ellas realizó las previsiones actuariales necesarias.³ El Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión lograron en 50 años una cobertura de aseguramiento inferior al 20% del total de la población.

En este mismo período se estableció el Ministerio de Higiene, con responsabilidad sobre el saneamiento ambiental y, una década después, sobre el control de enfermedades transmisibles, pero sin ascendiente sobre las entidades hospitalarias. Muchas secretarías departamentales y municipales de higiene o salud se crearon entre los años cuarenta y los setenta, con funciones análogas a las del ministerio.

En 1975 se creó el Sistema Nacional de Salud,⁴ que constituyó un paso revolucionario en el desarrollo sectorial. La nueva estructura estaba conformada por el Ministerio de Salud a la cabeza, los "Servicios Seccionales de Salud" establecidos en todos los departamentos y las "Unidades Regionales" localizadas en los hospitales de segundo nivel. El Ministerio de Salud, con funciones desconcentradas en los Servicios Seccionales, se hizo cargo de la administración y financiamiento de los hospitales de origen territorial y también de los de origen privado que dependían predominantemente de fondos públicos. Estas entidades, nacionalizadas en la práctica, perdieron completamente su autonomía. Los departamentos y municipios fueron exonerados completamente de responsabilidades frente a la prestación de los servicios de salud, pero las administraciones departamentales

mantuvieron la obligación de contribuir al financiamiento hospitalario con una porción de las rentas cedidas a su recaudo.

En esencia, el Sistema Nacional de Salud confirió a los servicios, por primera vez, una concepción explícita y una estructura técnica definida. El Sistema diferenciaba la atención al medio y la atención a las personas. En la atención a las personas distinguía entre las actividades de prevención y promoción y las de curación y rehabilitación, escalonadas por niveles de atención en el marco de un sistema técnico de referencia y contrarreferencia.

En su esquema organizativo, el Sistema Nacional de Salud incluía el sector oficial de responsabilidad directa del Ministerio de Salud, los organismos del sistema de seguridad social en salud y las entidades privadas prestadoras de servicios. No obstante, en la práctica los tres conjuntos funcionaron desarticuladamente y con dinámicas autónomas. El Ministerio de Salud no tuvo participación en la orientación del Instituto de los Seguros Sociales y de las demás entidades de seguridad social en salud y su injerencia en las actividades privadas fue siempre mínima y eminentemente formal.

El Sistema Nacional de Salud se estableció como una organización centralizada estrictamente sectorial y, por ende, extraterritorial. Los servicios seccionales de salud fueron siempre una instancia paralela a las administraciones departamentales y totalmente carentes de vínculos con las municipalidades. La mayoría de los directores seccionales de salud no eran responsables ante el gobernador, aunque en la práctica tampoco ante el ministro. Las principales limitaciones prácticas del Sistema Nacional de Salud fueron las siguientes:

- Su carácter extraterritorial, que hizo perder la perspectiva intersectorial y territorial, a la vez que desestimuló la responsabilidad y el financiamiento de departamentos y municipios.
- La inexistencia de separación entre las funciones de dirección y las de prestación, lo cual condujo a la pérdida de rendición de cuentas y a una abusiva politización en la actividad asistencial.
- El énfasis en las actividades curativas y en los servicios de segundo y tercer nivel, con el consiguiente incremento de costos y subutilización de la capacidad instalada del primer nivel.
- La eliminación de la autonomía de las instituciones hospitalarias, en detrimento de su desarrollo gerencial.

Por estas razones, entre otras, el Sistema Nacional de Salud fue cada vez menos eficaz, menos efectivo y menos viable financiera, gerencial y territorialmente, en detrimento de la cobertura y la calidad de los servicios. Su transformación se hizo inevitable y urgente.

2. Las motivaciones del proceso de descentralización

La transformación del Sistema Nacional de Salud tiene motivaciones exógenas y endógenas; entre ellas, es muy probable que las desencadenantes hayan sido las primeras. La motivación exógena radicó, por supuesto, en el fuerte contexto de descentralización surgido

a partir de 1986, que se convirtió, desde distintos ángulos, en presión hacia un nuevo ordenamiento sectorial. Algunos alcaldes popularmente electos en 1987 buscaron tener capacidad de gestión en los servicios de salud, por considerarlos prioritarios para sus comunidades. En este mismo año, además, los municipios comenzaron a recibir recursos de cesión del IVA orientados, entre otros destinos, a inversiones físicas en salud. Aunque los estudios muestran que las inversiones municipales en infraestructura y dotación fueron escasas, el argumento dado por los alcaldes de que "además necesitamos controlar al personal que presta los servicios", fue cada vez más extendido.

El sector salud comenzó, además, a ser objeto de mayor injerencia por parte de los gobernadores departamentales. Estos comenzaron a recibir responsabilidades en otros sectores, mientras que la salud seguía al margen de sus orientaciones, a pesar de ser el sector destinatario de una parte importante de las rentas cedidas por la Nación al recaudo y administración departamental.

Las autoridades económicas,⁵ por su parte, comenzaron a ejercer mayor tutela sobre el gasto sectorial, preocupadas por la ineficiencia, la perspectiva previsible de inviabilidad financiera, el desorden administrativo, la carencia de información de costos y la falta de rendición de cuentas sobre logros y desempeño.

Aunque el sector se resistía a descentralizarse, las presiones exógenas fueron asociándose paulatinamente con motivaciones endógenas. Cabe destacar, en particular, la corriente surgida en torno a la reunión de Alma Ata, sobre la necesidad de revisar el enfoque curativo e intrahospitalario, para incorporar una perspectiva de salud pública integral y multisectorial, basada en el control colectivo de los factores de riesgo y las actividades extramurales. Estas inquietudes se canalizaron desde 1988 alrededor del movimiento de creación de Sistemas Locales de Salud (Silos), impulsados por la Organización Panamericana de la Salud.

Dos elementos coyunturales lograron que las motivaciones y preocupaciones sectoriales condujeran a una primera propuesta de cambio del Sistema Nacional de Salud: el Estudio Nacional de Salud de 1989, que sistematizó las principales inquietudes existentes y formuló un conjunto articulado de alternativas, y la gestión en el Ministerio de Salud de un equipo técnico de inspiración descentralista y participativo, con visión estratégica.

3. El proceso de descentralización y reforma de los servicios de salud

a) *El primer paso: descentralización de la inversión en infraestructura*

La primera medida descentralista de la salud ocurrió, precisamente, cuando el sector aún buscaba reforzar su estructura centralista y extraterritorial: como se indicó anteriormente, el gobierno nacional decidió descentralizar la inversión en infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios de primer nivel y, en consecuencia, asignó a los municipios la competencia de construir, dotar y mantener los puestos y centros de salud y los hospitales locales con los recursos precedentes de las transferencias del IVA.⁶ Se abrió así un espacio de decisión a los alcaldes y el sector se vio obligado a volver los ojos hacia ellos.

b) La profundización del proceso: descentralización de la prestación de los servicios

La reforma sectorial de 1990 fue mucho más allá, pues buscó descentralizar ya no solo la inversión sino parte de la dirección y el control sobre los servicios de salud y planteó que el nivel nacional debería asumir exclusivamente las funciones de dirección, asesoría y control.⁷ En consecuencia, asignó a los municipios la responsabilidad de la prestación y funcionamiento del "primer nivel de atención en salud", y a los departamentos las responsabilidades correspondientes al "segundo y tercer nivel de atención en salud".

La reforma planteó que la base institucional y financiera de la organización nacional de salud deberían ser los sistemas municipales de salud, inspirados en los SILOS, pero con especial énfasis en la responsabilidad del alcalde popular de ser director político de la salud y coordinador de las actividades multisectoriales en el ámbito local.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad en el grado de desarrollo y en la capacidad de los municipios, fueron establecidos los principios de "subsidiariedad y complementariedad", bajo los cuales los departamentos pueden sustituir subsidiariamente a los municipios con limitaciones para administrar o prestar los servicios de primer nivel y los municipios más desarrollados pueden complementar sus servicios de primer nivel con los de segundo y tercero cuando tienen capacidad para ello.

Adicionalmente, la reforma incluyó varios aspectos cruciales para la modernización del sector, tales como facilidades para definir la naturaleza jurídica de las entidades, otorgamiento de autonomía relativa a las instituciones hospitalarias, establecimiento de la posibilidad de contratación de servicios por parte de los hospitales públicos y de las direcciones locales de salud, eliminación de los subsidios públicos a las entidades privadas de salud, y, finalmente, reordenamiento y clasificación de la gestión financiera.

Paralelamente, tomó medidas cuya bondad es objeto de controversia, como el establecimiento de la carrera administrativa con estabilidad laboral para el personal de salud y la institucionalización de la participación de la comunidad. Entre las restricciones más claras de la reforma se cuenta no haber previsto el financiamiento del pasivo prestacional, no haber entregado financiamiento a los municipios para el cumplimiento de sus responsabilidades y no haber descentralizado los nombramientos de personal.

La implantación de la reforma de 1990 fue tímida y los resultados bastante inferiores a los esperados. La razón fundamental fue que el poder presupuestal y el poder sobre la nómina siguieron en los ministerios de Hacienda y de Salud, con lo cual se redujeron sensiblemente las bases y los estímulos para la gestión activa de los municipios y la transformación del propio Ministerio de Salud. No obstante, la reforma prefiguró muchos elementos del camino posterior y construyó bases para su aplicación.

En tanto, el subsector de la seguridad social en salud tuvo reformas menos significativas. El Instituto de los Seguros Sociales mantenía su carácter ineficiente y monopólico, sus finanzas crecientemente deficitarias y severas restricciones de servicio, particularmente en tiempos y condiciones de espera. El mayor cambio en materia de

seguridad social lo constituyó la iniciación de las actividades de las compañías privadas de medicina prepagada, con cobertura sobre una franja muy reducida del mercado, incluyendo una porción de afiliados al Instituto de los Seguros Sociales.

c) *La consolidación de las cesiones y la creación del sistema obligatorio de seguridad social. Las definiciones constitucionales.*

Los planteamientos básicos de la reforma de 1990 fueron incorporados en la Constitución de 1991: "los servicios de salud se organizaron en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación comunitaria".⁸ Además, la Constitución plantea que "la seguridad social es un servicio público, de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado... Se garantizará a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social".⁹

En la Constitución se establecen así las bases del nuevo sistema de salud, integrado por la gestión territorial y el aseguramiento. Tras un complejo proceso de acomodamiento, dos años después de promulgada la Constitución fueron establecidos por ley los elementos reglamentados de los dos componentes, cuyas características son materia de la sección siguiente.¹⁰

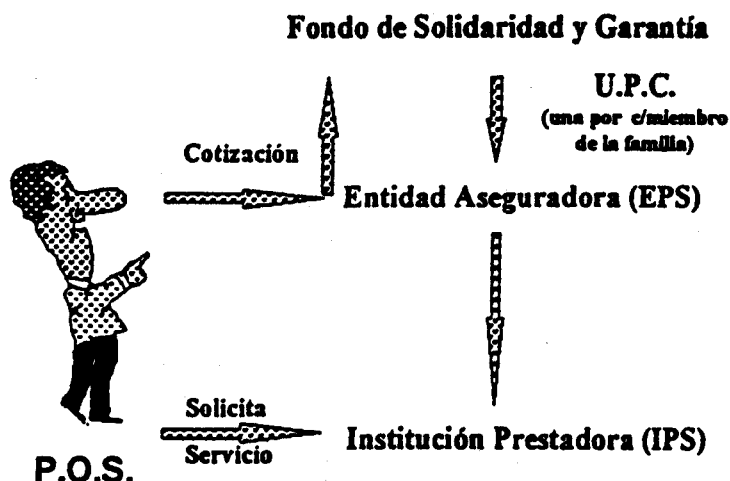
III. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA DESCENTRALIZADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

1. Los componentes de aseguramiento y gestión territorial

Como se acaba de expresar, el sistema colombiano de seguridad social en salud tiene dos grandes componentes interdependientes: aseguramiento y gestión territorial.

a) *El componente de aseguramiento*

El componente de aseguramiento busca lograr la cobertura universal del plan de beneficios mediante dos regímenes: contributivo y subsidiado. El régimen contributivo es de afiliación obligatoria para quienes perciben ingresos de trabajo iguales o superiores a dos salarios mínimos y sus familias. Las familias cubiertas deben escoger libremente una aseguradora pública o privada -llamada Entidad Promotora de Salud (EPS)- y cotizar mensualmente un porcentaje de sus ingresos. La afiliación es realizada por el patrono, quien aporta dos tercios de la cotización y canaliza el aporte de un tercio del trabajador, o directamente por el trabajador independiente, quien es responsable de la cotización total. Las cotizaciones son remitidas por la EPS al Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía, que retorna a la Entidad Promotora una unidad de pago por capitación por cada persona de la familia afiliada. Esta unidad de pago por capitación actúa como una prima actuarial del aseguramiento y garantiza que tanto el cotizante como su familia queden cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, de carácter único y universal. Los asegurados pueden escoger las instituciones prestadoras de servicios y éstas facturan a la correspondiente EPS. El aseguramiento contributivo puede expresarse gráficamente de la siguiente manera:



El régimen subsidiado cubre a las familias de ingreso inferior a dos salarios mínimos, cuya identificación censal es de competencia municipal. Su modelo de aseguramiento es similar al contributivo, con tres diferencias: i) la afiliación de los pobres a una EPS es realizada por la municipalidad (lugar del patrón); ii) la respectiva cotización es un subsidio público otorgado por el municipio con sus ingresos y complementado por el Fondo de Solidaridad y Garantía; y iii) el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado excluye transitoriamente algunos beneficios previstos en el Régimen Contributivo. No obstante, los asegurados pueden acceder a los servicios excluidos con cargo a los subsidios de oferta que aún reciben las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

b) El componente de gestión territorial

El componente de gestión territorial de la salud recae sobre el departamento y el municipio.

Las responsabilidades municipales en salud son:

- Dirigir el sistema local de salud, mediante actividades de planificación, asignación de recursos, evaluación y control.
- Atender la salud pública, mediante actividades universales, gratuitas y multisectoriales de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, y control de factores de riesgo colectivo. Para este efecto, el municipio debe brindar el Plan de Atención Básica (PAB), orientado hacia los servicios esenciales para garantizar la salud pública, con la acción de todos los sectores y la participación de la comunidad.
- Regular la operación del aseguramiento en el ámbito local, mediante el desarrollo de la demanda (promover el aseguramiento contributivo y garantizar el subsidiado), el ordenamiento de la oferta pública y privada y la garantía de prestación de los servicios correspondientes al primer nivel.
- Vigilar la calidad de los servicios y la situación de salud de la población.

Por su parte, las responsabilidades departamentales en salud, complementarias de las municipales, son las siguientes:

- Coordinar las acciones de salud realizadas en los distintos municipios del departamento, mediante actividades de planificación, asignación selectiva de recursos, supervisión y evaluación.
- Coordinar en su territorio las acciones municipales de atención a la salud pública y complementar a los municipios bajo criterios de equidad, economía de escala, necesidad técnica o imposibilidad local.
- Propiciar el aseguramiento universal en su jurisdicción, mediante acciones de apoyo a la afiliación, estímulo a la estructuración de la oferta de servicios y garantía de prestación de los servicios de segundo y tercer nivel.
- Vigilar la calidad de los servicios y la situación de salud de la población, de manera coordinada con los municipios.
- Garantizar asistencia técnica y apoyo para los municipios, bien sea directamente o propiciando el establecimiento de una oferta adecuada y oportuna.

Para facilitar el cumplimiento de estas funciones, las normas han previsto que los departamentos deben transformar los servicios seccionales de salud en instancias departamentales que actúen como dirección departamental de salud y que los municipios deben establecer su propia dirección local de salud. En ambos niveles, además, debe funcionar un consejo territorial de seguridad social en salud, como ente asesor y de concertación.¹¹

c) *Gradualidad de la descentralización: la certificación de departamentos y municipios*

Muchos aspectos de la gestión de salud se descentralizan automáticamente de la nación a los departamentos, particularmente la gestión de los hospitales, conjuntamente con la entrega automática de los recursos del situado fiscal.

No obstante, los departamentos adquieren plena autonomía cuando cumplen algunos requisitos administrativos e institucionales y obtienen así del Ministerio de Salud una "certificación" de su idoneidad para operar descentralizadamente.

Los municipios, por su parte, también reciben automáticamente responsabilidades y recursos para la gestión local de la salud, tales como las transferencias correspondientes a su participación en los ingresos corrientes de la nación. No obstante, deben acreditar ante el departamento un conjunto de requisitos para obtener de éste su "certificación" de idoneidad para administrar los hospitales de primer nivel y los correspondientes recursos del situado fiscal tutelados hasta ese momento por el departamento.

d) *Complementariedad entre el componente de aseguramiento y el componente territorial*

Las normas que orientan cada uno de estos dos componentes tienen diferencias de enfoque y concepción que plantean algunas contradicciones e incompatibilidades. No obstante, existe complementariedad en los aspectos fundamentales, particularmente en los siguientes:

- La gestión territorial tiene como eje la atención básica de la salud pública, mediante acciones de carácter colectivo, como el control de factores de riesgo. Esta responsabilidad se organiza alrededor del PAB (Plan de Atención Básica). El carácter colectivo y multisectorial implica la necesaria territorialidad del PAB.
- El aseguramiento se orienta a la atención obligatoria de la enfermedad, mediante intervenciones y servicios de carácter eminentemente individual, incluyendo las acciones individualizadas de prevención y promoción que sean más costo-efectivas que la atención a las enfermedades. Esta responsabilidad se estructura alrededor del POS (Plan Obligatorio de Salud). El carácter individual y sectorial de las actividades del POS justifica la extraterritorialidad del aseguramiento.

e) *Des-sectorialización y territorialización*

El análisis precedente explica por qué en el ordenamiento del sistema descentralizado de seguridad social en salud, varias funciones se "des-sectorializan" para "territorializarlas".

En particular, los hospitales deben entregar a los alcaldes y a las direcciones locales de salud las responsabilidades propias de la salud pública, como la vigilancia epidemiológica y el saneamiento ambiental.¹²

Los hospitales, por su parte, refuerzan su autonomía institucional bajo una modalidad empresarial, pero son de adscripción territorial y quedan obligados a rendir cuentas al departamento o al municipio.

2. Financiamiento del componente territorial

La reforma de la salud amplió de manera importante el ámbito del financiamiento sectorial, a la vez que lo complicó extraordinariamente, tanto por la diversidad de fuentes y procedimientos para la definición de montos, como por la normatización sobre usos obligatorios. Los aspectos más relevantes del financiamiento del componente territorial del sistema se analizan a continuación.

a) Fuentes

Los ingresos destinados a la financiación de las actividades territoriales en salud son asignados en los presupuestos de la nación, los departamentos y los municipios. Como es obvio, cada uno de estos niveles tiene autonomía para administrar sus recursos.

En el nivel nacional (Ministerio de Salud), las apropiaciones presupuestales con destino al componente territorial del sistema de seguridad social en salud se agrupan en dos rubros:

- Ayuda financiera, con recursos que son transferidos discrecionalmente a los departamentos y municipios, para la realización de campañas de interés nacional o para enfrentar situaciones de déficit, epidemias e imprevistos.
- Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía), con recursos provenientes del presupuesto nacional y de las cotizaciones del régimen contributivo, que son destinadas a la cofinanciación del aseguramiento subsidiado en los municipios.

Adicionalmente, el Fondo de Cofinanciación de Inversiones Sociales (FIS) tiene recursos destinados a cofinanciar inversiones en infraestructura y dotación de salud que realicen los departamentos y municipios.

Por su parte, los departamentos y municipios tienen en sus presupuestos ingresos específicamente destinados a salud. En el caso de los departamentos, estos ingresos son:

- Situado Fiscal, con las características descritas en la primera parte de este documento.
- Rentas cedidas por la nación al recaudo y manejo departamental.
- Recursos de capital.

El situado fiscal es una transferencia de la cual pueden participar los municipios por acuerdo con el departamento, una vez que cada municipio decida hacerse cargo de las instituciones de primer nivel y cumpla los requisitos de certificación.

Las municipalidades, por su parte, incorporan en sus presupuestos y administran con destino exclusivo a gastos de salud los siguientes recursos:

- Una porción de la participación en los ingresos corrientes de la nación (que es una transferencia automática a la que los municipios tienen derecho por mandato constitucional). Del total de esta participación es obligatorio destinar a salud el 25%, dividido así: 15 puntos para aseguramiento en el régimen subsidiado y 10 puntos que pueden dedicarse, a voluntad del municipio, también al aseguramiento subsidiado, a la atención de la salud pública (actividades masivas de prevención, promoción y vigilancia), a la prestación de servicios de atención y rehabilitación (pago de salarios y honorarios de personal técnico y profesional vinculado a la prestación de los servicios) o a estudios de preinversión e inversiones en infraestructura (construcción, remodelación, mantenimiento y dotación de instituciones de salud).
- La transferencia de los ingresos obtenidos del monopolio que tiene la nación sobre las apuestas y juegos de azar.

Adicionalmente, tanto departamentos como municipios tienen acceso a otros ingresos con destino a salud:

- Rentas propias
- Cofinanciación prevista por la nación
- Crédito
- Ingresos por explotación petrolera.

La tabla 7 contiene una explicación sinóptica de las fuentes de recursos para salud que tienen los departamentos y municipios. Las tablas 8, 9 y 10 muestran la composición por departamentos de las apropiaciones presupuestales destinadas al componente territorial del sistema de seguridad social en salud.

Puede observarse que los recursos nacionales para atención en salud (tabla 8) tienden a disminuir. Entre 1995 y 1996, decrecieron 6% en pesos corrientes (cerca de 28% en términos reales). Esta disminución se explica, en particular, porque el nuevo sistema de aseguramiento prevé que las instituciones de salud obtengan sus ingresos de la venta de servicios y eventuales ajustes provistos por los departamentos y municipios, de tal modo que los recursos del nivel nacional destinados a la compensación del déficit hospitalario se hacen superfluos. Por otra parte, el Fondo de Solidaridad y Garantía ha tenido resultados por debajo de los previstos.¹³ Llama la atención constatar que las magnitudes transferidas por la nación y la tasa de aumento o disminución de las mismas no siguen un patrón sistemático.

