

Evaluación de la descentralización en salud en Colombia

Iván Jaramillo Pérez

Consultor

Presentación

La descentralización de la salud en Colombia se inició con el Decreto 77 de 1987, cuando se dio a los municipios la competencia para construir, dotar y mantener puestos, centros de salud y hospitales locales; en 1990 la Ley 10 asignó todas las competencias de funcionamiento del primer nivel de atención a los municipios y del segundo y tercer nivel a los departamentos.

Posteriormente la Constitución avaló la perspectiva descentralizadora y entregó recursos de transferencia desde el presupuesto nacional para los municipios y departamentos (Art. 356 y 357); en ese marco, la Ley 60 de 1993 desarrolló la Constitución en materia de competencias y recursos descentralizados, en particular del sector salud. Posteriormente, la Ley 100 de 1993, que reformó la seguridad social en salud, le delegó a los municipios y departamentos la administración del régimen subsidiado de salud y creó mecanismos para convertir los subsidios de oferta en subsidios a la demanda.

En este estudio se toma como período de evaluación el comprendido entre 1990 y 1999.

Evaluación del impacto de la descentralización en el estado de salud (1990 – 2000)

La salud es un producto multifactorial, razón por la cual sus cambios no pueden ser explicados mecánicamente mediante los cambios en la financiación, en la infraestructura o en la disponibilidad de profesionales. En consecuencia no parece válido, por regla general, asociar en forma simple los cambios en el estado de salud de la población a la descentralización de competencias y recursos hacia los municipios y departamentos.

No obstante se puede confirmar, por ejemplo, que los cuidados médicos durante el embarazo y el parto, así como la vacunación, son fundamentales para asegurar la supervivencia del menor y de la madre. Cuando las madres han tenido cuidados antes y durante el parto, la mortalidad infantil es menor al 15 por mil, en tanto que si no se ha tenido ninguno de estos cuidados la mortalidad casi se triplica (44 por mil) ¹.

¹ Profamilia, ENDS 2000 Pág. 98.

En consecuencia, a manera de ejemplo, y considerando que la descentralización está asociada al fortalecimiento de la oferta o a la financiación de la demanda de servicios de salud, podría igualmente ésta explicar, aunque fuera parcialmente, las variaciones en la mortalidad infantil y materna así como la atención profesional de las madres en el período prenatal y durante el parto.

Mortalidad infantil durante varios quinquenios (ENDS 2000)

Según la ENDS 2000 la tasa de mortalidad infantil para el quinquenio 1995 -2000 es de 21 por mil, siendo la mortalidad neonatal de 15 por mil y la mortalidad durante los primeros cinco años de vida de 25 por mil.

Cuadro 1-1
Mortalidad infantil

Mortalidad infantil por cada mil	2000 1995	1995 1990	1990 1985	1985 1980	1980 1975
Neonatal	15	18	16	19	24
Post-neonatal	7	10	10	19	19
MI < 1 año	21	27	26	38	44
MI > 1 y < 5 años	4	4	9	12	17
MI < 5 años	25	31	35	49	59

Fuente: Profamilia, ENDS 2000, Resultados Pág. 96.

Comparando los resultados de las diferentes encuestas ENDS (véase Cuadro 1-2) se observa que la mortalidad infantil, para diez años anteriores a la encuesta, presentó un deterioro entre 1990 y 1995 pasando del 27 al 31 por mil y luego hay una mejora, reduciéndose al 24 por mil en la encuesta del 2000.

Cuadro 1-2
Mortalidad infantil (Muertes por mil)

Mortalidad infantil en los diez años antes de la encuesta	ENDS 2000	ENDS 1995	ENDS 1990
Zona Rural	21	28	29
Zona Urbana	31	36	23
Total	24	31	27

Fuente: Profamilia, ENDS 2000, Resultados Pág. 101.