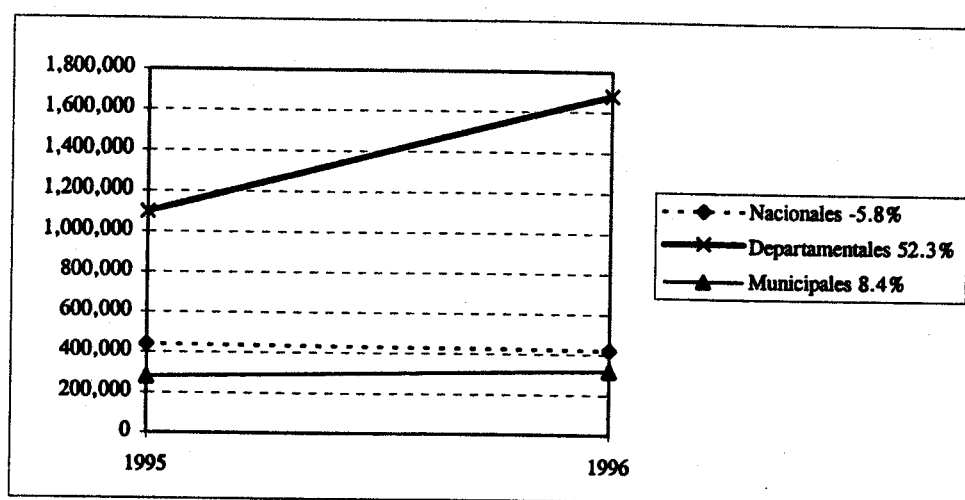
Tabla 7
FUENTES DE FINANCIACIÓN TERRITORIAL CON DESTINO A SALUD

Entidad	Identificación Ingreso	Descripción
Municipio	Situado fiscal	Los municipios deben recibir el 50% del situado fiscal para salud que llegue al departamento. El monto correspondiente a
	Participación en los ingresos corrientes de la nación	Los municipios deben financiar a inversiones en salud entre el 12.5% y el 25% (según categoría de municipio) de la participación en
	Transferencias de Ecosalud	Participación remitida a los municipios por la entidad nacional administradora del monopolio
	Recursos propios	Provenientes del presupuesto municipal o de la venta de servicios en las instituciones de
	Cofinanciación	Otorgada por Fondo de Cofinanciación de
	Crédito	Obtenido de cualquier fuente crediticia
	Petroleros	15% de los recursos adicionales que reciban como participaciones y transferencias por impuesto a la renta sobre la producción
Departamento	Situado fiscal	50% del situado fiscal transferido
	Rentas cedidas	35% Impuesto a la venta de licores; 8% impuesto a la venta de cervezas; 17% ganadores de loterías; 7.5% venta de loterías
	Recursos propios	Provenientes del presupuesto departamental o
	Impuestos propios	Impuesto de registro y anotación
	Cofinanciación	Otorgada por el Fondo de Cofinanciación de
	Crédito	Obtenido de cualquier fuente crediticia
	Petroleros	15% de los recursos adicionales que reciban como participaciones y transferencias por impuesto a la renta sobre la producción

El comportamiento de los recursos departamentales acusa variaciones aún mayores (tabla 9). Mientras hay departamentos que duplicaron sus presupuestos para salud en un año, muchos otros llegaron a tener disminución o incrementos inferiores a la inflación del período (22%). En todo caso, los mayores aumentos fueron siempre logrados con el esfuerzo departamental, por incremento en las rentas propias o en la percepción de recursos de capital. Los recursos municipales con destino a la salud (tabla 10) crecieron en 1996 por debajo de la inflación (apenas 13% de incremento), debido al recorte de los ingresos corrientes de la nación causado por las dificultades fiscales del período. No obstante, existen

indicaciones sobre aumentos importantes en los ingresos por venta de servicios de muchas instituciones de salud del nivel local, que son apenas obvios en el nuevo contexto comercial del sistema.¹⁴ El análisis comparativo de las tres fuentes de financiamiento tiene las tasas de crecimiento visibles en las siguientes gráficas. Puede observarse que el mayor peso del financiamiento del componente territorial de la salud recae sobre los recursos administrados por los departamentos (69% de los ingresos territorializables) y que éstos son también la fuente más dinámica (52% de crecimiento en el último año).

CRECIMIENTO DE LOS INGRESOS TERRITORIALES PARA SALUD, 1995-1996 (cifras en dólares)



La tendencia previsible es que el financiamiento discrecional nacional se aproxime a la desaparición, mientras el departamental y el municipal crecen. Al respecto, debe tenerse en cuenta que la participación nacional disminuye por las razones mencionadas, mientras aumenta el financiamiento departamental y la participación municipal también tiende a incrementarse en la medida en que los municipios reciban directamente sus recursos del situado fiscal. Según las normas vigentes, los municipios deberán percibir y administrar el 50% del situado fiscal para salud. No obstante, los departamentos manejan actualmente casi todo el situado fiscal y apenas comienza el proceso de cesión a los municipios. En el caso hipotético de que todos los municipios del país estuviesen ya recibiendo su 50% del situado para salud, la composición de las responsabilidades de financiamiento sería la que se observa en la siguiente gráfica.

Tabla 8
RECURSOS NACIONALES PARA SALUD POR DEPARTAMENTOS, 1995-1996
Miles de dólares

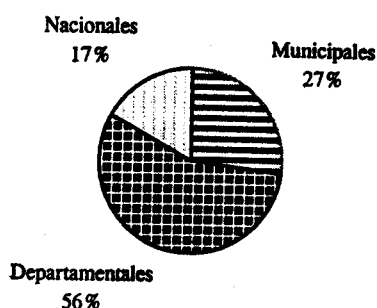
Departamento	1995			1996			Crecim.
	Ayuda financiera	FOSYGA	Total	Ayuda financiera	FOSYGA	Total	
Amazonas	744	188	932	445	226	671	-28
Antioquia	47,514	24,631	72,145	35,459	29,558	65,017	-10
Arauca	4,541	934	5,475	3,722	1,121	4,843	-12
Atlántico	6,106	6,572	12,678	2,015	7,887	9,902	-22
Bogotá	72,842	6,325	79,167	98,384	7,590	105,974	34
Bolívar	1,831	6,821	8,652	229	8,186	8,415	-3
Boyacá	1,594	10,640	12,234	285	12,768	13,053	7
Caldas	6,948	5,756	12,704	1,166	6,907	8,073	-36
Caquetá	852	1,725	2,577	680	2,070	2,750	7
Casanare	981	2,468	3,449	284	2,962	3,246	-6
Cauca	2,569	9,751	12,320	377	11,701	12,078	-2
Cesar	4,104	3,631	7,735	217	4,357	4,574	-41
Chocó	2,468	4,377	6,845	2,338	5,252	7,590	11
Córdoba	3,685	6,382	10,067	597	7,659	8,256	-18
Cundinamarca	4,834	13,735	18,569	2,095	16,482	18,577	0
Guainía	243	98	341	191	118	309	-9
Guaviare	160	1,133	1,293	363	1,360	1,723	33
Huila	1,214	8,461	9,674	10	10,153	10,163	5
La Guajira	3,666	1,572	5,238	1,110	1,886	2,996	-43
Magdalena	2,936	4,156	7,092	569	4,987	5,556	-22
Meta	3,792	3,229	7,021	50	3,875	3,925	-44
Nariño	2,309	9,506	11,815	995	11,408	12,403	5
N. Santander	8,040	4,931	12,971	1,280	5,917	7,197	-45
Putumayo	530	1,612	2,142	438	1,935	2,373	11
Quindío	1,510	2,207	3,717	62	2,649	2,711	-27
Risaralda	3,646	3,174	6,820	3,115	3,809	6,924	2
San Andrés	281	482	763	15	578	593	-22
Santander	8,214	18,580	26,794	1,338	18,580	19,918	-26
Sucre	2,794	3,588	6,382	375	4,486	4,861	-24
Tolima	5,601	6,992	12,593	778	8,390	9,168	-27
Valle	49,331	15,777	65,108	36,060	19,722	55,782	-14
Vaupés	262	188	450	235	226	461	2
Vichada	207	703	910	146	382	528	-42
Total	256,349	190,328	446,677	195,427	225,184	420,610	-6

Ayudas financieras: Recursos nacionales para cubrir déficit de los hospitales y también campañas,

DISTRIBUCIÓN DE LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO TERRITORIAL, 1996



DISTRIBUCIÓN DE LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO TERRITORIAL, con la mitad del situado fiscal ya transferido a los municipios, 1996



b) Usos

Los recursos del componente territorial del Sistema de Seguridad Social en Salud deben utilizarse para la entrega de subsidios de oferta y demanda. Los subsidios de oferta financian las instituciones de salud y deben disminuir gradualmente; los subsidios de demanda financian las unidades de pago por capitación que permiten el acceso de los pobres al Plan Obligatorio de Salud y deben sustituir paulatinamente a los de oferta. Recuérdese que la unidad de pago por capitación (UPC) es la prima que recibe una EPS por cada una de las personas aseguradas. Por ser prima técnica de aseguramiento, la UPC debe permitir que el asegurador cubra los costos de atención de los asegurados y obtenga un margen razonable de utilidades. El paquete de derechos del asegurado es el Plan Obligatorio de Salud (POS). La UPC da derecho al POS y debe ser suficiente para cubrirlo.

El POS del régimen contributivo (POS completo) cubre prácticamente todas las prestaciones de salud requeridas por una persona. El POS del régimen subsidiado es apenas una parte del contributivo, pues cubre los servicios del primer nivel de atención, algunos

del segundo nivel, maternidad y atención perinatal, y enfermedades de muy alto costo. No obstante, los afiliados al régimen subsidiado pueden obtener servicios de segundo y tercer nivel no cubiertos por el POS (subsidiado) de los subsidios de oferta que aún tienen los hospitales. Los usos previstos por la reforma para los recursos del componente territorial son los siguientes:

- El 90% de los recursos del situado fiscal y la totalidad de las rentas cedidas a los departamentos pueden usarse como subsidio a la oferta, transfiriéndose entonces a los hospitales bajo el sistema tradicional de presupuestación por rubros de gasto. No obstante, estos recursos deben transformarse gradualmente en subsidios a la demanda, convirtiéndose en unidades de aseguramiento de personas determinadas. Los ministerios de Hacienda y Salud han previsto que el proceso de transformación de subsidios de oferta en demanda comience en 1997 con un 25% del situado fiscal.
- El 10% restante del situado fiscal debe destinarse a actividades de prevención y promoción.
- Los recursos del Fosyga y el 60% de la parte de salud de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación (15% de participación municipal total) deben utilizarse exclusivamente como subsidios a la demanda, mediante el pago de las primas del régimen subsidiado a nombre de las personas de bajos ingresos.
- El 10% restante de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación puede ser utilizado por los municipios como subsidio a la oferta, subsidios a la demanda o cofinanciamiento del PAB (Plan de Atención Básica de la Salud Pública).

La gráfica siguiente ilustra el destino de los subsidios:

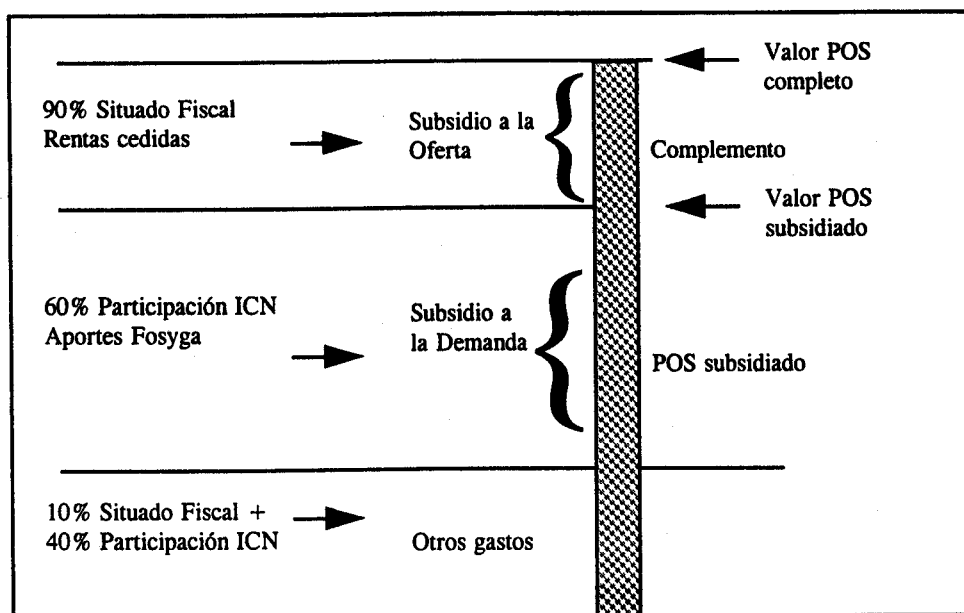


Tabla 9
RECURSOS DEPARTAMENTALES PARA SALUD, 1995-1996
Miles de dólares

Departamentos	1995					1996					Crecim. (%)
	Situado Fiscal	Rentas Cedidas	Rentas Propias	Recursos de Capital	Total	Situado Fiscal	Rentas Cedidas	Rentas Propias	Recursos de Capital	Total	
Amazonas	2,072	3,225	357	1,555	7,209	2,961	3,602	482	1,121	8,166	1
Antioquia	58,026	43,003	87,680	43,204	231,913	77,752	39,793	139,532	3,332	260,409	1
Arauca	2,808	3,039	379	477	6,703	3,857	3,012	583	14	7,466	1
Atlántico	8,756	6,697	2,720	1,472	19,646	13,365	10,973	4,306	0	28,644	4
Bogotá	56,256	33,061	13,914	14,045	117,277	80,054	46,594	14,088	0	140,736	2
Bolívar	20,088	3,381	2,302	1,237	27,008	23,581	5,072	3,826	0	32,479	2
Boyacá	20,547	9,113	6,383	2,748	38,791	28,522	9,254	14,709	4,219	56,704	4
Caldas	14,841	8,394	9,651	3,000	35,886	21,561	9,042	15,696	6,387	52,686	4
Caquetá	4,739	2,183	1,787	472	9,181	7,331	2,506	4,582	596	15,015	6
Casanare	3,127	3,622	746	397	7,892	4,444	3,476	1,410	1,046	10,376	3
Cauca	17,008	6,049	5,934	1,448	30,439	22,733	7,134	15,173	5,949	50,989	6
Cesar	10,575	3,964	1,532	176	16,247	14,291	4,303	15,597	0	34,191	11
Chocó	6,818	1,598	567	147	9,130	9,231	2,450	4,603	0	16,284	7
Córdoba	13,670	5,027	2,186	729	21,612	18,586	6,409	3,149	186	28,330	3
Cundinamarca	22,319	45,202	13,670	11,045	92,236	38,527	47,201	34,713	11,235	131,676	4
Guainía	1,847	2,969	64	1,694	6,574	2,481	2,647	632	678	6,438	-
Guaviare	2,246	2,972	397	796	6,411	3,100	4,664	1,860	1,112	10,736	6
Huila	8,860	4,035	4,217	340	17,452	13,625	4,686	12,356	1,088	31,755	8
La Guajira	7,677	1,475	1,214	325	10,691	10,904	1,819	5,554	0	18,277	7
Magdalena	11,899	3,513	1,257	427	17,096	15,317	4,692	2,622	0	22,631	3
Meta	6,888	5,546	3,565	892	16,891	9,560	5,478	6,528	443	22,009	3
Nariño	18,347	3,720	4,369	499	26,935	23,691	5,324	8,599	437	38,051	4
N. Santander	18,027	5,210	3,223	563	27,023	23,111	5,425	4,456	364	33,356	2
Putumayo	3,058	2,926	556	913	7,453	4,668	3,227	2,501	142	10,538	4
Quindío	8,317	4,891	3,120	701	17,029	11,780	4,437	5,765	2,126	24,108	4
Risaralda	10,355	9,701	9,301	3,368	32,725	14,933	9,767	11,750	4,043	40,493	2
San Andrés	2,594	2,788	544	0	5,926	3,612	3,027	3,924	0	10,563	7
Santander	25,826	7,430	7,730	1,461	42,447	34,402	9,638	14,518	2,372	60,930	4
Sucre	10,100	1,734	927	637	13,398	13,234	3,033	3,003	53	19,323	4
Tolima	15,208	10,115	10,363	3,259	38,945	23,719	11,797	19,522	3,904	58,942	5
Valle	40,829	26,906	50,501	12,585	130,821	58,411	34,430	80,843	209,745	383,429	19
Vaupés	2,192	2,915	133	721	5,961	2,933	1,936	123	390	5,382	-1
Vichada	2,090	3,557	104	792	6,543	2,838	2,585	735	656	6,814	4
Total	458,010	279,965	251,396	112,124	1,101,495	639,118	319,433	457,739	261,635	1,677,925	5

Fuente: Ministerio de Salud, División de Presupuestación; Ministerio de Hacienda; Departamento Nacional de Planeación - Unidad de Desarrollo Territorial

Tabla 10
RECURSOS MUNICIPALES PARA SALUD, DEPARTAMENTOS, 1995-1996
Miles de dólares

Departamento	1995			1996			Crec.
	25PICN	ECOSALUD	TOTAL	25PICN	ECOSALUD*	TOTAL	
Amazonas	368	16	384	369	n.d	369	-4
Antioquia	39,722	114	39,836	41,944	n.d	41,944	5
Arauca	1,182	4	1,186	1,199	n.d	1,199	1
Atlántico	11,541	41	11,582	13,729	n.d	13,729	19
Bogotá	24,817	199	25,016	31,626	n.d	31,626	26
Bolívar	12,996	38	13,034	15,127	n.d	15,127	16
Boyacá	16,209	72	16,281	17,637	n.d	17,637	8
Caldas	9,242	21	9,263	8,699	n.d	8,699	-6
Caquetá	3,426	9	3,435	3,484	n.d	3,484	1
Casanare	2,159	11	2,170	3,755	n.d	3,755	73
Cauca	9,963	26	9,990	9,934	n.d	9,934	-1
Cesar	7,660	19	7,679	7,933	n.d	7,933	3
Chocó	4,134	13	4,147	4,397	n.d	4,397	6
Córdoba	11,384	23	11,407	11,682	n.d	11,682	2
Cundinamarca	18,853	68	18,921	20,553	n.d	20,553	9
Guainía	171	4	175	181	n.d	181	3
Guaviare	585	3	588	651	n.d	651	11
Huila	7,865	24	7,889	8,369	n.d	8,369	6
La Guajira	3,625	9	3,634	3,527	n.d	3,527	-3
Magdalena	9,219	20	9,240	10,062	n.d	10,062	9
Meta	5,101	19	5,120	5,603	n.d	5,603	9
Nariño	12,629	37	12,666	13,306	n.d	13,306	5
N. Santander	9,595	41	9,635	9,894	n.d	9,894	3
Putumayo	2,354	7	2,362	2,444	n.d	2,444	3
Quindío	3,699	11	3,710	3,578	n.d	3,578	-4
Risaralda	5,709	19	5,727	5,614	n.d	5,614	-2
San Andrés	336	4	339	459	n.d	459	35
Santander	15,901	79	15,980	17,785	n.d	17,785	11
Sucre	6,396	17	6,413	6,838	n.d	6,838	7
Tolima	12,744	38	12,782	12,700	n.d	12,700	-1
Valle	24,014	98	24,111	26,150	n.d	26,150	8
Vaupés	292	6	297	334	n.d	334	12
Vichada	230	5	235	382	n.d	382	63
Total	294,121	1,115	295,234	319,945	12,476	332,421	12

* La distribución por departamento no es accesible

n.d.: no disponible

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Presupuestación; Ministerio de Hacienda; Ecosalud.

El 60% de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación (15 puntos del total) y los recursos del Fosyga permiten asegurar a los pobres para que obtengan el POS subsidiado. El 90% del situado fiscal y de las rentas cedidas actúan como subsidio de oferta que permite complementar los servicios de los asegurados subsidiados para que tengan el POS completo. Además, el 10% del situado fiscal se destina al PAB y el 40% restante de la participación en ICN a diversos usos.

Muchos municipios aún no cumplen con el destino legal de los recursos, aunque esta situación tiende a corregirse. Una parte de la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación se ha dedicado a subsidiar la oferta de salud y otra porción significativa a gastos en otros sectores. El Departamento Nacional de Planeación estima esta desviación en 29.2% en la vigencia fiscal de 1994¹⁵ y 20% en 1995.¹⁶ Por su parte, proceso de conversión de subsidios, particularmente del situado fiscal, no ha iniciado aún, debido a la falta de una política decidida, que incluya estímulos, seguimiento y sanciones.

3. Autonomía de la gestión

Las ganancias en autonomía de los departamentos y municipios para administrar la salud pueden describirse con el análisis del desarrollo de los espacios de decisión local incluido en las tablas 11 y 12. Las letras que aparecen a la derecha de cada situación muestran si hay alta, media o baja autonomía. Las columnas se refieren a la situación previa, actual y prevista. Se observa que los departamentos parten de una situación de autonomía baja o media. Tienen ciertos espacios de autonomía financiera, limitada por normas y procedimientos muy restrictivos respecto de la organización de los servicios y la gestión de los recursos humanos. Se observa también que la situación de base es de evidente aislamiento frente a otros sectores. En la fase actual los espacios de decisión autónoma departamental se han abierto considerablemente, hasta el punto de que la mayor parte de las decisiones son del resorte de la administración territorial. No obstante, subsisten restricciones a la autonomía en la fijación de tarifas, la gestión de los recursos humanos y algunos frentes de relación extrasectorial.

El proceso de descentralización y reforma sectorial les ha conferido a los municipios autonomía en algunas áreas, particularmente en la organización de los servicios y la atención de los pobres. Sin embargo, aún hay timidez en las medidas de entrega de responsabilidades en el área financiera y restricciones en el área de gestión de recursos humanos. El proceso prevé para el futuro alta autonomía en los diferentes espacios de decisión municipal, excepto libertad en las decisiones de retiro de personal. La falta de mayor libertad en el mercado laboral de salud (y en general en el sector público) es el espacio más cerrado en el futuro de la descentralización, por causa de la extensión de la carrera administrativa convertida en un mecanismo de protección de la permanencia en los cargos. Aunque la seguridad laboral es indispensable, el procedimiento adoptado está perjudicando sensiblemente a los trabajadores porque presiona los salarios a la baja, a la vez que es una restricción enorme a la gestión institucional, dado que los pagos de personal representan cerca del 60% de los costos totales de los hospitales, de tal modo que son una variable clave para el logro de mejores condiciones de eficiencia, productividad y costo-efectividad.

Tabla 11
DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA DE LOS MUNICIPIOS

Espacios de Decisión	Antes	Área financiera		Actualmente	Previsto
Organización de los servicios					
* Asignación de ingresos	Por la nación	B	Autónoma y por el depto.	M	Autónoma
* Decisión de gastos	Por la nación y el departamento	B	Propia con restricciones	M	Propia
* Fijación de tarifas	Por la nación	B	Por la nación, atenuada	M	Libre
Gestión de Recursos Humanos					
* Gestión de los hospitales	Por la nación	B	Autónoma y por el depto.	M	Autónoma
* Manejo de la salud pública	Por la nación, restringida	B	Propia	A	Propia
* Contratación con terceros	Inexistente	B	Libre	A	Libre
Atención de los pobres					
* Nombramientos	Por la nación y el depto.	B	Por el depto. y propia	M	Propia
* Fijación de sueldos	Por la nación	B	Por la nación	B	Propia
* Despidos	No: Carrera administrativa	B	No: Carrera administrativa	B	No: Carrera administrativa
* Capacidad de contratación	Inexistente	B	Autónoma	A	Autónoma
Tomadores de decisiones					
* La dirección local	Inexistente o dependiente	B	Semiautónoma	M	Autónoma
* Los hospitales	Por la nación y el depto.	B	Por el depto. y propia	M	Autónoma
* La comunidad	No participa	B	Algunos espacios de participación	M	Participación amplia
Coordinación con otros sectores					
* Sociales y ambientales	Baja y departamental	M	Autónoma del alcalde	A	Autónoma
* Económicos	Alta dependencia	B	Semitutelada	M	Relación de igualdad
* Infraestructura	Inexistente	B	Parcial, voluntarista	M	Mecanismo de concertación

Convenciones relativas al grado de autonomía: A alta, M mediana y B baja o nula.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12

DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA DE LOS DEPARTAMENTOS

Espacios de Decisión	Antes	Actualmente	Previsto
Area financiera			
* Asignación de ingresos	Por la nación y propia	M Autónoma	A Autónoma
* Decisión de gastos	Por la nación y propia	M Propia	A Propia
* Fijación de tarifas	Por la nación	B Por la nación, atenuada	M Libre
Organización de los servicios			
* Gestión de los hospitales	Por la nación y propia	M Autónoma	A Autónoma
* Manejo de la salud pública	Por la nación y propia	B Propia	A Propia
* Contratación con terceros	Inexistente	B Libre	A Libre
Gestión de Recursos Humanos			
* Nombramientos	Por la nación y propia	M Propia	A Propia
* Fijación de sueldos	Por la nación	B Por la nación	B Propia
* Despidos	No: Carrera administrativa	B No: Carrera administrativa	B No: Carrera administrativa
* Capacidad de contratación	Inexistente	B Autónoma	A Autónoma
Atención de los pobres			
* Identificación de beneficiarios	Inexistente	B Por el municipio	A Por el municipio
* Aseguramiento	Inexistente	B Por el municipio	A Por el municipio
* Atención de no asegurados	Nación, depto. y mpio.	B Propia y por el municipio	A Propia y por el municipio
Tomadores de decisiones			
* La dirección local	Extradepartamental	M Autónoma	A Autónoma
* Los hospitales	Por la nación y propia	M Autónoma	A Autónoma
* La comunidad	No participa	B Participación débil	M Algunos espacios
Coordinación con otros sectores			
* Sociales y ambientales	Baja	B Autónoma	A Autónoma
* Económicos	Dependiente	B Relación de igualdad	A Relación de igualdad
* Infraestructura	Inexistente	B Parcial	M Mecanismo de concertación

Convenciones relativas al grado de autonomía: A alta, M mediana y B baja o nula.

Fuente: Elaboración propia

IV. ANÁLISIS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A continuación se examina la descentralización de los servicios de salud en Colombia, teniendo en cuenta tres aspectos: la concepción del sistema, la gestión del proceso y los resultados obtenidos hasta el momento.

1. La concepción

a) *Pertinencia*

La propuesta colombiana de establecer un sistema descentralizado de seguridad social en salud, con un componente de aseguramiento universal interrelacionado con un componente de activa gestión territorial es innovadora y muy adecuada a las condiciones del país y de su proceso de descentralización.

Son muy novedosas las características del componente de aseguramiento, tanto en el aspecto de financiamiento como en el régimen de beneficios. En el financiamiento, separa el ingreso de la provisión de servicios, de modo que las contribuciones laborales proporcionales a los salarios conjuntamente con los aportes fiscales territoriales son convertidos en unidades de pago por capitación que permiten al sistema ser universal y equitativo. El Plan Obligatorio de Salud garantiza un amplio plan de beneficios básicos para todos los asegurados y reduce los planes complementarios a ascensos en hotelería y procedimientos de finalidad estética. La existencia de unidades de pago por capitación y plan obligatorio de salud permiten bajos niveles de copago, en beneficio de las poblaciones de bajos ingresos. El sistema, además, establece la posibilidad de elección por parte de los asegurados ligada a condiciones de competencia entre las unidades de provisión de servicios.

Sin duda estos elementos superan la mayoría de los aspectos negativos de otros sistemas de seguridad social en salud que operan en América Latina: no universalidad, separación entre el aseguramiento de los pobres y el de la población con ingresos medios y altos, diferencias sustanciales en planes de beneficios para distintos segmentos de la población, imposibilidad de elección, baja competencia entre prestadores y abuso en planes complementarios y copagos que llegan a ser catastróficos para el asegurado.

El componente de gestión territorial, también innovador, es totalmente compatible con el proceso de descentralización colombiano, estimula el aseguramiento y propende por una mejor atención de la salud pública. Es notable en este aspecto, la posibilidad que da el sistema a convertir la salud en un asunto político del nivel local y las condiciones que establece para que el aseguramiento subsidiado sea orientado y financiado por las

municipalidades, para que el municipio y el departamento se conviertan en elementos propiciadores de la eficiencia y la productividad de los servicios de salud y para que la municipalidad, con participación ciudadana y apoyo departamental, sea la responsable de garantizar las actividades colectivas de prevención de la enfermedad y preservación de la salud.

La práctica ha mostrado que el diseño general del sistema tiene limitaciones que son apenas marginales y pueden ser superadas con ajustes que en ningún caso parecen exigir cambios sustanciales en el modelo.

b) La falta de consensos

Una característica de las reformas institucionales y sectoriales en la mayoría de las naciones latinoamericanas es que no suelen ser el producto de un consenso democrático que involucre masivamente a los diferentes actores, sino más bien el resultado de una imposición gubernamental o legislativa que paulatinamente gana adeptos y enemigos durante su proceso de implantación.

Colombia ha tenido un proceso vertiginoso de reformas durante la última década y casi todas ellas han sido cambios impuestos. Como muchas otras, la reforma en salud no tuvo oportunidad de construir consensos previos a la aprobación de sus distintos componentes en la Asamblea Constituyente, el Congreso o el Ejecutivo. Probablemente lograr consensos hubiera sido muy difícil, por falta de experiencia en construcción de acuerdos y porque la mayoría de los actores de la salud carece de mecanismos democráticos de expresión y representación.

Por no existir consenso, la reforma es muy poco conocida por los ciudadanos; las instituciones y agentes concernidos la entienden y ejecutan de maneras disímiles y frecuentemente contradictorias; se presentan prácticas abusivas que la comunidad no sabe rechazar; muchos funcionarios y trabajadores de salud se sienten lesionados, usualmente movidos por interpretaciones erróneas o simples sospechas carentes de fundamento y, en fin, la reforma no es objeto de análisis amplio y construcción masiva. La falta de apropiación social de la reforma es su principal limitación.

c) Tensiones entre el componente sectorial y el territorial

Como se analizó en la sección precedente, el modelo descentralizado de seguridad social en salud adoptado en Colombia se fundamentó en una estrecha e indisoluble relación entre lo sectorial y lo territorial. No obstante, en la práctica se presentan dificultades para lograr plena compatibilidad entre estos componentes. Esta tensión tiene dos causas: no han sido concebidos y desarrollados de manera paralela y armónica y existen inercias e intereses que dificultan su interrelación.

El cuerpo normativo rector de la descentralización en salud y educación (la ley 60 de 1993) es producto de una concepción distinta e incompatible con el sistema de seguridad social (ley 100 de 1993):

- La ley 60 se estructura en torno a los subsidios de oferta, mientras el aseguramiento lo hace alrededor de los subsidios de demanda.
- La ley 60 es distribucionista mientras que el sistema de aseguramiento busca lograr mejoras en la cobertura, la calidad y la eficiencia mediante mecanismos contractuales.
- La ley 60 asigna responsabilidades cuya adscripción administrativa tiene poca relevancia para la seguridad social.

Estas diferencias de concepción y ordenamiento que deberían poderse dirimir por vía ejecutiva, devienen problemáticas en la medida en que las normas son excesivamente detalladas y sus ajustes exigen procesos legislativos muy dispendiosos.

Por otra parte, es evidente que el sector salud, cuya consolidación reciente había sido marcadamente centralista y extraterritorial, es renuente a aceptar vínculos con las autoridades territoriales, tanto en el nivel central como en los hospitales. Las autoridades territoriales, por su parte, incursionan temerosas en un sector que ha sido ajeno a las plataformas políticas y frecuentemente prefieren trasladar al ministro los problemas locales que deberían acometer autónomamente.

En la práctica resultan enfoques o énfasis disímiles y a veces irreconciliables, sobre la relación entre lo territorial y lo sectorial. Esta divergencia no sería problemática si hubiese escenarios y reglas para construir acuerdos. Pero los distintos enfoques se convierten en bandera de grupos de poder con intención de imponer su punto de vista, de tal modo que la tensión entre lo sectorial y lo territorial, que podría ser un elemento dinamizador de la reforma, conspira contra el desarrollo integral del sistema.

2. La gestión del proceso

a) *La falta de incentivos y la renuencia territorial para descentralizarse*

La previsión legal fue lograr en tres años la plena descentralización sectorial. No obstante, en ese período apenas la mitad de los departamentos y menos del 10% de los municipios han acreditado los requisitos establecidos para certificarse como entes descentralizados.¹⁷ Una de las causas de este retraso ha sido la falta de estímulos reales a la plena asunción de competencias descentralizadas por parte de los departamentos y municipios.

- Los departamentos tienen pocos incentivos para descentralizarse, dado que reciben automáticamente el situado fiscal y la certificación no aumenta los montos ni confiere algún otro privilegio fiscal. El único incentivo es ganar autonomía de programación y ejecución presupuestal, que para varios departamentos es un incentivo débil.
- Los departamentos tampoco tienen incentivos para certificar a sus municipios y entregarles responsabilidades de gestión sobre las instituciones hospitalarias. Por el contrario, la mayoría considera que esta acción les quita el poder de nombrar y financiar.

- Los municipios reciben automáticamente su participación en los ingresos corrientes de la nación, incluido el porcentaje destinado a salud y pueden administrarlos con plena autonomía. No existe, entonces, incentivo para ganar desarrollo técnico y administrativo que garantice un manejo óptimo de esos fondos.
- Con la certificación, los municipios recibirían también una porción del situado fiscal administrado por los departamentos, pero la mayoría de las municipalidades se siente en condición de desigualdad para negociar esta cesión con su departamento que, como acabamos de examinar, no tiene estímulos claros para realizarla.

Además de la falta de incentivos, la renuencia de los departamentos y municipios a realizar las transformaciones requeridas para asumir las competencias descentralizadas en materia de salud tiene las siguientes causas principales:

- La confusión creada por la ausencia de criterios únicos que guíen el proceso, debido a las directrices prácticas del Ministerio de Salud y la intervención de múltiples instancias del gobierno central.
- La desconfianza sobre las intenciones del gobierno nacional, especialmente en un período en el cual las autoridades fiscales han anunciado reiteradamente la necesidad de recortar las transferencias a las entidades territoriales para subsanar una parte del déficit fiscal.
- La inestabilidad de los funcionarios directivos territoriales.
- Las dificultades que suele tener la concertación y negociación con las asambleas departamentales y con los consejos municipales en torno a cambios que no son de fácil comprensión.
- La incertidumbre sobre la financiación de los costos laborales y prestacionales.
- La dificultad inherente a la racionalización de las plantas de personal y el temor a la reacción hostil de los sindicatos.

b) Excesiva complejidad

Probablemente la principal dificultad que tiene la implantación del sistema descentralizado de seguridad social en salud de Colombia es su extraordinaria complejidad. Aunque el modelo básico es simple y lógico, está caracterizado por una excepcional cantidad de accesorios, reglas, requisitos y procedimientos, que le quitan transparencia y limitan sensiblemente las posibilidades de comprensión y buena implantación. La razón fundamental de este exceso es la falta de consenso en torno a la reforma. Como no se parte del conocimiento activo de los agentes participantes, de la confianza en su buen criterio y de la existencia de escenarios de concertación de las acciones, entonces se pretenden reglamentar todos los procedimientos para que los ejecutores se vean obligados a proceder según la voluntad de quien expide las normas.

Una muestra de este exceso es la existencia de cerca de 150 decretos reglamentarios (muchos de ellos con más de 100 artículos) y un número indeterminado de resoluciones ministeriales de análoga extensión y complejidad. Por supuesto, todas estas normas aclaran, reglamentan, limitan, condicionan, aplazan, exceptúan y dan plazos en tal abundancia que suelen contradecirse y resulta imposible su pleno conocimiento y aplicación.

La complejidad es también evidente en la diversidad de las fuentes de financiación, descritas en la sección precedente, que se acrecienta con tres circunstancias adicionales: cada fuente tiene previsto el logro simultáneo de varios objetivos; algunos objetivos son financiados por diversas fuentes y algunas fuentes y objetivos corresponden a funciones de distintos niveles territoriales. Este abuso normativo genera confusiones, evasiones de responsabilidad, duplicaciones y conflictos, que perjudican a todos los actores: usuarios, aseguradores y prestadores de servicios. Este perjuicio ha sido muy grande para las entidades territoriales, y especialmente para los municipios.

c) *Falta de "ingeniería de montaje"*

Una reforma ambiciosa y de implantación progresiva como la creación del sistema descentralizado de seguridad social en salud requiere, además del diseño de sus componentes, el diseño de su proceso de implantación, con prioridades, cronogramas, metas, estímulos, mecanismos de seguimiento y responsabilidades correctivas claramente definidas. Es decir, además de definir qué se quiere construir (lo cual es muy claro en el caso de la reforma colombiana), es necesario establecer con claridad cómo construirlo. Esta planificación de la ingeniería de montaje fue muy débil y se confundió con ese profuso conjunto de normas reglamentarias que se acaba de mencionar, las cuales oscurecen la estructura básica de la implantación. La reforma parece ser un caso típico de un juicioso diseño ex-ante que no está logrando ex-post los resultados esperados, por falta de claridad en las reglas del juego, por no haber identificado a quienes detentan los poderes sectoriales y se benefician con el no cambio y por la inexistencia de los incentivos necesarios para lograr que los actores sectoriales encuentren conveniente comprometerse con la reforma. Se trata, en síntesis, de no haber enfrentado las llamadas restricciones institucionales.

d) *Una dirección errática y vacilante*

La reforma no ha tenido dirección definida, con visión estratégica del proceso. Inmerso en la confusión reglamentaria y sin la brújula orientadora de una definición expresa del proceso de montaje, el Ministerio de Salud ha sido vacilante y errático en la conducción del proceso. Le ha faltado claridad directiva para discernir lo fundamental y ha tenido cambios muy radicales de estrategia que han creado desconcierto y desconfianza en los usuarios, las entidades territoriales, las EPS y las IPS. Algunas reglas de juego han cambiado en áreas de especial sensibilidad, como afiliación, financiamiento, competencias territoriales y obligatoriedad e intensidad de los ajustes institucionales.¹⁸ En otras áreas de alta prioridad, en cambio, la característica ha sido la indefinición de objetivos y procedimientos extremadamente urgentes.¹⁹

- El Ministerio de Salud no ha tenido una instancia directamente responsable de la conducción estratégica del proceso de reforma, de modo que esto suele ser postergado por la urgencia de lo coyuntural.
- El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es una instancia de concertación y orientación que ha conferido alguna estabilidad al proceso, pero su alcance y responsabilidades no alcanzan a contrarrestar la incertidumbre y contradicciones inducidas por la cabeza sectorial.

e) *La carencia de información*

La reforma no ha contado hasta ahora con un sistema de información sobre afiliados y afiliación, oferta y uso de servicios y asignación de recursos. La información disponible, fragmentada e inoportuna, es inadecuada para evaluar los aspectos esenciales de la conducción y operación del sistema, tales como el impacto, la equidad, la productividad y la eficiencia en el uso de los recursos y el cumplimiento de las funciones descentralizadas. Sin información no es viable el desarrollo de un sistema de seguridad social en salud. Este requisito es tanto más crítico en cuanto el sistema es efectivamente descentralizado.

f) *Violación sectorial de la autonomía territorial*

Una característica del proceso de reforma ha sido la frecuente invasión sectorial de los espacios de autonomía territorial. En particular, han sido establecidas normas que definen con excesivo detalle las cuantías y el uso de los recursos territoriales destinados a salud,²⁰ obligan a los departamentos y municipios a crear instancias burocráticas,²¹ exigen la elaboración de múltiples planes satisfactorios para el nivel central,²² y, en fin, trasladan funciones y responsabilidades al nivel local bajo la orientación detallada de normas nacionales. Esta injerencia resta autonomía a los departamentos y municipios para asignar sus recursos según sus propias prioridades limita la planificación participativa y desconoce la diversidad territorial.

La asignación de ayudas financieras y recursos del Fosyga concibe a las entidades territoriales como beneficiarios o como inferiores jerárquicos que deben cumplir condiciones, no como instancias autónomas con las cuales se concerta. La certificación de los departamentos se ha asumido como una aprobación del superior, no como un acuerdo entre la nación y cada departamento sobre la mejor manera en modo y tiempo de transferir-asumir las competencias propias de la descentralización.

g) *Indefinición de competencias por niveles de gobierno*

Las tensiones entre los componentes sectorial y territorial mencionadas en la sección 1 y el exceso normativo han dado lugar a que no exista claridad sobre muchas de las competencias y responsabilidades en los distintos niveles de gobierno y, particularmente, en los departamentos y municipios. Esta indefinición da lugar a descuidos o superposiciones y a pequeños y grandes conflictos intergubernamentales. Es natural que se presente indefinición de competencias y fronteras difusas. El problema surge del intento de superarlas con normas, cuando debería existir un escenario de concertación y negociación capaz de encontrar soluciones particulares y definiciones negociadas.

3. La situación actual del componente territorial

A continuación se examina la situación actual y algunos resultados logrados hasta ahora en el proceso de desarrollo del componente territorial del sistema de seguridad social en salud. Este análisis se concentra en aspectos institucionales y financieros, pues aún se carece de información sobre el estado de la salud de la población.

a) La salud como parte de la política territorial

Un logro esencial del sistema descentralizado de seguridad social en salud ha sido permitir que la salud haga parte ya de la gestión territorial. Los temas de salud están presentes en las plataformas políticas de los candidatos a las alcaldías y gobernaciones, la gestión de la salud es un aspecto propio de las tareas de las administraciones territoriales y las comunidades comienzan a tener interlocución con sus mandatarios locales sobre derechos, necesidades y prioridades en materia de salud. Este avance se ha logrado, particularmente, alrededor de las actividades de identificación de la población con necesidades básicas insatisfechas y afiliación al régimen subsidiado y comienza a reforzarse en los municipios donde ha existido planificación con la comunidad respecto del uso de los recursos de participación en los ingresos corrientes de la nación destinados a salud. Se trata de un logro aún incipiente. Como se verá en los estudios de caso de la sección siguiente, la ganancia es mayor en gestión administrativa territorial que en participación ciudadana.

b) Una asignación de recursos equivocada, que conduce a la crisis

El desarrollo del componente territorial del sistema ha tenido una pésima asignación de recursos que amenaza con romper en corto plazo la viabilidad de la reforma. Los problemas pueden sintetizarse en los aspectos siguientes:

i. Inoperancia de la transformación de subsidios y de la reorientación del gasto sectorial

De cerca de \$3,440 millones de dólares destinados por la nación, los departamentos y los municipios a la administración y a los servicios de salud de la población general (sin tener en cuenta los regímenes especiales, ver tabla 1), tan sólo un mínimo de \$450 millones de dólares fue utilizado en 1996 como subsidios de demanda para el aseguramiento de personas pobres identificadas por los municipios. Ello significa que en el tercer año de funcionamiento del sistema de seguridad social en salud, tan solo 13% de los recursos públicos del sector se destinó al régimen subsidiado, que es orientado por las entidades territoriales, y que al menos el 87% de los recursos se destinó a actividades tradicionales, con predominio del financiamiento directo de los hospitales y de la burocracia sectorial. Los \$1,667 millones de dólares que administraron los departamentos representan cerca de la mitad de los recursos públicos sectoriales y menos del 1% se destinó al aseguramiento.

Estas cifras implican que no hay transformación de los recursos históricos (subsidios de oferta) en financiamiento del nuevo régimen (subsidios de demanda). Todo el financiamiento de subsidios de demanda se realizó con fuentes nuevas, establecidas durante el último lustro, especialmente con una porción de la participación en ingresos corrientes de la nación y el apoyo complementario del Fosyga. Entre tanto, todos los recursos preexistentes (y aún algunos de los nuevos) se destinaron a actividades con procedimientos tradicionales de gasto. En este escenario, la afiliación es duplicación de gasto. Es obvio que el nuevo sistema no se puede implantar y sostener solamente con recursos nuevos; por tanto, es urgente transformar los históricos. De lo contrario, es fiscalmente inviable y ya se perciben los primeros signos. Como la mayor parte de los recursos tradicionales

renuentes al cambio pertenece a la esfera territorial, tanto el gasto redundante como el déficit que éste implica que son imputables en buena medida a los departamentos y municipios.

ii. Inequidad e insuficiencia de las transferencias de recursos a las entidades territoriales

El financiamiento del componente territorial del sistema de seguridad social en salud no es equitativo ni suficiente para atender a los derechos universales establecidos en la reforma.²³ El situado fiscal per cápita se acerca en promedio a los \$17 dólares (gráficos 1 y 2). No obstante, en algunos departamentos está muy por debajo (como Atlántico, donde apenas alcanza a \$8 dólares, y en otros supera los \$80 dólares). En una misma región, como la de la Orinoquia y Amazonia, hay departamentos donde el situado fiscal per cápita es 4 veces superior a otros. La inequidad es aún mayor si éste se divide entre la población con necesidades básicas insatisfechas: en este caso, Vichada y Guainía tienen un per cápita cercano a \$250 dólares y Quindío, un departamento con alto grado de desarrollo, sobrepasa los \$85 dólares, mientras que en Córdoba y Atlántico no llega a \$20 dólares.