Esta situación podría confirmar que al comienzo de la descentralización, (1990-95) se produce una etapa de confusión y desorden que afecta los indicadores de salud.²

La atención prenatal

Cuadro 1-3
Asistencia profesional a las madres

Asistencia profesional de los médicos o enfermeras	ENDS 2000	ENDS 1995	ENDS 1990	ENCAPS 1986-89 (*)
	%	%	%	%
Prenatal	90.8	82.6	82.0	68.2
Vacuna antitetánica	87.7	80.1	54.5	ND
Parto	86.4	84.6	80.6	80.5

Fuente: Profamilia, ENDS 2000, Resultados Págs. 112, 113,117. INS-Minsalud, ENCAPS 1986-1989, Págs. 59, 62.

El informe de Profamilia³ hace notar, además, que desde 1986 la atención prenatal (tres o más consultas) por profesionales pasó de coberturas del 67% hasta llegar al 91% en el año 2000. Al respecto la encuesta CAPS, del Instituto Nacional de Salud, 1986-89, coincide en señalar el 68.2% como el nivel de atención profesional prenatal antes de iniciado el proceso de descentralización. Se puede constatar además que la atención profesional de los partos (véase Cuadro 1-4) pasó de 80.5% en 1986-89 hasta llegar al 86.4% en el 2000, con las siguientes especificaciones: los médicos pasaron de atender el 68% de los partos para llegar al 83% en el 2000; las enfermeras disminuyeron del 12.6 % al 3.7%, así como las comadronas, del 13% al 9%, y los familiares del 6% al 4%.

De otra parte, el 88 % de las madres recibieron vacuna antitetánica: quienes más la recibieron fueron las mujeres menores de 35 años, con 4 o más hijos, con educación secundaria o primaria. Bogotá fue el lugar en donde menos se dio la vacuna (75 %) así como en Boyacá, Cundinamarca y Meta (84 %). La aplicación de la vacuna antitetánica, una importante medida preventiva para complicaciones en el parto, ha logrado incrementos de 34 puntos (pasó del 54% en 1990 al 88% en el 2000).

² La probabilidad de que esta situación ocurriera fue advertida por algunos consultores internacionales en 1990.

³ ENDS 2000 Pág. 112.

Cuadro 1-4
Quien atiende los partos

Asistencia a la madre.	ENDS 2000	ENCAPS 1986-89 (*)
	%	%
Médico	82.7	68.2
Enfermera	3.7	12.3
Comadrona	8.7	12.6
Familiar	4.4	6.5
Sin Información	0,5	0.4

Fuente: Profamilia , ENDS 2000, Resultados Págs. 115.
INS-Minsalud, ENCAPS 1986-89 , Pág. 62,

Vacunación en el primer año de vida

Uno de los indicadores más importantes del avance o retroceso de las coberturas en salud es el comportamiento de la vacunación infantil.

Profamilia encontró que, para 1995-2000, entre menor es la edad actual, mayor es la proporción de niños con carné de vacunación: aumentan desde 57 % entre los de 48-59 meses, hasta 75 % entre los de 12-23 meses de edad: esto se puede interpretar también como una mejora en la oportunidad (o menos tiempo) para la disponibilidad del carné de vacunación.

El 92 % de los niños de un año recibió la vacuna BCG contra la tuberculosis; la primera dosis de DPT contra la difteria, tosferina y tétanos la recibió el 93%; la de polio en el nacimiento el 65 % y la primera dosis de polio el 95 %. No obstante, hay que hacer notar que hay una reducción importante en la cobertura para la DPT y para el polio entre la primera y la tercera dosis, al reducirse a 67 % para la DPT y a 63 % para la polio.

La cobertura de BCG se ha mantenido relativamente constante (alrededor del 92-93 %), al igual que la de DPT y polio 1 (93-94 %). Parecería que la cobertura de la segunda y la tercera dosis de estas vacunas se está deteriorando ligeramente, después de los importantes adelantos entre 1990-1995 (período predominante de los subsidios de oferta). Este cambio negativo en las coberturas podría asociarse a la sustitución del subsidio de oferta por demanda, la cual creó una situación de ambigüedad acerca de quién era el verdadero responsable de la vacunación y de las tareas propias de la salud pública (¿Las DLS, ARS o IPS?).

Cuadro 1-6
Vacunación de los niños⁴
(Porcentaje)

	ENDS	ENDS	ENDS
	2000	1995	1990
Con carné	74.7	61.8	58.3
BCG	93.4	93.4	93.3
DPT			
DPT 1	95.3	96.0	96.9
DPT 2	88.9	88.0	89.9
DPT 3	76.8	77.4	81.0
POLIO			
Al nacer	65.8	33.2	ND
Polio 1	97.0	97.0	97.4
Polio 2	89.1	90.6	90.7
Polio 3	71.3	76.7	82.2
Sarampión	70.8	84.1	81.2
Todas	52.0	65.5	67.5
Ninguna	0.8	2.2	2.3

Fuente: Profamilia, END 2000, Resultados Pág. 126.

Cambios institucionales de la descentralización en salud

La descentralización formal de los municipios

La Ley 10 de 1990, considerando que los municipios no estaban preparados para manejar la salud, les exigió un conjunto de requisitos administrativos y técnicos antes de autorizar el giro directo de los recursos del situado fiscal. Posteriormente, la Ley 60/93 siguió la misma metodología e incluso incremento los requisitos; sin embargo, en forma simultánea autorizó el giro de las participaciones municipales para inversión social sin exigir requisitos previos.

⁴Las vacunas consideradas en la ENDS 2000 son: tuberculosis (BCG), tosferina, tétanos y difteria (DPT), antipolio y sarampión.

Cuadro 2-1

Los requisitos de la certificación
Requisitos cumplidos por los municipios para recibir el situado fiscal en 1999

Requisitos cumplidos	Respuestas					
	Si	No	Parcial	No Sabe	No Res.	Total
a. Sistema básico de información	48%	27%	19%	1%	4%	100%
	54	31	22	1	5	113
b. Plan sectorial de salud	61%	28%	5%	0%	6%	100%
	67	31	5		6	109
c. Plan de descentralización	53%	35%	5%	1%	6%	100%
	59	39	5	1	7	111
d. Organización de la dirección local de salud	64%	26%	6%	0%	4%	100%
	70	29	7		4	110
e. Organización de la carrera administrativa	49%	39%	9%	0%	3%	100%
	53	43	10		3	109
f. Manual de cargos	64%	27%	5%	0%	5%	100%
	70	30	5		5	110
g. Creación de empresas sociales del Estado	59%	35%	2%	0%	5%	100%
	65	38	2		5	110
h. Creación de plantas de personal propias	55%	37%	4%	1%	4%	100%
	60	40	4	1	4	109
i. Celebración de contratos de prestación de servicios	71%	22%	4%	0%	4%	100%
	77	24	4		4	109
j. Creación del fondo local de salud	72%	16%	9%	0%	3%	100%
	79	17	10		3	109
k. Afiliación de los servidores a la seguridad social	67%	27%	3%	0%	4%	100%
	74	30	3		4	111
l. Afiliación de los servidores a fondos de cesantías	58%	32%	5%	1%	5%	100%
	64	36	5	1	5	111
m. Acta o convenio de entrega de la infraestructura y el personal	40%	50%	3%	1%	6%	100%
	44	55	3	1	7	110
Promedio	64	34	7	0	5	110
	58%	31%	6%	0%	4%	100%

El cumplimiento de requisitos es acreditado por la Nación o por los departamentos. Para 1999 los municipios certificados sumaban 410 sobre un total de 1079 en el país; los distritos certificados eran 4 de 4 y los departamentos certificados 20 sobre 32 en el país. Para el año 2001 se tienen 522 municipios, es decir el 49%

gozan de la denominada “certificación” por haber cumplido el paquete de requisitos; no obstante, al mismo tiempo el 100% de los municipios maneja competencias y recursos de salud sin necesidad de esa certificación.