Una conclusión clara es que el situado fiscal es *altamente inequitativo* y el proceso de corrección gradual emprendido desde 1994 se demoraría 25 años en el mejor de los casos para lograr que las diferencias no sean superiores al 100%. En las mismas gráficas se observa que la distribución per cápita (NBI) de los recursos del Fosyga es arbitraria, carece de un patrón definido y no ha servido hasta el momento como mecanismo compensatorio de la regresividad de la Participación en ICN (más bien tiende a reforzarla).²⁴

El examen conjunto de los subsidios de oferta y demanda per cápita (NBI) arroja resultados sorprendentes (gráficas 5 y 6). Mientras el total de recursos para aseguramiento por persona es inferior a \$60 dólares en los departamentos más pobres (como Córdoba, Magdalena, Cesar, Sucre y Chocó), dicha cantidad es 2.5 veces mayor en reparticiones territoriales desarrolladas como Caldas, Santafé de Bogotá y Quindío y llega a ser 10 veces superior en Guainía y Vichada. En las gráficas 3 y 4 se observa que los recursos de subsidio a la demanda (15% de participación en ingresos corrientes de la nación más Fosyga) están muy por debajo del valor del POS Subsidiado. Ello quiere decir que los fondos disponibles en los municipios para el pago de la UPC del régimen subsidiado apenas alcanzan para cubrir una tercera parte de la población con NBI. En oposición, 22 departamentos tienen recursos de subsidio a la oferta (90% de situado fiscal más rentas cedidas) necesarios para atender el complemento del POS para toda la población con NBI, e inclusive 10 departamentos pueden cubrir 2 o más veces este complemento.

En consecuencia, *más de la mitad de los departamentos tienen exceso de recursos de subsidio a la oferta, pero todos tienen un faltante exorbitante de recursos de subsidio a la demanda*. La conclusión evidente es que la reforma exige un proceso acelerado de conversión de subsidios, para garantizar el proceso de aseguramiento, la aplicación de los objetivos de la reforma y evitar áreas de despilfarro. Mientras que en ningún departamento es posible garantizar el POS subsidiado a toda la población con NBI, ello podría lograrse en 11 departamentos con la suma de recursos de oferta y demanda. En varios más podría

lograrse la misma meta si se utilizaran también para su aseguramiento los recursos propios territoriales y las rentas de capital.

Finalmente cabe mostrar que la inequidad y distorsión de subsidios observada en los departamentos se reproduce cuando se examinan los municipios de un mismo departamento. En las gráficas 7 y 8, correspondientes a los municipios de los departamentos de Caldas y Cauca, se observa que mientras hay municipios cuyos recursos para asegurar sólo alcanzan para una cuarta parte de la población con NBI, hay municipios que si pueden asegurar a todos sus pobres. El sistema tiene, en buena medida por razones históricas, desviaciones de equidad y distorsiones en los subsidios que exigen con urgencia políticas correctivas. La solución no es tan fácil como esperar incrementos en los subsidios de demanda provistos por el gobierno nacional, porque la situación fiscal general no lo permite y porque el sector requiere con urgencia un ajuste de las distorsiones que tienen las estructuras existentes de financiamiento.

iii. El problema de la carga prestacional

Probablemente uno de los problemas que más ha impedido el avance de la descentralización de la salud es el pasivo prestacional acumulado. El pasivo tiene origen en la década de los años cuarenta cuando se creó el sistema de seguridad social y, con él, se establecieron los derechos pensionales de los trabajadores, así como los mecanismos de aseguramiento para atenderlos. Desde aquella época, la gran mayoría de los hospitales decidió ahorrarse los aportes a la seguridad social y asumió directamente las prestaciones. Como ninguno de estos hospitales creó una reserva pensional, paulatinamente se acumuló un pasivo que llega a cantidades inimaginables. El problema se hizo mayor con el establecimiento del régimen de cesantías (prestación para el momento de retiro, equivalente a un mes de salario por año trabajado). La mayor parte de los hospitales no afilió a sus trabajadores a los fondos previstos para el efecto ni constituyó las reservas necesarias, dando lugar así a una mayor acumulación de pasivo prestacional.

Existen cálculos contradictorios del pasivo, debido a falta de claridad sobre el alcance legal de muchas reclamaciones pensionales y a limitaciones de información. Sin embargo, los expertos hacen estimaciones superiores a mil millones de dólares (1% del PIB), en beneficio de 158 mil funcionarios (83 mil activos y 75 mil retirados y jubilados).

Como es obvio, las administraciones territoriales son renuentes a aceptar las transferencias de las entidades de salud localizadas en su territorio mientras no exista una solución clara y de largo plazo al problema prestacional. Siguiendo el ejemplo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, en 1993 se creó por ley el Fondo del Pasivo Prestacional del sector salud. Este ha tenido dificultades para iniciar sus actividades debido, sobre todo, a limitaciones en los estudios jurídicos y actuariales y, en menor grado a dificultades de entendimiento entre la nación y las entidades territoriales respecto de la cuota del pasivo correspondiente a cada uno y a la oposición de los sindicatos sectoriales frente a algunos de los mecanismos previstos. Mientras no exista una solución transparente y de largo plazo al problema del pasivo, no será posible que los hospitales se transformen de manera efectiva en empresas, como espera la reforma sectorial.

c) *Estrategias de aseguramiento equivocadas que afectan la descentralización*

i. Inconveniencia de la estrategia de aseguramiento subsidiado prevista por el Ministerio de Salud para las personas en situación de pobreza

Para el régimen subsidiado, el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud han preferido ofrecer un plan de beneficios ideal pero con cobertura parcial, a un plan de beneficios factible con cobertura universal. Por esta razón, en cada municipio una parte de la población pobre identificada como beneficiaria del régimen subsidiado está efectivamente afiliada, mientras otra porción, con iguales derechos, no lo está. Esta discriminación tiene cuatro consecuencias nefastas:

- Para las autoridades locales, responsables de garantizar el aseguramiento, el sistema es más una fuente de conflictos que una ganancia política.
- Para una porción considerable de la población (aproximadamente la mitad de los pobres) el sistema es inequitativo y discriminante.
- Los subsidios de oferta deben mantenerse para poder atender a los excluidos. Se dificulta su conversión en subsidios de demanda porque son insuficientes para este propósito.
- Como es obvio, las instituciones públicas de salud mantienen la organización y prácticas tradicionales, con el pretexto de poder continuar atendiendo a la población no afiliada. Lo inercial se impone sobre la modernización.
- Se estimula la corrupción local porque ejercer un derecho se convierte en un privilegio discrecional.

El aseguramiento masivo e inmediato de todas las personas con derecho a él, cubiertas por el máximo régimen de beneficios posible involucraría mejor a las entidades territoriales, daría más legitimidad al sistema y crearía fuerzas en la dirección de transformar rápidamente la prestación de servicios y de ampliar el POS con la conversión de otros recursos sectoriales.

ii. Inconveniencia de la estrategia de no aseguramiento prevista por el Ministerio de Salud para las personas de estrato intermedio

El Sistema de Seguridad Social en Salud prevé dos regímenes: contributivo, para quienes pueden cotizar y subsidiado para quienes no pueden (estratos 1 y 2). Bajo una errada interpretación de las normas, el Ministerio de Salud ha promovido un nivel intermedio de no afiliados (equivocamente a los llamados "vinculados" por la ley 100 de 1993). Se presume que se trata de quienes están en la frontera entre poder y no poder cotizar (estrato 3) y se ha establecido que pueden utilizar los servicios del sistema con un copago del 30% (se supone que los no afiliados de otros estratos deberían pagar el 100% de las tarifas vigentes). En consecuencia, los no afiliados utilizan los servicios de las instituciones públicas de salud, con cargo a los recursos de oferta que éstas reciben. Dado que no existe identificación de las personas de estrato 3, en la práctica todos los demandantes de servicios son aceptados como "vinculados" de estrato 3 y la mayoría son eximidos parcial o totalmente del copago cuando argumentan incapacidad para cubrirlo.

En la práctica esta política frente a los no afiliados tiene las siguientes consecuencias destructivas del sistema:

- Desestimula la afiliación al régimen contributivo, porque se obtienen servicios sin afiliación ni cotización.
- Obliga al mantenimiento de la transferencia presupuestal de subsidios de oferta a las instituciones públicas de salud.
- Crean déficit y caos financieros en los hospitales que se financian predominantemente con ingresos obtenidos del aseguramiento.
- En general, es soporte del mantenimiento de las prácticas asistenciales tradicionales.

Por estas razones, la existencia del grupo de los "vinculados" suele ser uno de los principales argumentos de los departamentos y municipios para mostrar situaciones deficitarias e imposibilidad de transformar los subsidios y las instituciones. Para que la afiliación sea universal, es necesario crear condiciones consistentes con ese propósito. El sistema no puede afianzarse mientras tolera y estimula una gran masa de no afiliados que produce estímulos negativos y señales contradictorias con los objetivos propuestos. Al respecto parece necesario exigir la afiliación contributiva de quienes no son subsidiados, y, si fuere necesario, establecer condiciones especiales (subsidio parcial o plan de beneficios intermedio) para ciertos grupos de población (como trabajadores independientes de ingresos bajos, por ejemplo).

d) Inoperancia de los mercados de seguros y servicios de salud

i. Discrecionalidad estatal frente al mercado

Un componente esencial del sistema previsto es lograr que exista un mercado de seguros y de servicios de salud que, además de garantizar libertad de elección a los asegurados, estimule cambios institucionales con ganancias en eficiencia y productividad. Para este efecto, es necesario que exista una separación entre aseguradores y prestadores (mercado de seguros) y libre escogencia de por parte de los usuarios (mercado de servicios). Tanto la conservación de los subsidios de oferta como la errónea estrategia de aseguramiento han conducido a que las entidades territoriales escojan a los administradores del régimen subsidiado, mantengan su control sobre la oferta de servicios y seleccionen a los usuarios finales, a la vez que financien los intercambios entre ellos y mantengan control sobre las tarifas. Bajo estas condiciones de múltiple intervención estatal no existe aún un mercado de seguros y servicios de salud y algunas manifestaciones competitivas son artificiales.

ii. Inexistencia de condiciones efectivas para la conversión de los hospitales en empresas

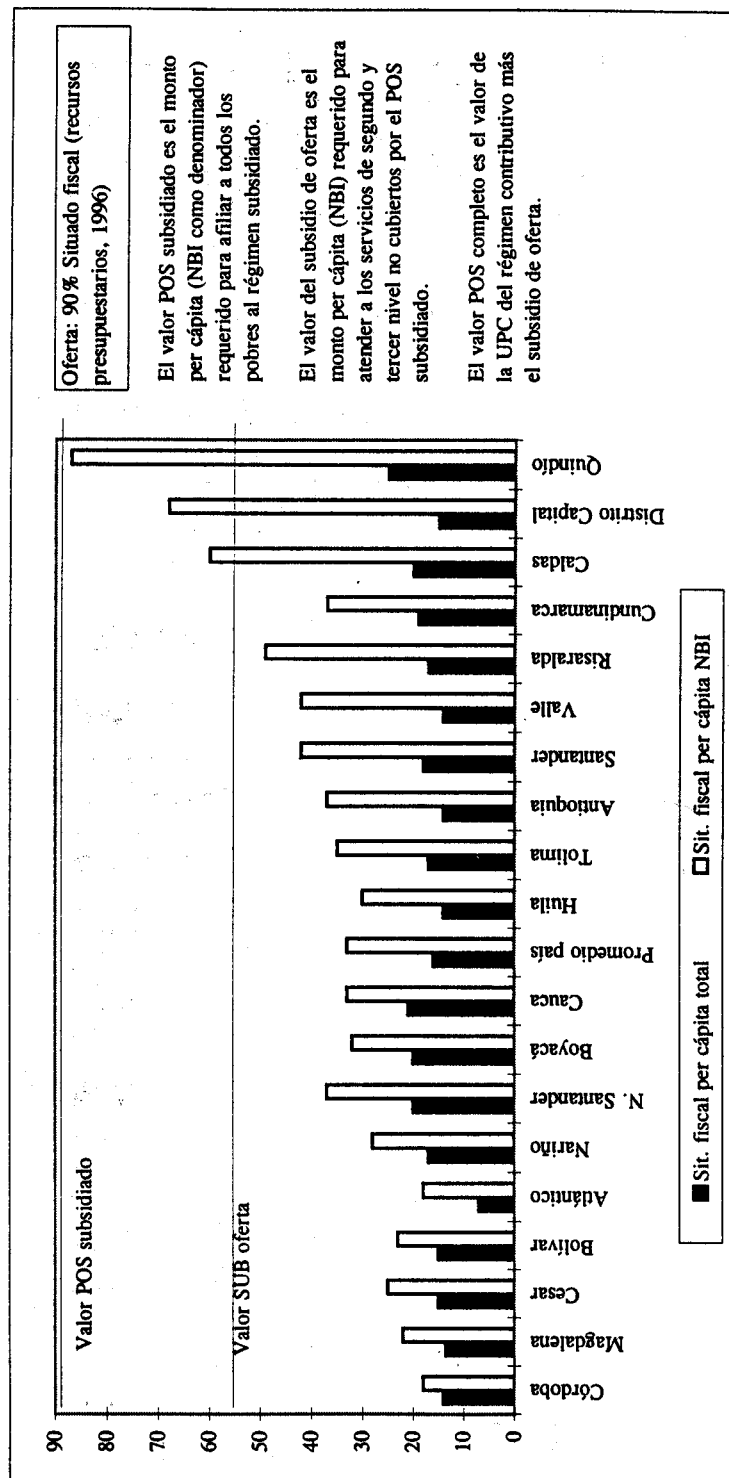
La ley 100 de 1993 otorgó plazo hasta junio de 1994 para que los hospitales públicos se convirtieran en empresas con responsabilidad jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera, habilitándose así para desempeñarse competitivamente en el mercado de servicios de salud. A diciembre de 1996, apenas la mitad de los hospitales

habían obtenido su reconocimiento formal como empresas y prácticamente ninguno actuaba como tal. Este retraso, decisivo para lograr que los hospitales compitan por ser elegidos por los usuarios y contratados por los aseguradores, responde a varias causas, como el temor de los gobiernos territoriales a perder poder político y financiero, el desconocimiento del nuevo sistema por parte de los legisladores territoriales, la indefinición sobre la carga prestacional y, sobre todo, la comodidad inercial que facilita la conservación de subsidios a la oferta. Es necesario establecer incentivos para la transformación de la oferta hospitalaria pública y su ingreso real al nuevo sistema y, simultáneamente, para liberar a las entidades territoriales de las responsabilidades directas de la prestación, de tal modo que puedan ejercer efectivamente las de dirección.

iii. Inexistencia de un mercado abierto de trabajadores de la salud

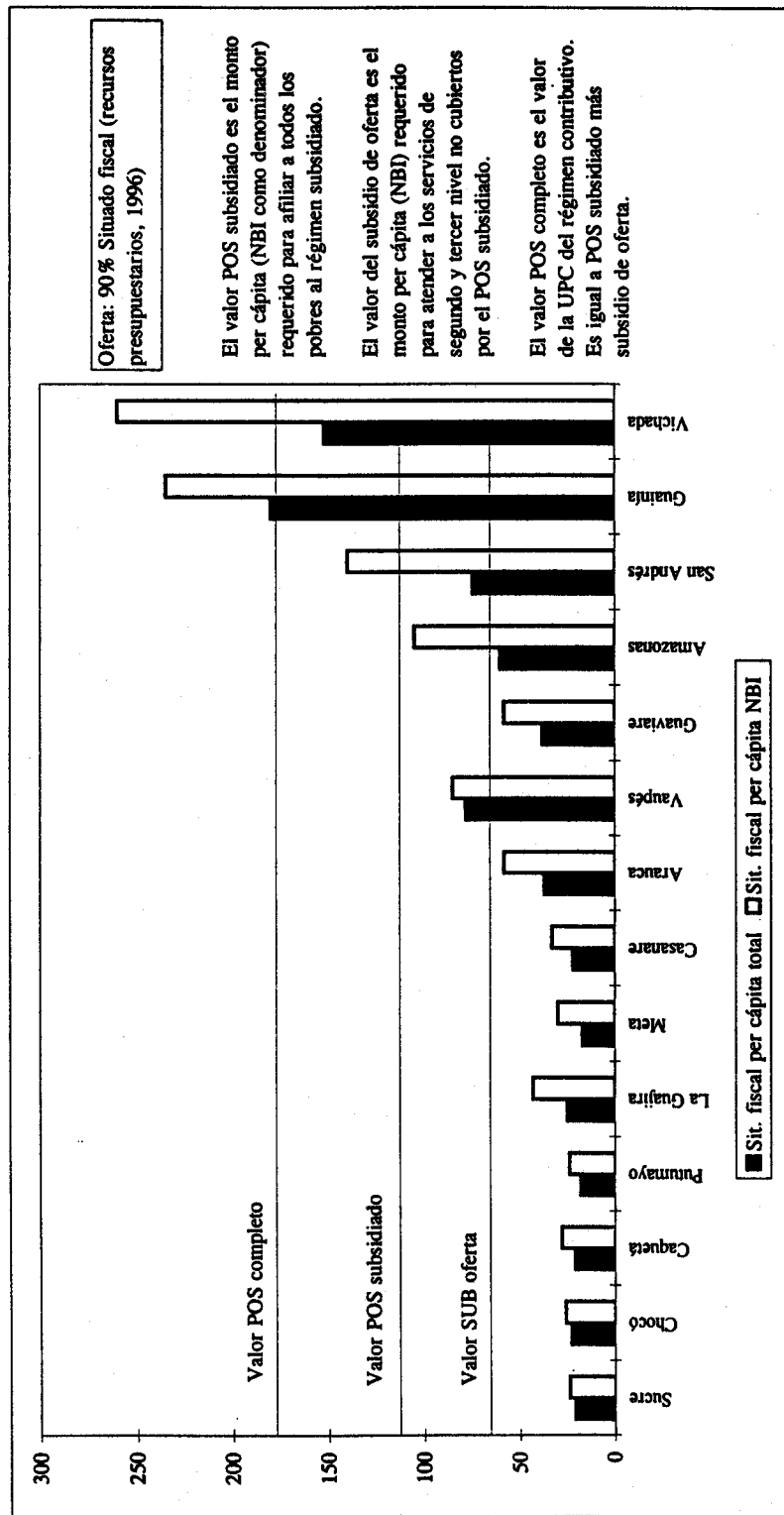
El mantenimiento de las condiciones extremas de estabilidad laboral y salarios únicos nacionales es altamente perjudicial para las instituciones prestadoras de servicios, para las entidades territoriales y para los propios trabajadores de la salud. Las instituciones prestadoras de servicios no tienen autonomía para racionalizar el principal componente de su estructura de costos, ni legalmente pueden establecer regímenes de incentivos y sanciones que les faciliten aumentar la motivación y la productividad de su personal. Las entidades territoriales encuentran severas restricciones para garantizar la presencia de recursos humanos idóneos en las zonas rurales y apartadas. Los trabajadores de la salud, por su parte, son víctimas de mecanismos clientelistas de selección, pésimos salarios masivos, imposibilidad para competir permanentemente por mejores remuneraciones, carencia de estímulos a su desarrollo profesional, su alto rendimiento y falta de compensación a condiciones de trabajo especialmente difíciles. La principal pérdida se presenta en la cobertura y calidad de los servicios.