El trabajo de campo mostró además que en promedio el 58% de los municipios afirman estar cumpliendo con la totalidad de los requisitos para la “certificación”, mientras 6% lo hacen parcialmente. En el 56% de los casos, los alcaldes presiden las Juntas Directivas de los hospitales locales, lo cual estaría mostrando una asunción local de las responsabilidades en salud; así mismo, el 64% tiene una dirección local de salud en operación; el 72% creó un fondo local de salud con el pleno de las formalidades y un 9% ha adelantado tareas para su constitución.

Cuadro 2-2
Estado actual de la certificación

Respuestas de las administraciones municipales	Respuestas				
	Si	No	No Sabe	No Res.	Total
a. El municipio ha sido certificado por la nación.	13%	72%	1%	13%	100%
	12	64	1	12	89
b. El municipio ha sido certificado por el departamento.	53%	40%	0%	7%	100%
	54	40		7	101
c. El municipio fue certificado pero no ha recibido la red local de servicios.	5%	70%	0%	25%	100%
	4	62		22	88
d. El municipio ha cumplido los requisitos pero el departamento no ha querido certificarlo.	3%	71%	0%	25%	100%
	3	62		22	87
e. El departamento exige que le reciban una planta de personal y el municipio no quiere.	8%	66%	0%	26%	100%
	7	56		22	85
f. Hay problemas prestacionales no resueltos que impiden la certificación.	6%	66%	1%	27%	100%
	5	55	1	22	83
g. El Municipio puede cumplir formalmente con los requisitos pero no quiere certificarse.	6%	65%	0%	29%	100%
	5	55		24	84
h. Al Municipio le conviene certificarse.	54%	29%	0%	17%	100%
	48	26		15	89
i. El Municipio no ve la conveniencia de certificarse.	12%	63%	0%	26%	100%
	10	54		22	86
j. Hay problemas políticos para certificarse.	14%	64%	0%	22%	100%
	12	54		19	85

Cuadro 2-2 (continuación)
Estado actual de la certificación

Respuestas de las administraciones municipales	Respuestas				
	Si	No	No Sabe	No Res.	Total
k. El municipio teme represalias del departamento si insiste en certificarse.	8%	69%	0%	23%	100%
	7	60		20	87
l. El municipio no gana nada con la certificación.	13%	49%	0%	38%	100%
	11	42		33	86
m. El municipio fue abandonado por el departamento debido a la certificación.	6%	55%	1%	38%	100%
	5	47	1	33	86
n. El municipio se certificó pero no está recibiendo el situado fiscal.	6%	59%	0%	35%	100%
	5	50		30	85
o. El municipio no se ha certificado pero recibe situado fiscal.	9%	63%	0%	28%	100%
	8	54		24	86

Los municipios inicialmente eran “certificados” por la Nación y posteriormente por el Departamento, en el trabajo de campo se encontró que el 13% lo había logrado con la primera modalidad y el 53% con la segunda.

La “certificación” y la descentralización misma no son sólo un proceso técnico y legal, sino también político; en él se expresan los conflictos territoriales por el poder administrativo sobre la salud. El 3% de los municipios manifestaron que cumplían los requisitos pero el departamento no les había querido otorgar la “certificación”; el 14% manifestó que hay problemas políticos para certificarse. Incluso hay municipios que temen represalias de los departamentos si se certifican, tal como lo manifestaron el 8% de los entrevistados; el 6% de municipios ya certificados dice estar sufriendo el castigo con el abandono departamental, como en el caso del 5% que recibió la certificación pero no ha recibido la red de servicios.