Gráfico 1
SITUADO FISCAL PER CÁPITA. POBLACIÓN TOTAL Y POBLACIÓN NBI POR DEPARTAMENTOS CON UPC
ESTANDAR, 1996 (dólares)



Fuentes: DANE: Población 1996. NBI: DNP-UDT (1985)

Gráfico 2
SITUADO FISCAL PER CÁPITA. POBLACIÓN TOTAL Y POBLACIÓN NBI POR DEPARTAMENTOS CON UPC
DIFERENCIAL, 1996 (dólares)



Fuentes: DANE: Población 1996. NBI: DNP-UDT (1985)

Gráfico 3
RECURSOS PER CÁPITA (NBI) DE SUBSIDIO A LA DEMANDA PARA RÉGIMEN SUBSIDIADO, 1996
 Departamentos con UPC básica (dólares)

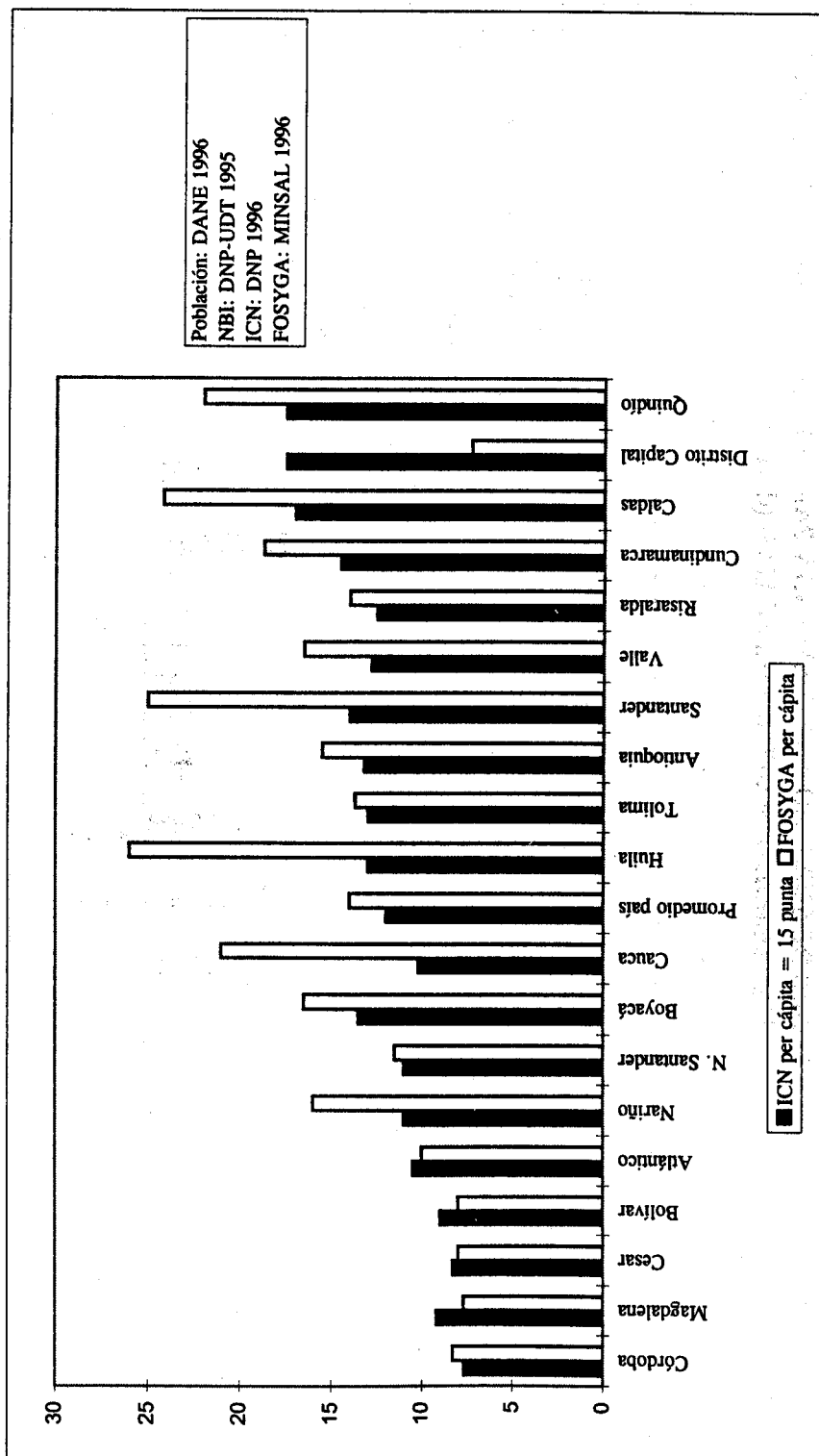


Gráfico 4
RECURSOS PER CÁPITA (NBI) DE SUBSIDIO A LA DEMANDA PARA RÉGIMEN SUBSIDIADO, 1996
Departamentos con UPC diferencial 125 % (dólares)

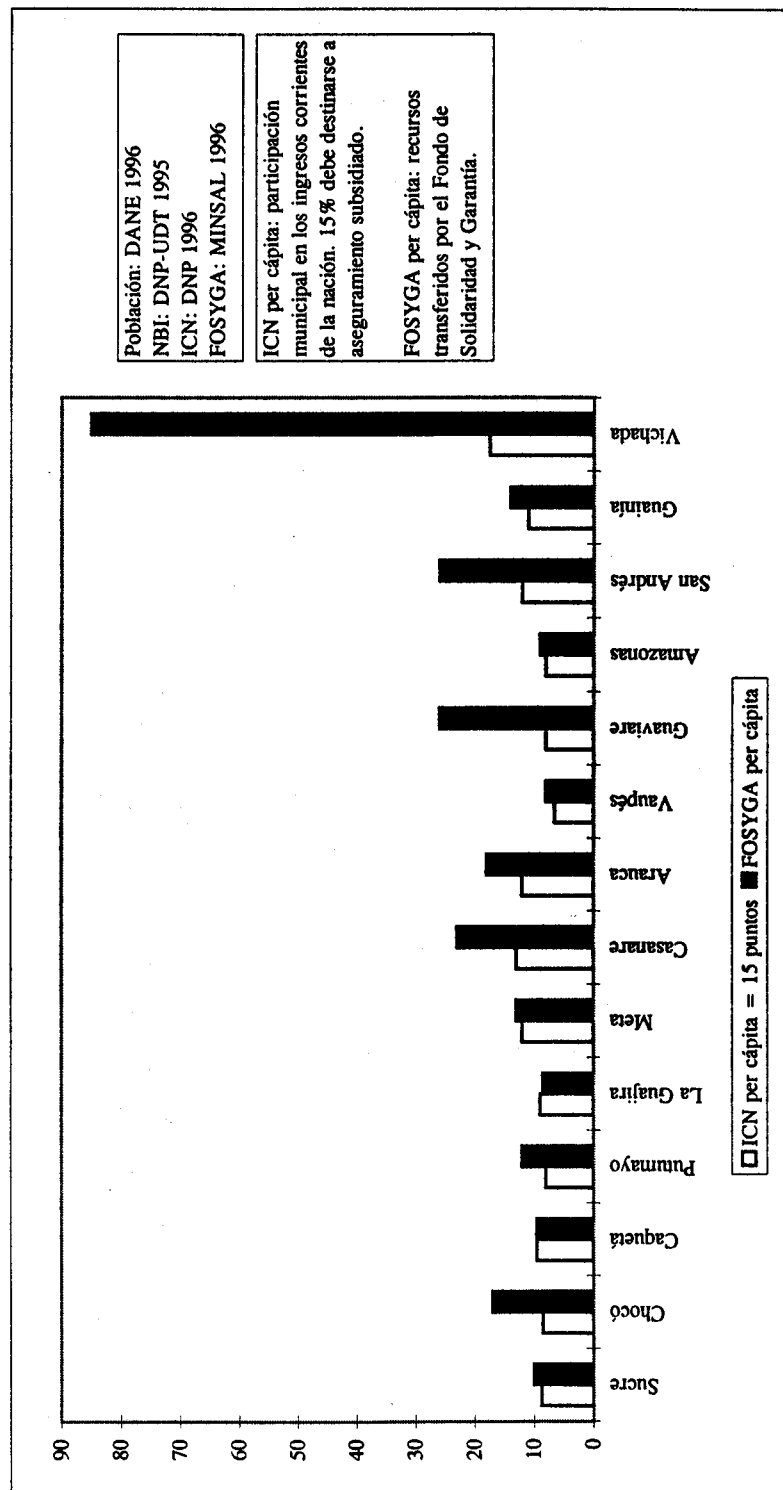
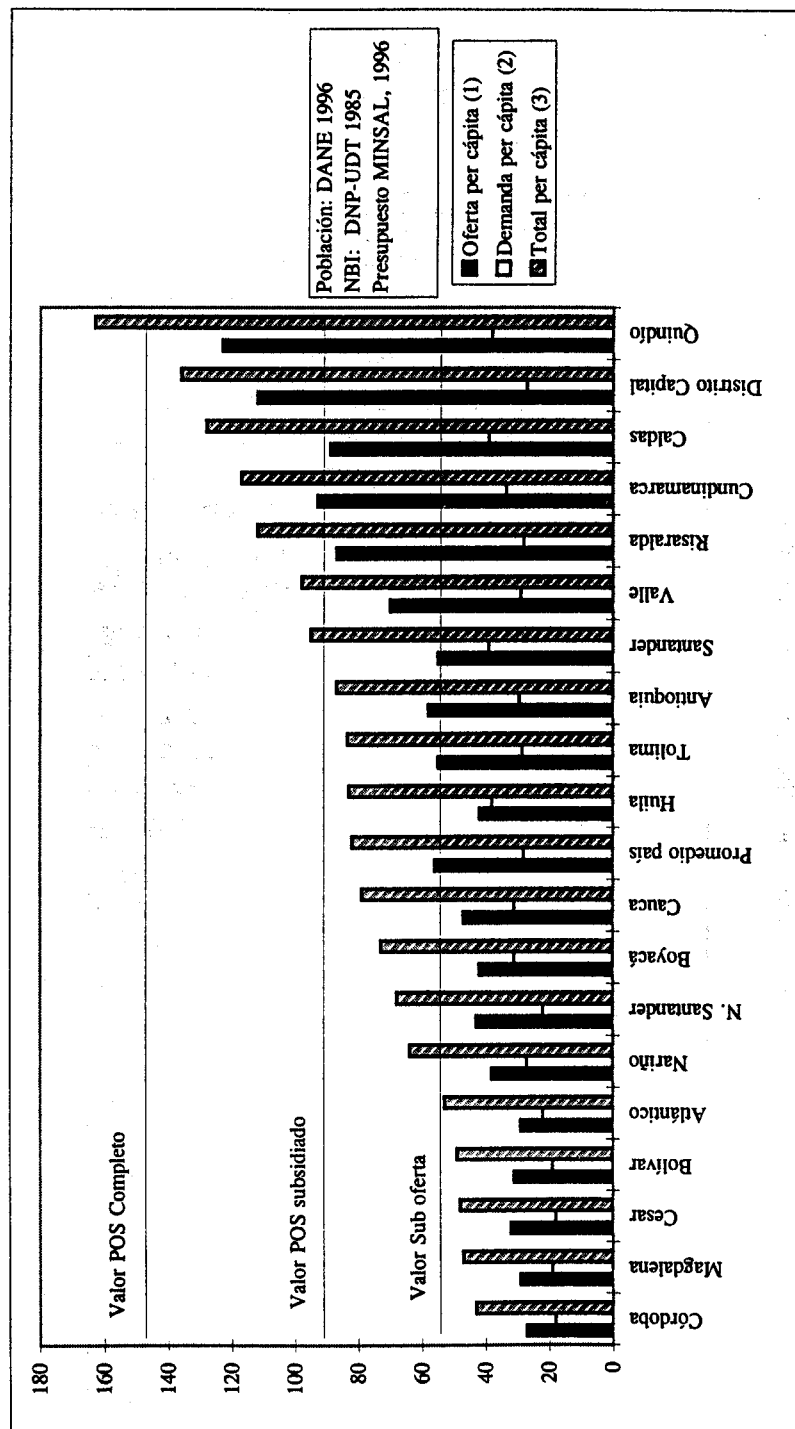
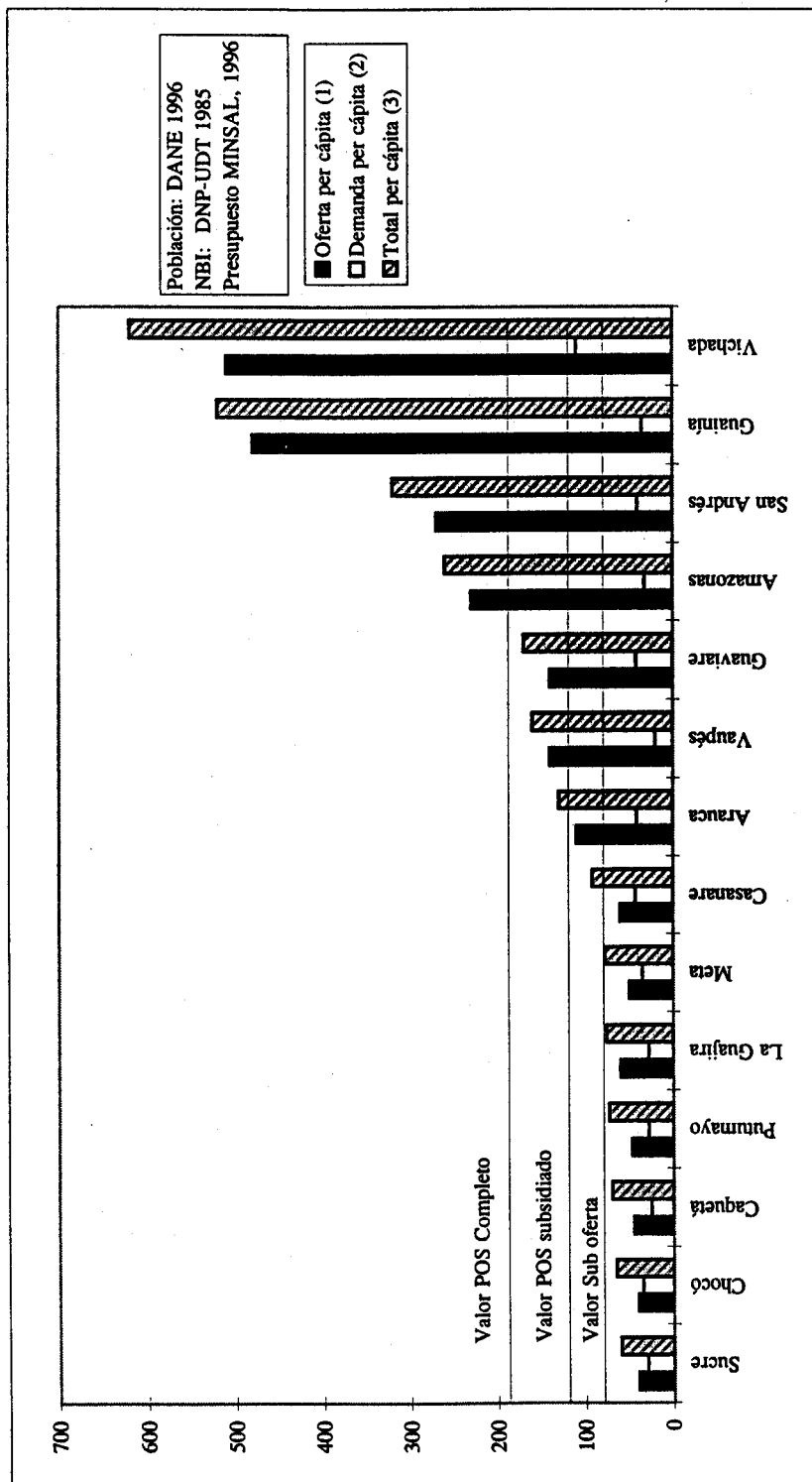


Gráfico 5
RECURSOS PER CÁPITA (NBI) PARA RÉGIMEN SUBSIDIADO, 1996
 Departamentos con UPC básica (dólares)



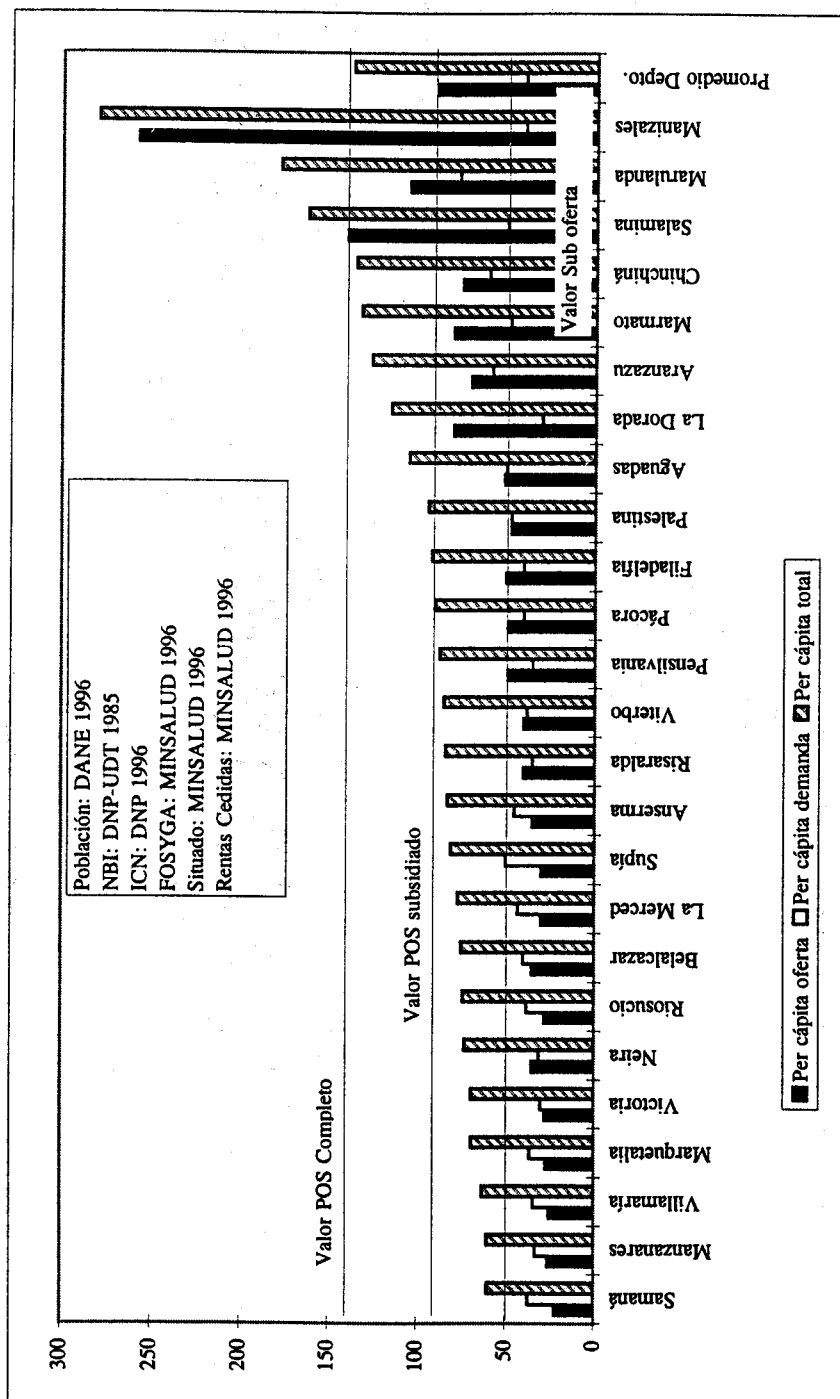
Nota: (1) 90% Situado Fiscal más Rentas Cedidas; (2) 15 puntos ICN más FOSYGA; (3) oferta más demanda

Gráfico 6
RECURSOS PER CÁPITA (NBI) PARA RÉGIMEN SUBSIDIADO, 1996
 Departamentos con UPC diferencial 125 % (dólares)



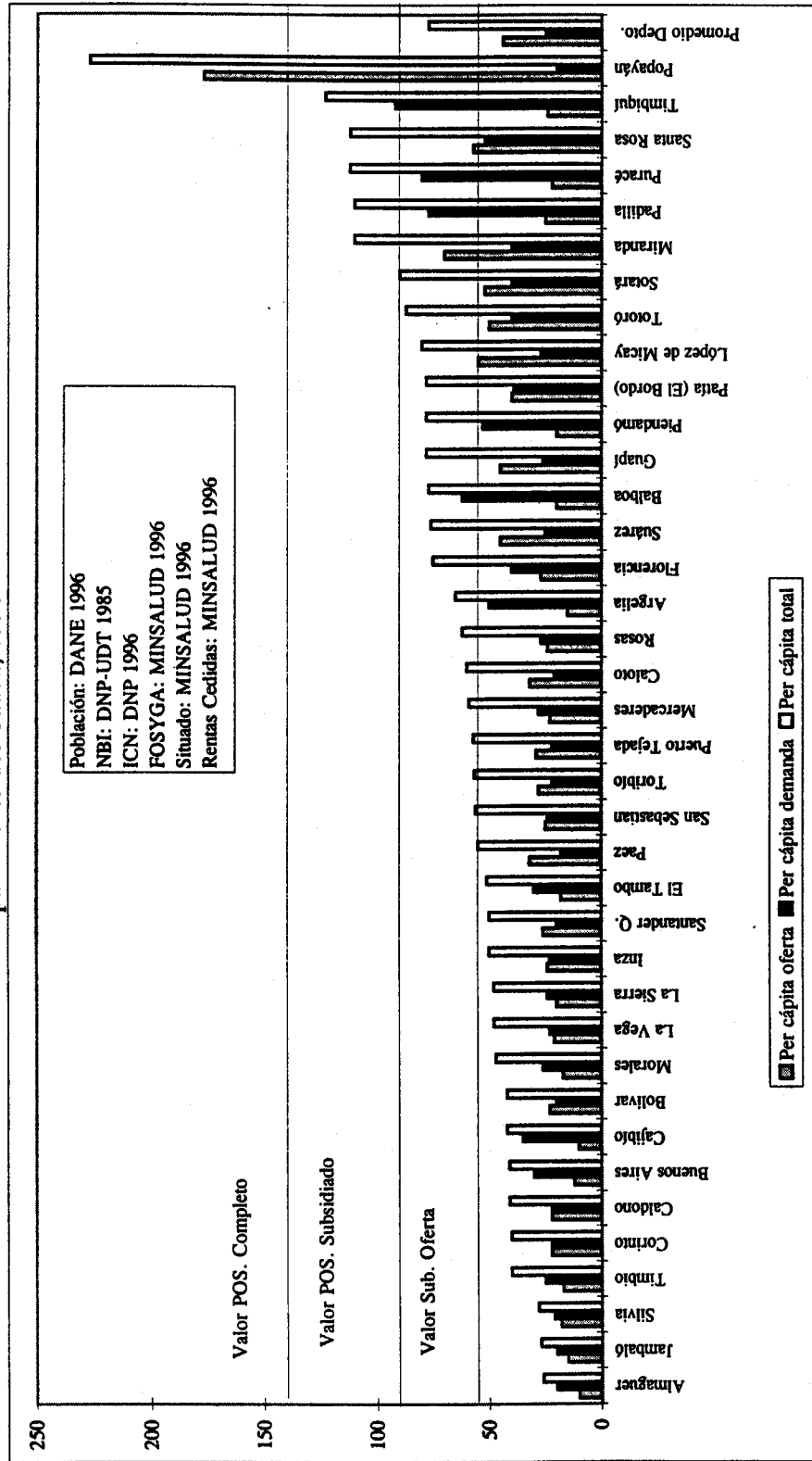
Nota: (1) 90% Situado Fiscal más Rentas Cedidas; (2) 15 puntos ICN más FOSYGA; (3) Oferta más demanda.

Gráfico 7
RECURSOS PER CÁPITA PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO
 Departamento de Caldas, 1996



Nota: Pendiente ajustar Rentas Cedidas para cada municipio.
 La capital del departamento concentra recursos del Sinuado Fiscal y Rentas Cedidas de la Dirección Seccional de Salud

Gráfico 8
RECURSOS PER CÁPITA PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO
 Departamento del Cauca, 1996



Nota: Pendiente ajustar Rentas Cedidas para cada municipio.
 La capital del departamento concentra recursos del Situado Fiscal y Rentas Cedidas de la Dirección Seccional de Salud

ANEXO

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS SELECCIONADOS

A continuación se examina el avance y resultados de la descentralización en salud en algunos municipios.²⁵

1. Descripción de la Investigación

a) *Objetivo*

Los estudios de caso tuvieron el propósito de evaluar los avances y limitaciones del proceso de descentralización en un grupo representativo de municipios, conocer las percepciones y opiniones de las personas con mayor responsabilidad en la toma de las decisiones exigidas por este proceso y tratar de identificar los primeros impactos de las transformaciones sectoriales en el nivel local.

b) *Muestra*

Fue escogida una muestra de 40 municipios localizados en 8 departamentos. Los departamentos seleccionados están insertos en diferentes regiones y tienen distintos grados de desarrollo socioeconómico. Los municipios abarcan todos los niveles de desarrollo, excepto la categoría 1, asignada a las cuatro ciudades más grandes del país. La tabla A1 contiene un listado de los departamentos y municipios seleccionados, identificando el nivel de desarrollo de cada departamento y la categoría de cada municipio, así como sus principales indicadores poblacionales. Los municipios seleccionados incluyen toda la gama de situaciones socio-demográficas y van desde 1,680 residentes (uno de los 5 municipios menos poblados del país) hasta 745,689 (uno de los 5 municipios con mayor número de habitantes) y desde 17% de población con NBI hasta 96%.

En consonancia con su nivel de desarrollo, los municipios seleccionados incluyen hospitales de todos los niveles de capacidad resolutive: 2 hospitales de tercer nivel, 12 de segundo nivel y el resto de primer nivel.

A pesar de su amplitud de características, la muestra no pretende representatividad estadística. Su carácter es indicativo e ilustrativo de las tendencias del proceso de descentralización sectorial en el ámbito local.

Tabla A1
DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS SELECCIONADOS PARA LA ENCUESTA DE
EVALUACIÓN

Departamento	Niv.	Municipios	Cat.	Población	Pobl. NBI	%NBI
Antioquia	A	Angelópolis	6	5,813	2,478	43
		Ciudad Bolívar	5	29,525	13,363	45
		Itagüí	2	169,374	36,229	21
		Rionegro	3	68,640	20,304	30
		Sabaneta	4	24,453	4,274	17
Bolívar	B	Carmen de Bolívar	3	63,360	50,783	80
		Cartagena	2	745,689	312,444	42
		Magangué	3	104,496	76,136	73
		Mompox	4	41,716	31,204	75
		San Jacinto	5	27,544	26,401	96
Cundinamarca	A	Cajicá	4	27,441	6,075	22
		Girardot	3	79,489	22,559	28
		Tenjo	5	9,917	3,140	33
		Villeta	5	24,468	13,643	56
		Viotá	5	17,141	10,195	59
Meta	B	Acacías	4	33,646	14,730	44
		Cumaral	6	9,004	3,936	44
		Puerto López	5	24,980	14,354	57
		Restrepo	5	10,132	4,433	44
		San Martín	5	18,939	6,477	34
Quindío	A	Armenia	2	220,303	53,269	24
		Buenavista	6	3,019	789	26
		Calarcá	3	55,756	16,565	30
		Filandia	5	10,816	4,547	42
		Montenegro	4	33,450	14,213	42
Santander	A	Bucaramanga	2	351,737	77,628	22
		Palmas del Socorro	6	1,680	1,131	67
		Rionegro	4	37,069	21,063	57
		San Gil	4	33,620	9,941	30
		Vélez	5	18,355	9,655	53
Sucre	B	Corozal	3	54,911	35,582	65
		San Marcos	5	36,071	26,855	74
		San Juan de Betulia	5	9,521	7,239	76
		San Onofre	4	48,046	47,083	90
		Sincé	5	26,089	19,642	75
Valle del Cauca	A	Alcalá	5	14,387	7,063	49
		Buenaventura	2	266,988	122,921	46
		Caicedonia	4	32,537	12,218	38
		Palmira	3	256,823	81,747	32
		Sevilla	4	52,933	19,093	36

Convenciones: Div.: Nivel Socioeconómico del departamento, A = Alto; B = Bajo

Cat.: Categoría del Municipio, desde 2 (alta) hasta 6 (mínima).

c) Metodología

En cada municipio seleccionado se aplicó una encuesta a los funcionarios de mayor relación con la gestión de salud. Simultáneamente, fue recogida la información estadística disponible respecto de indicadores físicos y financieros de la gestión local de salud. La aplicación en terreno de la encuesta y el trabajo de recolección de datos de campo fueron realizados durante los últimos meses de 1995 y los primeros de 1996.²⁶ La información estadística directamente recogida se refiere a ingresos, indicadores de desempeño de servicios y

disponibilidad de recursos humanos. La encuesta a funcionarios incluyó cinco áreas: situación estructural, insumos, procesos, resultados y contexto político-institucional. De las 202 preguntas incluidas en la encuesta, para este análisis fueron consideradas pertinentes 65. Las respuestas fueron agrupadas en dos conjuntos, según la condición institucional de los entrevistados:

- Direcciones de salud: se trata de las respuestas provistas por los alcaldes o, en su defecto, por el funcionario que ejerce las funciones de director local de salud.
- Direcciones de servicios: respuestas provistas por los directores de las instituciones prestadoras de servicios de salud (directores de hospital o centro de salud).

Las respuestas fueron procesadas buscando correlación con la condición de certificados o no certificados de los municipios y con su nivel de desarrollo. Este último se definió en tres estadios: alto (categorías 2 y 3), intermedio (categoría 4) y bajo (categorías 5 y 6).

d) Alcance

Sistematizadas del modo descrito, las respuestas son representativas de las percepciones y opiniones de los alcaldes (o directores locales de salud) de 36 municipios y de los directores de las instituciones prestadoras de servicios de salud de 30 municipios. El total de municipios representados es 40.²⁷ Los resultados provistos hacen más énfasis en el proceso que en resultados debido a que, como se ha examinado previamente, la descentralización en salud es muy reciente, de tal modo que es aún prematura una evaluación de impacto en cobertura, eficiencia y equidad. A esta falta de madurez se suma la carencia de información en varias áreas que sea útil como línea de base y como indicador de logro. Las respuestas reflejan la percepción u opinión del entrevistado en el momento de la encuesta. Con el paso del tiempo, estas percepciones u opiniones pueden haber variado, por efecto de la experiencia y de la masificación del nuevo modelo. Las impresiones analizadas adelante identifican las ventajas y cuellos de botella iniciales del proceso de descentralización sectorial local.

2. Evolución de algunos índices básicos

En los departamentos analizados disminuyó ligeramente en los últimos años el número de camas hospitalarias por 10 mil habitantes, con excepción de Sucre (ver tabla A.2). Como quiera que el número de egresos hospitalarios ha aumentado en el mismo período (ver tabla A.4), hay indicios suficientes para pensar que con el proceso de descentralización sectorial se ha empezado a ganar un poco de eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios.

El crecimiento de los índices de camas y egresos en Sucre se explica por tratarse de uno de los departamentos de menor desarrollo socioeconómico de la muestra, en el cual es necesario un crecimiento de la oferta hospitalaria en términos absolutos. Una consideración igual se aplica a Bolívar, que tiene un claro déficit de camas hospitalarias en su región sur, pero en el cual la descentralización no ha generado dinámicas nuevas de orientación de recursos, sino, enfrentamientos entre la administración departamental y las municipalidades respecto de los recursos administrados centralmente por aquella. Cabe destacar que los departamentos de Antioquia y Valle, considerados muy avanzados en cuanto a oferta pública de servicios de salud tienen índices de camas hospitalarias inferiores a otros departamentos, en los cuales parecería que existe sobreoferta y bajo rendimiento. La oferta de camas

hospitalarias tiene un comportamiento relativamente homogéneo en cada categoría de municipios (tabla A.3).

Tabla A.2
EVOLUCIÓN DEL INDICE DE CAMAS HOSPITALARIAS POR 10,000
HABITANTES EN SEIS DEPARTAMENTOS, 1990-1995

Departamento	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Antioquia	12.9	12.2	11.3	11.5	11.2	11.2
Bolívar	n.d.	7.1	7.0	6.9	6.8	6.6
Quindío	16.2	16.2	16.1	16.1	15.7	15.2
Santander	16.5	15.8	15.4	15.1	15.1	14.5
Sucre	4.8	5.1	5.5	6.1	6.1	7.1
Valle	8.2	8.2	7.9	8.3	8.3	8.0

Fuente: "Estudio Evaluativo del Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia" (informe preliminar).

Tabla A.3
EVOLUCIÓN DEL INDICE DE CAMAS POR 10,000 HABITANTES EN LOS
MUNICIPIOS DE SEIS DEPARTAMENTOS, SEGÚN CATEGORÍA DE MUNICIPIO,
1990-1994

Categorías de municipios	1990	1991	1992	1993	1994
Categoría 2	7	8	7	7	7
Categoría 3	13	12	12	11	16
Categoría 4	14	14	14	14	14
Categoría 5	16	15	15	15	15
Categoría 6	13	14	14	14	15

Departamentos: Antioquia, Bolívar, Quindío, Santander, Sucre y Valle

Fuente: "Estudio Evaluativo del Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia", (informe preliminar).

Desde la década pasada la mayor cantidad de proyectos hospitalarios se ha realizado en municipios de categoría 3 (ciudades intermedias con hospitales regionales), lo cual explica el crecimiento excepcional del índice de camas en esta categoría. En los municipios de menor desarrollo predominaron inversiones en centros o puestos de salud con poca o ninguna capacidad hospitalaria. Aún se desconoce el patrón que seguirán las inversiones públicas en salud en el contexto de la descentralización, que se rige por estructuras diferentes de organización de la red de servicios. Los egresos hospitalarios se mantienen relativamente estables en todos los departamentos de la muestra (Tabla A.4), con lo cual se corrobora la tesis de que la disminución del número de camas no ha afectado la prestación de servicios de hospitalización, pero muestra también que la descentralización no implicó hasta 1995 incremento en el uso de camas hospitalarias.

A diferencia de lo que ocurre con los servicios de hospitalización, durante los últimos años ha crecido el uso de servicios de consulta externa (ver tablas A.5 y A.6), particularmente en los departamentos cuyos municipios iniciaron más rápidamente la contratación local de profesionales de salud en el marco de la descentralización. La disminución excepcional de las consultas médicas en Quindío se explica por la crisis de la producción cafetera, que disminuyó su demanda de trabajadores itinerantes.

Tabla A.4
EVOLUCIÓN BIENAL DEL ÍNDICE DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR 1,000
HABITANTES EN SEIS DEPARTAMENTOS, 1990-1994

Departamentos	1990	1992	1994
Antioquia	68.1	66.8	70.6
Bolívar	n.d.	29.7	29.4
Quindío	62.9	64.2	62.2
Santander	43.7	43.2	44.4
Sucre	29.5	32.9	32.5
Valle	41.3	40.1	42.2

n.d.: No disponible

Fuente: "Estudio Evaluativo del Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia" (informe preliminar).

Tabla A.5
EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE CONSULTAS POR 10 HABITANTES EN SEIS
DEPARTAMENTOS, 1990-1994

Departamentos	1990	1991	1992	1993	1994
Antioquia	6.2	6.4	7.0	8.6	8.9
Bolívar	3.9	4.1	4.0	2.4	4.7
Quindío	9.2	9.7	9.6	9.5	8.7
Santander	5.0	5.2	5.3	5.6	5.6
Sucre	n.d.	4.9	4.9	5.1	5.1
Valle	4.1	4.5	4.9	8.7	8.7

Fuente: "Estudio Evaluativo del Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia" (informe preliminar).

Tabla A.6
EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE CONSULTAS POR 10 HABITANTES EN SEIS
DEPARTAMENTOS, SEGÚN CATEGORÍAS DE MUNICIPIO, 1990-1994

Departamentos	1990	1991	1992	1993	1994
Categoría 2	39	44	46	45	50
Categoría 3	73	77	77	79	91
Categoría 4	63	66	69	71	70
Categoría 5	58	60	57	56	56
Categoría 6	30	42	44	44	26

Departamentos: Antioquia, Bolívar, Quindío, Santander, Sucre y Valle

Fuente: "Estudio Evaluativo del Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia" (informe preliminar).

El comportamiento de las consultas médicas por categorías de municipio muestra incrementos grandes en los municipios de mayor nivel socioeconómico y estabilidad o disminución en los de menor nivel (categorías 5 y 6). Este fenómeno parece no tener relación con la descentralización sino con el desarrollo general del sector, que ha implicado un mayor número de remisiones de los consultorios de medicina general a los consultorios de especialistas (localizados en los municipios de mayor categoría).

La descentralización, en cambio, parece ser la explicación del incremento en el número de médicos generales disponibles en los municipios de menor desarrollo y su correlativa disminución en los municipios de las categorías superiores (tabla A.7). Una vez

iniciado el proceso de descentralización sectorial, una de las primeras preocupaciones de los alcaldes de los municipios más vulnerables ha sido destinar recursos locales a la contratación o complemento salarial de médicos que presten servicios en su jurisdicción.

Tabla A.7
EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE MÉDICOS GENERALES POR CADA 10,000
HABITANTES EN LOS MUNICIPIOS DE TRES DEPARTAMENTOS, SEGÚN
CATEGORÍAS DE MUNICIPIO, 1990-1994

Categorías de municipios	1990	1991	1992	1993	1994
Categoría 2	1.4	1.4	0.9	0.8	0.9
Categoría 3	2.5	2.7	2.2	2.2	2.3
Categoría 4	1.8	1.8	2.0	2.0	2.1
Categoría 5	2.0	1.9	2.0	2.0	2.2
Categoría 6	2.3	2.3	2.9	3.4	3.4

Departamentos: Antioquia, Sucre y Valle

Fuente: "Estudio Evaluativo del Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia" (informe preliminar) y cálculos del Programa Sistemas Municipales de Salud.

Paralelamente con la vinculación de médicos generales a los municipios de menor desarrollo, se observa también que en éstos crece el índice de promotores de salud. (tabla A.8). Los nuevos promotores suelen ser contratados por la municipalidad con recursos locales; en algunos casos han sido contratados por ciertos departamentos que se resisten a transferir recursos a la decisión local y pretenden legitimar su centralismo con la concesión de cargos menores.

Tabla A.8
EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE PROMOTORES DE SALUD POR CADA 10,000
HABITANTES EN LOS MUNICIPIOS DE TRES DEPARTAMENTOS, SEGÚN
CATEGORÍAS DE MUNICIPIOS, 1992-1994

Categorías de municipios	1992	1993	1994
Categoría 2	0.6	0.7	0.7
Categoría 3	3.5	3.8	3.8
Categoría 4	3.5	3.0	2.8
Categoría 5	2.7	2.7	4.2
Categoría 6	6.1	6.1	7.2

Departamentos: Antioquia, Sucre y Valle

Fuente: "Estudio Evaluativo del Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia" (informe preliminar) y cálculos del Programa Sistemas Municipales de Salud.

En los municipios de mayor desarrollo se observa una clara tendencia hacia tener un mínimo crecimiento en los promotores de salud. Este fenómeno aún no ha sido suficientemente valorado, pues podría significar descuido relativo en las actividades promocionales o, por el contrario, uso de otros métodos de prevención y promoción que refuerzan la labor de los promotores. Será necesario evaluar el desarrollo a partir de 1997 del Plan de Atención Básica (actividades de salud pública), apenas reglamentado a finales de 1996. En los departamentos y municipios seleccionados, el indicador de desempeño presupuestal y financiero más elocuente hasta el momento es la evolución de la distribución del Situado Fiscal por niveles de atención (tabla A.9). Puede observarse que entre 1992 y 1995 se estaba aún lejos de cumplir el mandato constitucional de asignar al primer nivel el 50% de los recursos presupuestales, aunque existe una débil dinámica en tal dirección, determinada básicamente por la orientación de los gastos municipales. No obstante, el

mayor crecimiento inicial estuvo relacionado con las actividades de dirección (como el establecimiento o expansión de las secretarías de salud en los municipios).

Salud Familiar y Comunitaria en el Nivel Local: La Experiencia de Rionegro

En el Municipio de Rionegro (Antioquia), con una población de 68 mil habitantes, la Dirección Local de Salud, con apoyo de la Universidad de Antioquia y la Fundación Kellogg, organizó un programa de salud familiar y comunitaria que ha tenido un notable impacto en la calidad de vida de los habitantes y en los perfiles de morbilidad y mortalidad. El programa tiene como eje siete equipos de salud comunitaria y dos equipos de salud oral.

- Los equipos de salud comunitaria están conformados básicamente por un médico y una auxiliar de enfermería, con el respaldo esporádico de especialistas y otros auxiliares. Cuando llegan a una comunidad, se localizan en una escuela o centro comunal, donde se realizan reuniones comunitarias de formación en salud y el médico atiende consultas en horario acordado con los habitantes. El equipo visita todos los hogares de la zona, para atender también consultas a domicilio, elaborar historias clínicas individuales y familiares y recomendar mejoras en las condiciones de nutrición, vivienda y saneamiento básico. Se elabora una lista de temas relacionados con salud que inquietan a la comunidad y se programan reuniones comunitarias periódicas para tratarlos de manera participativa y concluir con la definición de acciones preventivas de carácter individual y comunitario.
- Los equipos de salud oral están compuestos por 6 o más odontólogos, igual número de auxiliares y el apoyo esporádico de algunos especialistas. Cuentan con equipos de bajo costo y buena disponibilidad de instrumental. Se localizan de manera itinerante en las escuelas del municipio, donde atienden la salud oral de los estudiantes de la escuela sede y de las escuelas vecinas, así como de los demás habitantes de la zona. Los estudiantes reciben durante sus horas de actividad académica formación en salud oral y periódicamente se realizan reuniones comunitarias con el mismo propósito.

Los equipos de salud comunitaria y de salud oral tienen el respaldo permanente de un grupo de profesores expertos. Regularmente se reúnen en una sede central en la cual intercambian experiencias, tienen sesiones de complementación profesional y elaboran materiales para sus actividades de prevención y promoción. Entre éstos se destaca una amplia gama de cartillas sobre distintas prácticas saludables. El programa es la base del Plan de Atención Básica (salud pública) en el municipio y está experimentando la contratación con EPS de acciones del Plan Obligatorio de Salud.

Tabla A.9
EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL SITUADO FISCAL POR NIVELES EN
SEIS DEPARTAMENTOS, 1992-1994
(Datos Porcentuales)

Categorías de municipios	1992	1993	1994	1995
Dirección	5.8	8.1	11.3	12.9
Primer Nivel	26.3	27.7	29.0	30.2
Segundo y Tercer Nivel	67.9	64.2	59.7	56.9

Departamentos: Antioquia, Bolívar, Quindío, Santander, Sucre y Valle

Fuente: "Estudio Evaluativo del Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia" (informe preliminar) y cálculos del Programa Sistemas Municipales de Salud.

3. Percepciones y opiniones de los funcionarios responsables de la descentralización sectorial en el nivel local

A continuación se analiza la percepción y opinión de los Alcaldes (o en su ausencia los directores locales de salud) sobre las dificultades y logros del proceso de descentralización en sus respectivos municipios. Se analizan también las opiniones de los directores de los hospitales o centros de salud de mayor jerarquía en los municipios seleccionados en torno

a los logros en autonomía de gestión institucional, eficacia y calidad de los servicios dentro del nuevo contexto descentralizado.

a) Principales problemas generales de la descentralización

Los responsables de dirigir la descentralización de salud en los municipios seleccionados consideran que la experiencia descentralista en los distintos sectores y responsabilidades entregadas a la gestión municipal ha tenido como principales dificultades los cambios en las normas y orientaciones por parte de las autoridades nacionales, la falta de claridad de la comunidad sobre el sentido del proceso y las limitaciones de los mandatarios para exigir a los ciudadanos y a las instituciones locales esfuerzo fiscal (tabla A.10). Sin duda estos tres problemas extraídos de la experiencia aluden a un proceso no suficientemente aclimatado y carente de consenso sobre sus objetivos de largo plazo y los procedimientos para lograrlos. También identifican como problema de alto impacto la falta de recursos financieros, con el argumento de que en algunos casos y sectores las nuevas competencias o los problemas por resolver exceden la capacidad fiscal local, incluyendo los recursos transferidos.

Contra lo esperado, los mandatarios de la mayoría de los municipios no consideran que las competencias entregadas a la gestión municipal sean excesivas. Esta percepción varía según el grado de desarrollo de los municipios, pues apenas el 15% de los municipios de nivel alto (categorías 2 y 3) piensan que las competencias exceden lo deseable, pero en los niveles intermedio (categoría 4) y bajo (categorías 5 y 6) casi la mitad de los municipios percibe cierto desbordamiento de competencias.

Es interesante señalar que la existencia de conflictos políticos que obstaculicen la descentralización se considera menos relevante en los municipios de menor desarrollo que en los más desarrollados. Las demás respuestas no presentan diferencias significativas según la categoría de municipio. Solamente el 5% de los alcaldes o directores locales de salud y el 10% de los directores de hospitales consideraron equivocada la afirmación de que la descentralización sectorial no operó debidamente durante el período 1990-1994 por falta de recursos fiscales (tabla A.11). En general, las opiniones coinciden en que los recursos disponibles durante ese período debían aplicarse a gastos históricos y no hubo margen para decisiones locales relevantes.

Es interesante destacar que una quinta parte de los alcaldes o directores de salud se abstuvo de responder a las preguntas sobre principales problemas de la descentralización. En la mayoría de los casos su no respuesta se justificó argumentando que desconocían la experiencia y situación previas a su gestión, iniciada en 1995. Parecería que los cambios de administración local implican frecuentemente rupturas muy fuertes.

b) Cumplimiento de los requisitos de descentralización municipal en salud

Al comparar en municipios certificados y no certificados el cumplimiento de los requisitos para descentralizarse previstos por la ley, la principal conclusión es que no existe una correlación muy alta entre certificación y cumplimiento de los requisitos legales (tablas A.12 y A.13). Cuatro de los requisitos exigidos tienen similar nivel de cumplimiento en municipios certificados y no certificados, otros tres (los más relevantes para el desarrollo del sistema de seguridad social en salud) tienen mayor frecuencia en los municipios no

certificados y sólo cuatro tienen mayor presencia en los municipios certificados (incluyendo tres de carácter burocrático poco relacionados con la transformación sectorial).

Tabla A.10
PRINCIPALES DIFICULTADES PARA LA DESCENTRALIZACIÓN
Opinión de alcaldes o directores de salud de 33 municipios

Principales problemas	Intensidad del problema				Total municipios
	Alta	Mediana	Baja	No responde	
Falta de recursos financieros	20	5	5	3	33
Dificultad para exigir esfuerzo fiscal	21	9	3	0	33
Exceso de competencias	8	3	18	4	33
Cambios en las normas	22	8	2	0	33
Contradicciones políticas locales	13	7	9	4	33
Falta de capacidad técnica local	21	4	6	2	33
Falta de apoyo técnico nacional y departamental	21	7	4	1	33
Falta de capacitación comunitaria	21	10	1	1	33

Fuente: Cálculos propios con base en la Encuesta sobre el Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia (Inédita).