En ocasiones las dificultades para la certificación tienen un componente técnico-financiero: así en el 6% de los casos se manifiesta que hay problemas prestacionales para conseguir la certificación; quizás esta razón explique por qué el 5% de los municipios no ha recibido la red de servicios después de certificarse; es más, el 8% de los entrevistados manifestó no querer recibir la planta de personal que el departamento le exige.

A propósito de la certificación se dan situaciones contrarias, pues hay un 6% de municipios que ya se certificó pero no ha recibido el situado fiscal y viceversa, hay un 9% que sin haberse certificado ya recibe el situado fiscal.

Sobre el proceso de “certificación” hay opiniones encontradas: es así que el 13% cree que no gana nada con la certificación y el 12% no la ve conveniente; incluso hay un 6% que considera que formalmente cumple los

requisitos pero no quiere certificarse. No obstante, una mayoría del 54% considera que la certificación es conveniente.

Los avances reales de la descentralización

La descentralización del sector salud se ha ido convirtiendo en una prioridad de los gobiernos locales. El trabajo de campo mostró que a comienzos de la década era importante sólo en el 23% de los municipios; entre 1993 y 1995 fue prioritaria en el 33% de los casos, mientras que para el período 1995 - 97 su prioridad llega al 45%; ya para los años 1998 -1999 formaba parte de la agenda de prioridades locales para el 82 % de los alcaldes.

Cuadro 2-3

La salud como prioridad

Período	porcentaje y número de observaciones
a. 88-90	23% 27
b. 90-92	23% 27
c. 93-95	33% 39
d. 95-97	45% 54
e. 98-00	82% 99

En el 64% de los municipios está constituida una dirección local de salud y sólo en el 8% la dirección la asume personalmente el alcalde. En el 37% de los casos fue creada una Secretaría de Salud, en el 13% otra secretaria asume sus funciones y en el 9% de los municipios existe una dependencia en la administración local que asume la dirección.

De todas maneras, una dirección de salud incorporada a la administración central del Municipio representa una garantía de la responsabilidad política que se asume con el sector y su integración con el conjunto de políticas locales, sociales y ambientales.

Cuadro 2-4
Dirección local de salud

Alternativas de dirección	Total
El Alcalde dirige personalmente la salud	8% 9
Existe una Secretaria Municipal de Salud	37% 44
La Alcaldía delega en el director del hospital la dirección	13% 16
Existe una Secretaria que se hace cargo de la salud y otros	12% 14
Existe una dependencia municipal a cargo de la dirección local	9% 11
La Dirección de Salud está a cargo de un Departamento Administración	3% 4
La Dirección de Salud está a cargo de un establecimiento publico.	3% 3
Otra	15% 18
Total	100% 119

No obstante, algunos municipios asumen como opciones el delegar la Dirección de salud en la gerencia del hospital, como ocurre en el 13% de los casos, lo cual podría disminuir la responsabilidad política del alcalde sobre el sector y confundir las funciones de la salud pública general con la atención médico-hospitalaria.

Cuadro 2-5
Perfil del director local de salud

Alternativas	Total
Es un médico General	20% 25
Es un Profesional de la Salud	21% 26
Es un Profesional de otra área	16% 19
Es un Profesional con Postgrado en Salud Pública	4% 5
Es un Profesional con Posgrado en Administración y Gerencia	25% 31
Es un Tecnólogo	2% 3
No es Profesional o Tecnólogo	2% 3
No Responde	8% 10
Total	100,00% 122

En otros casos (el 3%) se opta por la controvertida figura de crear un establecimiento público descentralizado para asumir funciones directivas en salud, lo cual también distancia al sector de la administración central, genera más burocracia y tiende a fusionar a la dirección con la red prestadora de servicios.

Sin importar cuál sea la figura del organismo directivo, el perfil del director de salud es profesional en el 87% de los casos, incluso con postgrados en el 25% de los directores. Por lo general se trata de médicos y otros profesionales de la salud y sólo un 16% son profesionales en otras áreas.