Puede afirmarse, en consecuencia, que la certificación, en los términos previstos, no diferencia el estado de la descentralización en los municipios, pues éstos abordan el cumplimiento de los requisitos exigidos según sus propias dinámicas, posibilidades y convicciones. Se constatan casos de certificación sin cumplimiento de requisitos y de cumplimiento de requisitos sin certificación. Parecería, además, que en el momento de la encuesta la certificación se asociaba más a las condiciones de vinculación de los funcionarios sectoriales que al estado real de la descentralización.

Las frecuencias de cumplimiento de requisitos son útiles para identificar su dificultad. Las mayores restricciones que se deducen de la encuesta son las atinentes a:

- Desarrollar un sistema básico de información en salud. Esta dificultad es obvia, puesto que la iniciativa no puede ser local y a la fecha de la encuesta el Ministerio de Salud no había establecido las pautas requeridas.
- Contratación de servicios con prestadores públicos y privados. Paulatinamente los municipios y comunidades descubren que la obligación de la municipalidad no es prestar directamente los servicios sino garantizar que éstos se brinden, pero este cambio de perspectiva toma tiempo.
- Contratación con EPS. Estas estaban en fase incipiente en el momento de la encuesta. La experiencia posterior muestra que esta restricción es menos relevante en el momento actual.
- Conversión de las instituciones locales de salud en Empresas Sociales del Estado, incluyendo el establecimiento de una junta directiva. La conversión en ESE implica también un cambio profundo en las concepciones y prácticas sectoriales, que seguramente es gradual y no puede medirse por el simple formalismo de los actos administrativos, pero exige un intenso proceso de asesoría y seguimiento.

Tabla A.11
LA EXPERIENCIA DE LA FASE INICIAL DE LA DESCENTRALIZACIÓN FISCAL
EN SALUD

Opinión de Alcaldes o Directores de Salud de 36 Municipios
Opinión de Directores de Hospitales de 30 Municipios

La descentralización 1990-1994 no funcionó por falta de recursos fiscales	Intensidad del problema				Total municipios
	Alta	Mediana	Baja	No resp.	
Opinión del gobierno municipal	20	6	2	8	36
Opinión de los directores de hospitales	20	5	3	2	30

Fuente: Cálculos Propios con base en la Encuesta sobre el Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia (Inédita).

c) Restricciones para lograr la descentralización municipal en salud

Según las autoridades municipales, las dificultades para lograr la descentralización municipal en el sector salud son predominantemente exógenas y se relacionan con actuaciones de la nación y del departamento (Ver tabla A.14). Existe particular coincidencia en imputar al Ministerio de Salud las mayores restricciones, tanto por sus cambios de orientación y políticas como por su inadecuada o insuficiente asistencia técnica. Un poco menos de la mitad de las autoridades municipales considera que falta voluntad descentralista en los departamentos, mientras que una tercera parte opina de manera inversa. Los municipios en los cuales se considera que no existe voluntad departamental de apoyo a la descentralización pertenecen predominantemente a los departamentos de Bolívar, Cundinamarca y Meta. La falta de voluntad política departamental en favor de la descentralización pesa más en los municipios no certificados (65%) que en los certificados (20%).

Los cambios de alcalde no son considerados tan críticos para el proceso de descentralización en los municipios de mayor desarrollo (menos del 25% de los municipios de nivel alto y medio), mientras que en los de nivel bajo, más del 50% lo consideran altamente traumático. La vulnerabilidad de los municipios de más bajo desarrollo también está asociada con su desconfianza del gobierno nacional: 50% de los alcaldes de municipios de nivel bajo tiene temor de que el gobierno los abandone con las responsabilidades, mientras que esta aprensión sólo se presenta en 10% de los de nivel alto.

Tres Modelos de Certificación Municipal: Antioquia, Cesar y Nariño

Los departamentos son los responsables de "certificar" a los municipios para que éstos ejerzan sus competencias descentralizadas, particularmente el manejo de recursos del situado fiscal y la gestión autónoma de las instituciones de salud del primer nivel de atención. Los departamentos de Antioquia, Cesar y Nariño han aplicado tres modelos diferentes para propiciar la certificación de sus municipios:

- Antioquia considera que la certificación es un requisito formal y que los municipios están en capacidad de asumir sus competencias. Por esta razón, realizó una campaña masiva de certificación, con apoyo de funcionarios departamentales que propiciaron la rápida superación de los requisitos legales en todos los municipios del departamento. De este modo, cerca de 50 municipios fueron certificados en dos meses. El proceso se acompañó con una transferencia de recursos humanos y financieros, así como entrega de instituciones del departamento a los municipios. De este modo, la descentralización del departamento a los municipios tomó cuerpo en muy poco tiempo.
- Cesar considera la certificación como un acuerdo entre iguales (departamento y municipio) sobre la mejor manera para que el municipio pueda asumir sus responsabilidades en materia de salud y, simultáneamente, sobre la determinación del respaldo específico que el departamento debe darle. La asunción de competencias se tomó, en consecuencia, como un proceso gradual, con particularidades y cronogramas distintos para cada municipio. Bajo este modelo ha podido iniciar exitosamente el proceso de certificación tanto en municipios institucionalmente desarrollados (como la capital del departamento) y municipios de escaso desarrollo.
- Nariño considera que la certificación es un mecanismo para estimular desarrollos institucionales efectivos y sostenibles en los municipios. Bajo esta consideración, estableció un grupo de funcionarios departamentales que asesoran a los municipios en la comprensión de sus responsabilidades sectoriales, en la creación de las instancias requeridas para asumirlas y en la elaboración de los planes y programas necesarios para orientarlas. La certificación es el premio al esfuerzo municipal. Con este modelo, 20 municipios que partían de condiciones muy precarias se incorporaron decididamente en la gestión de salud y fueron certificados al cabo de un año.

d) Concertación con el departamento

Llama poderosamente la atención el desconocimiento que tienen las autoridades municipales sobre la gestión fiscal de la salud por parte de los departamentos. Ante preguntas tan relevantes como si hay mejoría en el recaudo de rentas cedidas, destinación correcta del situado fiscal y asignación de los recursos según las normas vigentes, la gran mayoría de los alcaldes no tiene respuesta (tabla A.15). Puede deducirse que el manejo fiscal de los departamentos se ha realizado a espaldas de los municipios, de manera opuesta a la concertación exigida por un proceso descentralista sólido.

e) Autonomía y obtención de recursos por efecto de la descentralización fiscal

Las autoridades locales consideran que sus municipios han tenido logros en materia fiscal, pero éstos no son aún satisfactorios. De los municipios certificados, sólo la mitad pudo administrar el situado fiscal, a pesar de que este es un derecho de su condición

descentralizada. Algunos municipios no certificados, en cambio, reciben y administran su situado fiscal, pero la mayoría mantiene la condición de receptor y no administrador de los recursos (ver tabla A.16).

Tabla A.12
CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA LA DESCENTRALIZACIÓN
MUNICIPAL EN SALUD CON DIFERENCIACIÓN ENTRE MUNICIPIOS
CERTIFICADOS Y NO CERTIFICADOS
Información de alcaldes o directores de salud de 34 municipios

Requisitos	Certificado	Cumple requisitos			Total
		Si	No	N.P.	
Creación dirección local	Si	7	0	0	7
	No	18	5	4	27
Creación fondo local de salud	Si	6	0	1	7
	No	23	2	2	27
Conversión instituciones en empresas sociales del Estado	Si	4	2	1	7
	No	13	12	2	27
Creación Junta Directiva con participación ciudadana en el hospital	Si	2	3	2	7
	No	10	12	5	27
Contratación de servicios con prestadores públicos y privados	Si	1	4	2	7
	No	12	12	3	27
Contratación con EPS	Si	2	3	2	7
	No	11	14	2	27
Vinculación de funcionarios a la carrera administrativa	Si	6	1	0	7
	No	18	6	3	27
Afiliación de instituciones a la seguridad social	Si	7	0	0	7
	No	17	8	2	27
Afiliación de funcionarios a fondos de pensiones	Si	6	0	1	7
	No	9	15	3	27
Desarrollode un esquema básico de información en salud	Si	1	4	2	7
	No	8	13	6	27
Elaboración del plan local de salud	Si	7	0	0	7
	No	24	1	2	27

N.R. No responde

Fuente: Cálculos propios con base en Encuesta sobre el Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia (inédita).

Sin duda responsabilizar a los municipios de la administración del situado fiscal que les compete es un paso fiscal indispensable del proceso de descentralización de la salud, pero los logros son aún incipientes. Los municipios certificados no tienen ventaja sobre los no certificados en materia de cofinanciación, a pesar del privilegio particular que las normas respectivas les otorgan.

Tabla A.13
CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA LA DESCENTRALIZACIÓN
MUNICIPAL EN SALUD, CON DIFERENCIACIÓN ENTRE MUNICIPIOS
CERTIFICADOS Y NO CERTIFICADOS
Información de Alcaldes o Directores de Salud de 34 Municipios
(Datos Porcentuales)

Requisitos	Certificado	Cumple requisitos			Total Municipios
		Si	No	N.R.	
Creación dirección local	Si	100	0	0	100
	No	67	19	15	100
Creación fondo local de salud	Si	86	0	14	100
	No	85	7	7	100
Conversión instituciones en empresas sociales del Estado	Si	57	29	17	100
	No	48	44	7	100
Creación Junta Directiva con participación ciudadana en el hospital	Si	29	43	29	100
	No	37	44	19	100
Contratación de servicios con prestadores públicos y privados	Si	14	57	29	100
	No	44	44	11	100
Contratación con EPS	Si	29	43	29	100
	No	41	52	29	100
Vinculación de funcionarios a la carrera administrativa	Si	86	14	0	100
	No	67	22	11	100
Afiliación de instituciones a la seguridad social	Si	100	0	0	100
	No	63	30	7	100
Afiliación de funcionarios a fondos de pensiones	Si	86	0	14	100
	No	33	56	11	100
Desarrolla un esquema básico de información en salud	Si	14	57	29	100
	No	30	48	22	100
Elaboración del plan local de salud	Si	100	0	0	100
	No	89	4	7	100

N.R. No responde

Fuente: Cálculos con base en la tabla A. 12.

f) Logros en autonomía directiva y participación comunitaria

Aproximadamente la mitad de las autoridades locales opina que su municipio ha tenido logros importantes en materia de autonomía fiscal (distribución autónoma de recursos y control de gastos). Esta opinión no encuentra diferencias significativas entre municipios certificados y no certificados, con lo cual se corrobora, una vez más, que la certificación, tal como está operando en materia de requisitos y derechos, es irrelevante. La mayoría de los municipios afirma categóricamente que cumple el mandato de aplicar a salud el 25 % de su participación en los ingresos corrientes de la nación (tabla A.17). No obstante, la información suministrada por los mismos municipios al Departamento Nacional de Planeación sobre el mismo tema muestra que en 1995 los municipios destinaron a salud un poco menos del 20%. El manejo autónomo de la planta de cargos de salud es para los alcaldes su área de menor autonomía, debido a condicionamientos propios de las normas nacionales vigentes, pero, sobre todo, a las presiones departamentales sobre nombramientos

y remociones. Esta es probablemente el área menos enfrentada por el proceso de descentralización sectorial.

Tabla A.14
PRINCIPALES RESTRICCIONES PARA LA DESCENTRALIZACIÓN MUNICIPAL
EN SALUD
Opinión de Alcaldes o Directores de Salud de 32 Municipios

Restricciones	Intensidad de la restricción				Total Municipios
	Alta	Mediana	Baja	No responde	
Desconocimiento de requisitos y beneficios por las autoridades locales	6	4	20	2	32
Cambios de alcaldes que han paralizado el proceso	8	1	18	5	32
Temor de las autoridades locales a que les falle el goierno local	8	3	18	3	32
Falta en el municipio de personal administrativo capacitado	15	6	8	3	32
Excesiva complejidad de los requisitos de descentralización municipal	10	9	10	3	32
Cambios de políticas en el Ministerio de Salud	21	6	5	0	32
Asesoría inadecuada del Ministerio de Salud	21	4	2	5	32
Falta de voluntad política descentralista en el departamento	14	5	10	3	32

Fuente: Cálculos propios con base en la Encuesta sobre el Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia (Inédito).

Tabla A.15
VISIÓN MUNICIPAL SOBRE ALGUNAS RESPONSABILIDADES
DEPARTAMENTALES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD
Opinión de Alcaldes o Directores de Salud de 36 Municipios

Acciones departamentales	Opinión			Total municipios
	Sí	No	No resp.	
Tiene mejor recaudo de rentas cedidas	3	0	33	36
Asigna a salud el 20% del situado fiscal	4	2	20	36
Asigna a primer nivel el 50% de los ingresos de situado fiscal	8	5	23	36

Fuente: Cálculos propios con base en la Encuesta sobre el Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia (Inédita).

Tabla A.16
INGRESOS ADICIONALES PARA SALUD MUNICIPAL EN EL MARCO DE LA
DESCENTRALIZACIÓN, CON DIFERENCIACIÓN ENTRE MUNICIPIOS
CERTIFICADOS Y NO CERTIFICADOS
Opinión de Alcaldes o Directores de Salud de 36 Municipios

Logros	Certif.	Intensidad del logro				Total municipios
		Alta	Mediana	Baja	No. resp.	
Reciben y administran el situado fiscal	Si	3	0	2	2	7
	No	2	1	17	9	29
No administran el situado fiscal pero llega a los hospitales	Si	2	0	0	5	7
	No	12	5	5	7	29
Reciben recursos de ECOSALUD	Si	4	3	0	0	7
	No	13	5	4	7	29
Tienen Cofinanciación FIS	Si	1	5	0	1	7
	No	0	6	6	7	29

Fuente: Cálculos propios con base en la Encuesta sobre el Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia (Inédita).

Asistencia Técnica del Departamento a los Municipios: Atlántico y Nariño

Varios departamentos han establecido dependencias especializadas en brindar asistencia técnica a los municipios en el proceso de descentralización de salud. Entre ellos pueden destacarse los casos de Atlántico y Nariño. En ambos departamentos existe un equipo estable de funcionarios que no gastan su tiempo en revisar papeles, pues se dedican a brindar asesoría directa a los municipios. Sus principales actividades son las siguientes:

- Realizan reuniones zonales de alcaldes, concejales y directores de instituciones públicas de salud, en las cuales difunden sistemáticamente la reforma en salud desde el punto de vista territorial.
- Promueven la elaboración en cada municipio, con participación del alcalde y los funcionarios de salud, de un plan de acción anual, en el cual se definen los objetivos que se esperan alcanzar en el municipio durante el año y los requerimientos de apoyo necesarios para el efecto.
- Brindan directamente el apoyo identificado y requerido por el municipio y, cuando se trata de aspectos especializados o de particular intensidad, promueven que sea dado por otros funcionarios departamentales o facilitan al municipio su obtención en otras instituciones o en consultores privados.
- Apoyan al municipio en los trámites que debe hacer ante las autoridades departamentales de salud.
- Se reúnen periódicamente para evaluar sus resultados y metodologías.

El equipo de Nariño ha dado particular énfasis a los aspectos de planeación local y desarrollo de la capacidad de dirección local de salud. El equipo de Atlántico ha propiciado también la realización de experiencias piloto de atención de la salud pública básica en cada municipio.

"Como de acá a la capital del departamento uno se demora 12 horas en lancha y carro, nunca había venido un funcionario departamental de salud. En el último año han venido varias veces, han apoyado mucho y hemos realizado muchas cosas buenas", dice el Alcalde de La Tola, Nariño, municipio con menos de 5 mil habitantes dispersos en la selva húmeda del pacífico.

Tabla A.17
LOGROS DE LOS MUNICIPIOS EN AUTONOMÍA FINANCIERA Y
PRESUPUESTAL, CON DIFERENCIACIÓN ENTRE MUNICIPIOS CERTIFICADOS
Y NO CERTIFICADOS

Opinión de alcaldes o directores de salud de 36 municipios

Logros	Certif.	Intensidad del logro				Total municipios
		Alta	Mediana	Baja	N.R.	
Distribuyen recursos autónomamente	Si	4	0	2	1	7
	No	16	3	6	4	29
Ejercen control sobre gastos en salud	Si	3	2	1	1	7
	No	16	5	3	3	29
Aplican a salud el 25% de la participación en ingresos corrientes de la nación	Si	6	1	0	0	7
	No	20	2	1	6	29
Deciden autónomamente modificaciones en plantas de cargos	Si	5	0	1	1	7
	No	11	1	12	5	29

Fuente: Cálculos propios con base en la Encuesta sobre el Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia (Inédita).

g) Logros en capacidad de gestión institucional autónoma

Los directores de hospitales opinan que ha habido ganancias en autonomía para la gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud. El mayor cambio radica en que el departamento ya no maneja el hospital local y el mayor logro es la posibilidad de ejercer mejor supervisión sobre los recursos humanos. Esta autonomía es limitada puesto que, como se observa en la tabla A.18, los departamentos mantienen el manejo financiero de la mayoría de los hospitales locales. La mitad de los directores de hospital consideran que su función de gerentes es un logro importante que les garantiza mayor capacidad de dirección y control sobre la gestión y los servicios de la entidad; una cuarta parte más considera que en este aspecto ha habido logros, pero son aún parciales. Entre los directores-gerentes que consideran que se ha obtenido una ganancia alta, 75% pertenecen a municipios de nivel bajo y 40% a municipios de las categorías superiores, lo cual permite deducir que los avances en capacidad de gestión institucional tienen mayor impacto en las zonas de menor desarrollo relativo, que tenían tradicionalmente las instituciones de salud más dependientes.

Los directores son particularmente tímidos en afirmar que la existencia de una directiva con participación ciudadana puede contribuir a mejorar la calidad de los servicios brindados por la institución (33% dice que sí, 23% que no, 30% se abstiene de responder). Los estudios de campo muestran que la debilidad que aún tienen las estructuras democráticas y participativas en el ámbito local implica fallas y distorsiones en el aprovechamiento ciudadano de este espacio de participación.

Transformación del Hospital en Empresa Social: La Experiencia de Sabanagrande

Sabanagrande es un municipio de 18 mil habitantes localizado en el departamento del Atlántico. Posee un hospital público de 8 camas donde se prestan los servicios propios del primer nivel de atención y existe también un centro de salud privado.

El alcalde y la directora del hospital llegaron a la conclusión de que era necesario poner al hospital público a competir con el privado. "Nosotros hubiéramos podido mantener el monopolio de algunos servicios en el hospital, pero sabíamos que lo que la gente necesita es que la atiendan bien, sin importar que sea en una entidad pública o en una privada. Así que decidimos competir buscando que la gente pueda escoger y, por supuesto, creando las condiciones para que nos escoja a nosotros", dice el alcalde.

"Yo estaba preocupada -dice la directora del hospital público-, porque el hospital tenía deficiencias y la gente probablemente escogería a la competencia privada. Encontré apoyo en la Universidad. Empezamos a organizar el hospital como empresa. Hoy tenemos prácticas claras de administración empresarial, como, por ejemplo, políticas de servicio al cliente y justo a tiempo. Necesitábamos un refuerzo en la parte médica y lo conseguimos con el apoyo del alcalde. Con un poco de esfuerzo e imaginación conseguimos la dotación básica que hacía falta. También nos dimos cuenta que la calidad comienza por la presentación e hicimos inversiones en pintar y poner bonito el hospital... Nos dimos cuenta de que teníamos que adaptar los horarios a la gente y no esperar que ello se adaptaran a nosotros. Hemos logrado servicios mucho mejores que los que teníamos y estamos muy contentos de lo que hemos avanzado. Los privados también han mejorado mucho, posiblemente porque ven que si ellos no avanzan se quedan sin pacientes".

En esta competencia ganó la población.

h) Logros en eficacia y calidad de los servicios de salud

Los directores de hospital tienen una alta coincidencia en que ha habido ganancias importantes en la calidad de los servicios de salud. En especial resaltan que la gestión descentralizada de la salud ha permitido mayor disponibilidad de medicamentos esenciales y de suministros, mejor atención profesional y mayor cobertura o intensidad de acciones preventivas y promocionales. Estos logros están correlacionados con el nivel de desarrollo de los municipios, pues se consideran mayores en los de las categorías inferiores, que tradicionalmente tuvieron menor autonomía para controlar la cantidad y oportunidad de sus insumos y recursos (tabla A.19).

Tabla A.18
LOGROS DE LAS INSTITUCIONES LOCALES
DE SALUD EN AUTONOMÍA DE GESTIÓN
Opinión de los Directores de Hospitales de 30 Municipios

Logros	Intensidad del logro				Total municipios
	Alta	Mediana	Baja	No resp.	
El departamento ya no maneja el hospital local	16	8	2	4	30
Gerentes tienen mayor control del hospital	14	7	2	7	30
La Junta Directiva mejora los servicios	10	4	7	9	30
La supervisión de personal es mejor	21	3	3	3	30

Fuente: Cálculos propios con base en la Encuesta sobre el Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia (Inédita).

Reestructuración de la Organización Local de Salud: El Caso de Bucaramanga

El municipio de Bucaramanga, capital del departamento de Santander, prestaba servicios públicos de salud mediante 22 puestos de salud, centros de salud y hospitales, administrativamente dependientes del ISABU (Instituto de Salud de Bucaramanga). El ISABU debía responsabilizarse también de dirigir la salud en el municipio, pero absorbido por las responsabilidades de prestación, sólo realizaba trámites administrativos, sin un ejercicio real de las funciones de dirección.

El reto de crear una nueva organización en el marco de la descentralización sectorial fue encarado de manera altamente participativa por los directores de las instituciones municipales de salud y los funcionarios a su cargo. Tras estudiar a fondo la reforma conducente al sistema de seguridad social en salud, realizaron conjuntamente un proceso de reflexión que les condujo a proponer una clara separación entre las funciones de la dirección local de salud y las de prestación.