Las competencias asumidas por los municipios

Durante la década se han ido transfiriendo las competencias sobre las distintas actividades de la salud, inicialmente desde la nación hacia los departamentos y luego desde estos hacia los municipios. Para 1999, en todos los casos los municipios estudiados manejaban más del 50% de todas las competencias (o de la responsabilidad sobre los servicios prestados) y en buena parte más del 74%, lo cual es una medida del avance real de la municipalización de la salud en el país.

Específicamente, la municipalización de las competencias tiene para 1999 el siguiente alcance, según los resultados del trabajo de campo:

La salud pública y el Plan de Atención Básica

De la responsabilidad municipal en salud pública, el Plan de Atención Básica –PAB– es el principal componente y así lo reconocen las Direcciones locales de salud que manifestaron tener a su cargo en un 84% de los casos la inspección, vigilancia y control del PAB. A pesar de que sólo el 45% lo ejecuta directamente con su propio personal, el 32% lo contrata con el hospital local y el 17% lo contrata con particulares.

La vacunación y las visitas domiciliarias se tomaron como los indicadores cuantitativos para determinar el grado de municipalización efectiva de estas competencias y se encontró que esta actividad estaba en un 83% en manos de los municipios, quedando el 17% restante a cargo de los departamentos.

El saneamiento ambiental

El segundo componente más importante de las acciones de Salud Pública es el plan de saneamiento ambiental. Actualmente los municipios tienen en promedio 5 funcionarios a cargo del saneamiento; el 86% son empleados municipales. El 61% de las direcciones locales tiene a su cargo la inspección, vigilancia y control del saneamiento ambiental, aunque sólo el 41% manifestó ejecutar directamente las acciones y el 33% expresó que las delegaba en el hospital. Este tipo de delegación ha sido cuestionado, puesto que le resta fuerza financiera, política y de vigilancia al saneamiento ambiental y lo entrega a entidades como los hospitales, que no son por definición expertas en estas materias.

Cuadro 2-6
Funciones de la dirección local de salud

Funciones opcionales y complementarias	Respuestas					
	Sí	No	Parcial	No Sabe	No Resp.	Total
a. Diseña el Plan Local de Salud	73%	15%	11%	0%	1%	100%
	81	17	12		1	111
b. Diseña el Presupuesto.	36%	46%	18%	0%	0%	100%
	40	51	20			111
c. Es ordenadora del gasto	27%	65%	6%	0%	1%	100%
	30	72	7		1	110
d. Es nominadora	22%	70%	5%	0%	4%	100%
	24	78	5		4	111
e. Dirige el hospital local.	21%	71%	5%	0%	4%	100%
	23	78	5		4	110
f. Designa con el Alcalde al Director o Gerente del hospital	27%	59%	8%	0%	6%	100%
	29	64	9		7	109
g. Tiene a su cargo la gestión directa de los puestos y centros de salud.	34%	52%	14%	0%	0%	100%
	37	57	15			109
h. Delega en el Hospital la gestión de los puestos y centros de salud	41%	43%	11%	0%	5%	100%
	44	46	12		5	107
i. Tiene a su cargo la gestión directa del saneamiento ambiental	41%	46%	12%	0%	1%	100%
	45	51	13		1	110
j. Delega en el hospital la gestión del saneamiento ambiental	33%	54%	10%	0%	3%	100%
	35	57	10		3	105
k. Ejecuta Directamente con su personal el Plan de Atención Básica	45%	34%	20%	0%	1%	100%
	50	37	22		1	110
l. Contrata con el hospital publico la Ejecución del Plan de Atención Básica	32%	45%	21%	0%	3%	100%
	34	48	22		3	107
m. Contrata con particulares la ejecución del Plan de Atención Básica	17%	62%	18%	1%	2%	100%
	17	64	19	1	2	103
n. Contrata en conjunto con el Alcalde y el Departamento la Administración del Régimen Subsidiado.	38%	51%	6%	1%	5%	100%
	41	56	6	1	5	109

Cuadro 2-6 (continuación)
Funciones de la dirección local de salud

Funciones opcionales y complementarias	Respuestas					
	Sí	No	Parcial	No Sabe	No Resp.	Total
o. Contrata autónomamente con el Alcalde la Administración del Régimen Subsidiado.	45%	51%	2%	1%	1%	100%
	48	55	2	1	1	107
p. Ejerce la Inspección, Vigilancia y Control sobre el Régimen Subsidiado	75%	15%	7%	1%	1%	100%
	83	17	8	1	1	110
q. Ejerce la Inspección, Vigilancia y Control sobre el Régimen Contributivo	33%	54%	11%	1%	2%	100%
	36	59	12	1	2	110
r. Ejerce la Inspección, Vigilancia y Control sobre la red pública de servicios	64%	24%	9%	1%	2%	100%
	70	26	10	1	2	109
s. Ejerce la Inspección, Vigilancia y Control sobre la red privada de servicios	39%	49%	9%	1%	2%	100%
	42	53	10	1	2	108
t. Ejerce la Inspección, Vigilancia y Control sobre el Plan de Atención Básica	84%	8%	7%	1%	0%	100%
	92	9	8	1		110
u. Ejerce la Inspección, Vigilancia y Control sobre el Saneamiento Ambiental	61%	19%	18%	1%	1%	100%
	67	21	20	1	1	110

La prestación de los servicios personales

Los municipios consultados manifestaron en un 64% que ejercen la inspección, vigilancia y control sobre la red pública de servicios, e incluso un 39% afirmó ejercerla también sobre la red privada.

Las Direcciones Locales de Salud dirigen el hospital local directamente en un 21% de los casos y designan un gerente en el 27% de los municipios. La red de puestos y centros de salud depende directamente de la Secretaría local de salud en un 34% y en un 41% delega esta competencia en el hospital local.

La medición de la red de servicios que prestaba la atención ambulatoria, permitió establecer que estaba municipalizada en un 74% para efectos de la consulta externa general o especializada; y en un 93% para el caso de la atención odontológica.

La atención de urgencias estaba en un 81% en manos de los municipios y estos realizan el 94% de las referencias de pacientes a los niveles superiores de atención. La hospitalización de primer nivel era atendida en un 77% por los municipios; los partos en un 56% de los casos.

Cuadro 2-7

**Grado de municipalización de la red de servicios
Variación de la responsabilidad sobre los servicios entre 1990 y 1999**

Clase de servicio	Red municipal		Red departamental	
	1.990	1.999	1.990	1.999
Prevención y promoción	36%	83%	64%	17%
Consulta externa general	56%	74%	44%	26%
Consulta especializada	12%	74%	88%	26%
Consulta odontológica	80%	93%	20%	7%
Atención de partos	46%	56%	54%	44%
Atención de urgencias	18%	81%	82%	19%
Hospitalización N-1	39%	77%	61%	23%
Referencias de pacientes	24%	94%	76%	6%

El aseguramiento de población

En 1999 los municipios ejercían la inspección, vigilancia y control sobre el Régimen Subsidiado de Salud en un 75% y sobre el Régimen Contributivo en un 33%. Co-financiaban el Régimen Subsidiado con el 62% de sus recursos para salud y manejan en forma autónoma el 57% de la contratación con las Administradoras del Régimen Subsidiado.

La descentralización de los recursos financieros de la salud

A medida que ha ido avanzando la “municipalización”, la gestión de los recursos financieros del sector ha ido pasando de manos de la nación y de los departamentos hacia los municipios.