- *Para las funciones de dirección, que nunca habían sido efectivamente realizadas, se definió la misión, objetivos y estructura del nuevo ISABU, incluyendo la elaboración de manuales de gestión por dependencia.*
- *Para la prestación de servicios, se encontró que lo más conveniente para la buena salud de la población era establecer condiciones para una competencia franca y abierta del sector público con la amplia oferta privada que existe en la ciudad. Los funcionarios municipales de salud, con apoyo de otros profesionales, realizaron estudios de factibilidad de mercado, técnica, financiera e institucional para el nuevo esquema competitivo en el cual buscaban ingresar. Como resultado, propusieron la formación de dos Empresas Sociales del Estado en las cuales se agrupa en torno a los dos hospitales municipales a la mayoría de las instituciones públicas preexistentes.*

Con esta nueva organización, Bucaramanga comienza a tener una dirección planificadora y vigilante de la salud y dos empresas públicas prestadoras de servicios de salud con disposición de someter la calidad de sus servicios a la elección de los usuarios en el marco de la competencia entre sí y con las entidades privadas.

En el aspecto en que los directores de hospitales tienen menos certeza es que haya ganancias altas en lo que se refiere a la capacidad resolutive. Ello es explicable, pues el desarrollo de la capacidad de atención es un proceso de largo plazo que se encuentra aún en fase incipiente. Cabe destacar que en dos terceras partes de los municipios se considera que la demanda por servicios de salud de primer nivel ha crecido y este incremento ha podido ser atendido bajo las nuevas condiciones de descentralización territorial y autonomía institucional.

i) Logros en participación ciudadana

Probablemente uno de los aspectos donde se constata menor avance en el nuevo contexto de gestión descentralizada de la salud es el de la participación ciudadana. Aunque en la mitad de los municipios estudiados ha habido procesos de organización de los usuarios de los servicios de salud, apenas una tercera parte de los directores de hospital consideran que la comunidad ha ejercido influencia importante en la organización y calidad de prestación de los servicios (tabla A.20).

Es notable el hecho de que sólo en 4 municipios exista Junta Municipal de Salud o Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, que son las instancias participativas vigentes. Parecería que existe interés de la comunidad por participar en la gestión de salud pero no necesariamente el mecanismo óptimo son las juntas o consejos previstos por las normas vigentes.

Tabla A.19
LOGROS EN CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
EN EL NIVEL LOCAL
Opinión de los Directores de Hospitales de 30 Municipios

Logros	Intensidad del logro				Total municipios
	Alta	Mediana	Baja	No resp.	
Capacidad resolutive	12	10	3	5	30
Mejor atención profesional	18	7	1	4	30
Disponibilidad de suministros	15	8	4	3	30
Disponibilidad de medicamentos esenciales	22	3	2	2	30
Realización de acciones preventivas	15	8	4	3	30
Menor necesidad de remisiones	17	8	4	2	30
Incrementos atendidos en la demanda	20	6	1	3	30

Fuente: Cálculos propios con base en la Encuesta sobre el Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia (Inédita).

Tabla A.20
LOGROS EN PARTICIPACIÓN CIUDADANA PARA LA GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD
Opinión de los directores de hospitales de 30 municipios

Logros	Intensidad del logro				Total municipios
	Alta	Mediana	Baja	No resp.	
Procesos de organización de los usuarios	14	9	3	3	30
Influencia comunitaria de los servicios de salud	10	10	7	3	30
Existencia de junta o consejo local de salud	4	8	15	3	30

Fuente: Cálculos propios con base en la Encuesta sobre el Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia (Inédita).

Notas

1. No existe información confiable sobre camas previstas por el sector privado.
2. Ecosalud es una empresa estatal dedicada a la administración del monopolio público de los juegos de azar, cuyas concesiones e impuestos deben destinarse al financiamiento del sector salud.
3. Existen varios estudios sobre el desbordamiento financiero y administrativo de las cajas de previsión social, entre los cuales se destacan los realizados por el Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Desarrollo Social en 1987 y por la Superintendencia Nacional de Salud en 1995.

4. Decreto 056 de 1975.
5. Particularmente el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación.
6. Esta orientación se consignó en la ley 12 de 1986 y el decreto 77 de 1987, que la reglamenta.
7. Esta reforma se realizó alrededor del proceso de preparación, aprobación y puesta en marcha de la Ley 10 de 1990.
8. Constitución Política de Colombia, Artículo 49.
9. Ibid, Artículo 48.
10. Se trata de la Ley 60 de 1993, "de competencias y recursos" y de la ley 100 de 1993, por la cual se establece el sistema general de seguridad social.
11. Además, y probablemente con exceso, las normas reglamentadas prevén el establecimiento de otras instancias y responsabilidades, tanto en los departamentos como en los municipios, tales como: crear o fortalecer una dependencia responsable de propiciar la participación ciudadana; asignar al menos un funcionario para coordinar los programas de promoción y nombrar, contratar o asignar personal responsable de la ejecución de los programas de promoción.
12. No obstante, las direcciones de salud pueden contratar con los hospitales públicos, igual que con los prestadores privados, servicios relacionados con la salud pública.
13. Especialmente debido a que el ritmo de aseguramiento en el régimen contributivo ha sido inferior al esperado (baja afiliación de trabajadores independientes) y porque la cotización promedio también ha sido inferior a la prevista. Adicionalmente, las transferencias del gobierno nacional al Fosyga son decrecientes.
14. Desafortunadamente esta información es parcial (sólo de algunos municipios y departamentos) y tiene variaciones metodológicas y contables no explícitas que imposibilitan su estudio sistemático.
15. Departamento Nacional de Planeación (1994), "Destinación de la Participación Municipal en 1994".
16. Departamento Nacional de Planeación, "Evaluación de la Participación de los Municipios y de los Resguardos Indígenas en los ingresos corrientes de la nación para la vigencia 1995".
17. En diciembre de 1996 estaban certificados para el manejo autónomo de la salud 16 departamentos (de 32) y 83 municipios (de un total de 1,052).
18. Por ejemplo: el Ministerio indujo un proceso de afirmación de las secretarías departamentales de salud como direcciones sectoriales, separadas de la prestación de los servicios y responsables de efectuar una ordenada transferencia de recursos hacia los municipios y de vigilar la gestión de las EPS e IPS. De repente, ordenó la conversión de las direcciones departamentales en Entidades Promotoras de Salud de carácter público, responsables de la prestación de servicios y concentradoras de los fondos transferidos a los municipios. De este modo, en pocos meses, pasó de proponer una función directiva a proponer una ejecutiva y de una orientación descentralista a otra sectorialista y recentralizadora.
19. Por ejemplo: el Plan de Atención Básica, que define la responsabilidad territorial esencial en materia de salud pública, fue reglamentado tres años después de que fue aprobada la reforma y durante todo ese período se transfirieron a los departamentos y municipios los recursos obligatoriamente destinados a su ejecución.
20. La Ley 60 de 1993, por ejemplo, establece que todos los municipios deben destinar a salud exactamente el 25% de su participación en ingresos corrientes de la nación, con destino exclusivo en inversiones, dotación y mantenimiento de infraestructura, pagos de personal técnico y profesional vinculado a la prestación de servicios, pago de subsidios, promoción de la salud, saneamiento ambiental y actividades nutricionales. La ley 100 de 1993, por su parte, obliga a que de los 25 puntos de salud, 15 sean para aseguramiento.

21. Por ejemplo: los municipios están obligados por ley o decreto a crear una dirección local de salud, tener una dependencia dedicada a la participación social, tener un funcionario dedicado a los programas de promoción, etc.
22. Como el Plan Local de Salud, el Plan de Atención Básica en el nivel local, el Plan de Conversión de Subsidios, el Plan de inversiones en Salud, el Plan de Desarrollo de Sistemas de Información, etc.
23. El análisis se realizará separando los departamentos con Unidad de Pago por Capitación (UPC) estándar o básica, de aquellos en los cuales el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha autorizado un incremento del 30% en la UPC para estimular el aseguramiento en ellos.
24. Este comportamiento indeseable en términos de equidad se debe en parte a que el Ministerio de Salud ha buscado estimular con el Fosyga el buen uso por los municipios de los recursos de participación en ingresos corrientes de la nación. Por esta razón, los municipios que más personas pobres han asegurado, han recibido también mayor apoyo del Fosyga, pero este incentivo aparentemente bien encaminado, deviene altamente inequitativo, porque el aseguramiento por parte de los municipios tiene más facilidades de arranque en los departamentos más desarrollados.
25. Los datos utilizados en este capítulo proceden del "Estudio Evaluativo del Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia", cofinanciado por el Ministerio de Salud, la Organización Mundial de la Salud y la Fundación Friedrich Ebert de Colombia. El estudio, realizado a finales de 1995 y comienzos de 1996, incluyó una encuesta de 202 preguntas dirigidas a funcionarios de dirección territorial y sectorial de salud en 45 municipios. Los resultados de la encuesta no han sido publicados. El análisis contenido en este capítulo se basa en cálculos propios realizados a partir de los datos primarios.
26. Para efectos de este análisis, la información correspondiente a los departamentos de Cundinamarca y Córdoba fue descartada por inconsistente. En algunos aspectos sólo se consideró confiable la información de Antioquia, Sucre y Valle.
27. Hay tres municipios en los cuales se entrevistó al director de la principal institución de salud pero no se entrevistó al alcalde o director de salud y 9 municipios con la situación inversa.
28. La actividad fiscal conserva inercialmente clasificaciones y procedimientos que impiden evaluar el comportamiento e impacto de la descentralización en salud, más allá de aspectos macro tratados en el capítulo anterior.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, J. y A. Fiszbein (1995), "Local government performance". World Bank, mimeo, Washington.
- Banco Mundial (1995), "Estudio sobre la capacidad de los gobiernos locales - Más allá de la Asistencia Técnica", Informe N° 14081-CO, Washington.
- (1994), "Colombia: En busca de un aumento en la eficiencia y equidad del sector salud. ¿Puede servir la descentralización?", informe N° 11933-CO, Washington.
- Bird, R. y E. Wiesner (1981), "Las finanzas intergubernamentales en Colombia", Santafé de Bogotá.
- Campbell, T., G. Peterson y J. Brakarz (1991), "Decentralization to local government in Latin America and the Caribbean: National Strategies and Local Response in Planning, Spending and Management", Report N° 5, The World Bank, Washington.
- Cepal - GTZ (1996), "Descentralización Fiscal en América Latina. Balance y Principales Desafíos", Proyecto Regional de Descentralización Fiscal en América Latina y el Caribe, Santiago.
- Colombia - Comisión de Racionalización del Gasto Público (1997), "Racionalización del Gasto Público en Salud", Documento preparado por el Departamento Nacional de Planeación, Versión para discusión, Santafé de Bogotá.
- Colombia - Departamento Nacional de Planeación - Misión Social (1996), "Índice de Condiciones de Vida", Borrador para Discusión, mimeo, Santafé de Bogotá.
- (1993), "Encuesta CASEN", mimeo, Santafé de Bogotá.
- Colombia - Departamento Nacional de Planeación (1996), "1996, ¿Cómo va la Descentralización?", Revista Planeación y Desarrollo, Vol. XXVII, N° 3, Santafé de Bogotá, julio - septiembre.
- (1995), "¿Cómo va la Descentralización?", revista Planeación y Desarrollo, Vol. XXVI, N° 2, Santafé de Bogotá, mayo.
- (1985), "El Programa Macroeconómico. Autodisciplina para el Desarrollo 1985-1986", Santafé de Bogotá.
- (1995) "El Salto Social. Plan Nacional de Desarrollo, 1994-1998", Santafé de Bogotá.
- Colombia - Ministerio de Salud - Organización Mundial de la Salud - Fundación Friedrich Ebert de Colombia (1996), "Estudio evaluativo del proceso de descentralización del sector salud en Colombia", documento preliminar, mimeo, Santafé de Bogotá.
- Colombia - Ministerio de Salud - Programa Sistemas Municipales de Salud (1996), "Encuesta de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud", mimeo, Santafé de Bogotá.
- Colombia - Ministerio de Salud (1996), "La reforma de salud en Colombia y el plan maestro de implementación". Informe final del equipo de apoyo del "Plan de Implementación de la Reforma", Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, mimeo, Santafé de Bogotá.
- Colombia (1991), "Constitución Política de Colombia", Santafé de Bogotá.
- Díaz, J. y F. Sánchez (1994), "Macroeconomía de la descentralización", Debates de Coyuntura Económica, N° 33, Santafé de Bogotá, Fedesarrollo, Instituto SER.
- Dugas, et. alt. (1992), "Los caminos de la descentralización. Diversidad y Retos de la Transformación Municipal", Universidad de los Andes, Santafé de Bogotá.
- Fainboim, I., O.L. Acosta y H.J. Cadena (1994), "El proceso reciente de deescentralización fiscal en Colombia y sus perspectivas", Coyuntura Social, N° 10, Santafé de Bogotá, Fedesarrollo, Instituto SER.

- Gaitán, P. y C. Moreno (1992), "Poder Local. Realidad y utopía de la descentralización en Colombia", Santafé de Bogotá, Tercer Mundo Editores.
- Gallardo, H., y J. Rodríguez (1994), "La Carga de la enfermedad en Colombia", Santafé de Bogotá, Ministerio de Salud.
- (1995), "Estimación de los años de vida saludable perdidos (AVISA de Mortalidad) por departamentos en Colombia", Santafé de Bogotá, Ministerio de Salud.
- Garay, L.J. (1994), "Descentralización, Bonanza Petrolera y Estabilización: La Economía Colombiana en los Años Noventa", Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Trabajo 200, Washington.
- Hernández, Augusto (1994), "La nueva ley de los municipios: creced y multiplicaos". Estudio sobre el Tamaño del Municipio Colombiano", El Central, Santafé de Bogotá.
- Jaramillo, I. (1996), "Estudio para la evaluación de la descentralización del Sistema Nacional de Salud Colombiano", mimeo, Santafé de Bogotá.
- May, E. (Coordinador) (1996), "La Pobreza en Colombia. Un estudio del Banco Mundial", Santafé de Bogotá, Tercer Mundo Editores - Banco Mundial.
- Ocampo J. A. (1984), "Centralismo, Descentralización y Federalismo en Colombia", Santafé de Bogotá, Ediciones CEREC.
- (1995), "El proceso colombiano de descentralización. Seminario Internacional sobre descentralización fiscal en América Latina: Mejores prácticas y Lecciones de Política", Cartagena.
- Sanchez, F. y C. Gutiérrez (1994), "Descentralización fiscal y transferencias intergubernamentales en Colombia", Coyuntura Social, N° 10, Santafé de Bogotá, Fedesarrollo e Instituto SER.
- Sarmiento A. (1985), "Racionalización de la Gestión Pública", Santafé de Bogotá, Departamento Administrativo del Servicio Civil.
- The World Bank (1996), "Colombia: Reforming the Decentralization Law: Incentives for an Effective Delivery of Services" Washington.
- (1994), "Poverty in Colombia", Washington.
- Vargas, J. E. (1996), "El Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud", mimeo, Santafé de Bogotá.
- Vélez, C.E. (1996), "Gasto Social y Desigualdad: Logros y Extravíos", Santafé de Bogotá, Departamento Nacional de Planeación - Misión Social.
- Wiesner, E. (1992), "Colombia: Descentralización y Federalismo Fiscal", Santafé de Bogotá, Presidencia de la República y Departamento Nacional de Planeación.
- (1995) "La Descentralización, el Gasto Social y la Gobernabilidad en Colombia", Santafé de Bogotá, Departamento Nacional de Planeación - Asociación Nacional de Instituciones Financieras.

SERIE REFORMAS DE POLITICA PUBLICA*

- 1 Economía y economía política de la reforma comercial colombiana. Autor: José Antonio Ocampo. Abril de 1993, (LC/L.726).
- 2 Inestabilidad macroeconómica y flujos de comercio en Argentina, 1978-1991. Autor: Adolfo Canitrot. Abril de 1993, (LC/L.732).
- 3 A political economy analysis of import tariff policy in Brazil: 1980-1988. Author: Renato Baumann. May 1993, (LC/L.733).
- 4 La reforma del régimen comercial en México durante los años ochenta: sus efectos económicos y dimensiones políticas. Autor: Jaime Ros. Abril de 1993, (LC/L.743).
- 5 Economía política de la apertura comercial chilena. Autor: Patricio Meller. Abril de 1993, (LC/L.744).
- 6 The political economy of trade and industrial policy reform in Brazil in the 1990s. Authors: Winston Fritsch and Gustavo H.B. Franco. June 1993, (LC/L.762).
- 7 Reformas tributarias en Argentina. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.763).
- 8 Reformas tributarias en Bolivia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.764).
- 9 Reformas tributarias en Chile. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.765).
- 10 Reformas tributarias en Colombia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.769).
- 11 Reformas tributarias en Costa Rica. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.770).
- 12 Reformas tributarias en México. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.771).
- 13 Reformas tributárias na América Latina durante os anos 80: o caso do Brasil. Autores: Sulamis Dain y Patricia Fesch Menandro. Agosto de 1993, (LC/L.772).
- 14 Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes. Autora: Sônia Miriam Draibe. Septiembre de 1993, (LC/L.774).
- 15 Bolívia: desafios e possibilidades em termos de política social. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y Marta T.S. Arretche. Septiembre de 1993, (LC/L.775).
- 16 Brasil: a reforma do sistema de saúde. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y María Helena G. de Castro. Noviembre de 1993, (LC/L.783).
- 17 La política social en Costa Rica: panorama de sus reformas recientes. Autora: Ana Sojo. Noviembre de 1993, (LC/L.784).
- 18 Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica. Autores: Ludwig Güendel G. y Juan Diego Trejos S. Enero de 1994, (LC/L.813).
- 19 La política social en Chile: panorama de sus reformas. Autores: Dagmar Raczyński y Rossella Cominetti. Enero de 1994, (LC/L.814).
- 20 Gasto social y ajuste fiscal en América Latina. Autora: Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.819).
- 21 Las privatizaciones en la Argentina: impactos micro y macroeconómicos. Autores: Pablo Gerchunoff y Guillermo Cánovas. Abril de 1994, (LC/L.820).
- 22 Las privatizaciones de las telecomunicaciones en Argentina. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M.R. Schiappacasse. Abril de 1994, (LC/L.821).
- 23 La privatización de Aerolíneas Argentinas. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M. Olmos. Abril de 1994, (LC/L.822).

* Para obtener ejemplares de los documentos de esta Serie, se puede escribir directamente a la División de Documentos y Publicaciones de la CEPAL, Casilla 179-D, Santiago.

- 24 Privatización y desregulación del sector petrolero en Argentina. Autor: Pablo Gerchunoff. Mayo de 1994, (LC/L.845).
- 25 Privatización, apertura y concentración: el caso del sector siderúrgico argentino. Autores: Pablo Gerchunoff, Carlos Bozzalla y Juan Sanguinetti. Julio de 1994, (LC/L.847).
- 26 La crisis de la empresa pública, las privatizaciones y la equidad social. Autores: Robert Devlin y Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.832).
- 27 Reseña de las reformas de políticas sociales en Colombia. Autor: Hernán Jaramillo. Julio de 1994, (LC/L.848).
- 28 La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina: importancia y evaluación de las alternativas de privatización. Autor: Carmelo Mesa-Lago. Julio de 1994, (LC/L.849).
- 29 The divestiture of Telmex. Author: Inder Ruprah. November 1994, (LC/L.871).
- 30 La macroeconomía de América Latina: de la crisis de la deuda a las reformas estructurales. Autores: Mario Damill y José María Fanelli. Diciembre de 1994, (LC/L.874).
- 31 Divestiture and deregulation of public enterprises: the Mexican case. Author: Inder Ruprah. December 1994, (LC/L.875).
- 32 Privatization in Latin America: from myth to reality. Author: Graciana del Castillo. January 1995, (LC/L.880).
- 33 The privatization of Mexicana (CMA). Author: Inder Ruprah. March 1995, (LC/L.883).
- 34 Las dimensiones políticas de la reforma económica en México. Autora: Blanca Heredia. Marzo de 1995, (LC/L.885).
- 35 Las etapas de la liberalización de la economía colombiana. Autor: Andrés López Restrepo. Marzo de 1995, (LC/L.886).
- 36 Democracia, reformas económicas y gobernabilidad en Bolivia. Autor: Eduardo A. Gamarra. Mayo de 1995, (LC/L.894).
- 37 Reforma económica, democratização e ordem legal no Brasil. Autora: Lourdes Sola. Octubre de 1995, (LC/L.910).
- 38 La experiencia de privatización y capitalización en Bolivia. Autor: Mario Requena. Agosto de 1996, (LC/L.962).
- 39 Análisis de las reformas a la Industria Eléctrica en Bolivia y Nicaragua. Autor: Fernando Cuevas. Agosto de 1996 (LC/L.961).
- 40 Bolivia: Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.963).
- 41 Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones en Nicaragua. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.960).
- 42 La privatización en la Industria Manufacturera en Nicaragua: evidencia de estudios de caso para evaluar el impacto en la eficiencia y equidad. Autor: Rudolf Buitelaar. Agosto de 1996, (LC/L.959).
- 43 La Privatización y el marco regulatorio en Bolivia y Nicaragua: Un análisis comparativo. Autora: Rossella Cominetti. Agosto de 1996, (LC/L.973/add.1).
- 44 La economía política de la privatización en Nicaragua. Autor: Mario De Franco. Septiembre de 1996, (LC/L.986).
- 45 La reforma estructural en los sectores petrolero y eléctrico en Bolivia. Autor: Gonzalo Chávez. Septiembre de 1996, (LC/L.987).
- 46 Las dimensiones políticas institucionales de las reformas estructurales en América Latina. Autor: Juan Carlos Torres. Agosto de 1997, (LC/L.1048).
- 47 Descentralización de los servicios de salud en la Argentina. Autores: Roberto Bisang y Oscar Cetrángolo. Noviembre de 1997, (LC/L.1071).
- 48 El proceso de descentralización y el financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia. Autores: Fernando Ruiz-Mier y Bruno Giussani S. Noviembre de 1997. (LC/L.1072).
- 49 Características de la descentralización colombiana. Autores: Jorge Enrique Vargas González y y Alfredo Sarmiento Gómez. Noviembre de 1997, (LC/L.1073).
- 50 La descentralización de los servicios de educación en Colombia. Autores: Jorge Enrique Vargas y Alfredo Sarmiento Gómez. Noviembre de 1997, (LC/L.1078).
- 51 La descentralización de los servicios de salud en Colombia. Autores: Jorge Enrique Vargas y Alfredo Sarmiento. Noviembre de 1997, (LC/L.1079).