Cuadro 2-8

La gestión descentralizada de los recursos financieros

El municipio recibe y maneja autónomamente:	Respuesta				
	Sí	No	Parcial	No Resp.	Total
	80	23	11	2	116
a. Las participaciones municipales para salud.	78%	14%	5%	3%	100%
	91	16	6	3	116
c. Los recursos del situado fiscal.	52%	35%	11%	3%	100%
	59	40	12	3	114
d. Los recursos de rentas cedidas.	42%	45%	5%	8%	100%
	47	50	6	9	112

Cuadro 2-8 (continuación)

La gestión descentralizada de los recursos financieros

El municipio recibe y maneja autónomamente:	Respuesta				
	Sí	No	Parcial	No Resp.	Total
e. Los recursos de Ecosalud.	66%	19%	10%	5%	100%
	75	21	11	6	113
f. Los recursos de co-financiación	50%	34%	10%	7%	100%
	56	38	11	8	113
g. Los créditos para salud.	14%	79%	2%	5%	100%
	16	90	2	6	114
h. Los recursos del Fosyga	57%	31%	7%	4%	100%
	64	35	8	5	112

Según las respuestas de los funcionarios entrevistados los municipios manejan los recursos para salud en forma autónoma en la siguiente forma:

Específicamente se manejan en forma autónoma los ICN en el 78% de los municipios, el situado fiscal en el 52% de las localidades y las rentas cedidas en el 42%. El 57% de los municipios afirma manejar autónomamente los recursos del Fosyga, porcentaje este que corresponde con la información nacional.

Otros recursos ocasionales como los de Ecosalud son manejados autónomamente en el 66% de los municipios, así como los recursos de cofinanciación en un 50% y de crédito en un 14%.

Cuadro 2-9

Estructura financiera del municipio promedio**Estado de la descentralización en 1999. Precios constantes de 1999**

Tabla	Recursos	Entidad ejecutora promedio por municipio			
		Municipios	Deptos.	Valor \$ en 1999	Estructura
1.	IVA-ICN	97%	3%	608.280.180	20,5%
2.	Situado fiscal	70%	30%	578.599.219	19,5%
3.	FOSYGA	86%	14%	619.859.181	20,9%
4.	Ecosalud	100%	0%	70.734.152	2,4%
5.	COFI / CION y Crédito	100%	0%	50.101.558	1,7%
6.	Esfuerzo propio	100%	0%	100.085.186	3,4%
*	Rentas cedidas			48.936.251	1,7%
*	Aportes CCF			81.560.418	2,8%
	Subtotal			2.158.156.145	

Cuadro 2-9 (continuación)

Estructura financiera del municipio promedio
Estado de la Descentralización en 1999. Precios constantes de 1999

Tabla	Recursos	Entidad ejecutora promedio por municipio			
		Municipios	Deptos.	Valor \$ en 1999	Estructura
9.	Aporte Depto.		100%	240.063.966	8,1%
11.	Ventas ese municipales	100%		266.258.943	9,0%
12.	Ventas ese deptales		100%	299.201.456	10,1%
	Total	70%	30%	2.963.680.510	100%

* Estimado

Haciendo un balance de los recursos reportados como gasto en salud en 1999, el grupo de municipios estudiados ejecutaba en forma autónoma el 70% de los recursos que financian la salud pública, la red pública del primer grado de atención en salud y buena parte del Régimen Subsidiado de salud.

Los Departamentos ejecutaban el 30% de los recursos mediante la co-administración del Régimen Subsidiado de salud y la gestión directa de su red propia de servicios en el primer nivel. Específicamente, los Departamentos co-administraban el 30% del situado fiscal, el 14% del Fosyga y el 3% de los ICN en los municipios que aún no se habían “certificado” y mantenían una red propia de servicios que recibía aportes departamentales y realizaba ventas por un equivalente al 20% de todo el gasto municipal en salud.

En resumen los departamentos manejaban en 1999 parte de la red del primer grado de atención y, mediante contratos tripartitos, parte del Régimen Subsidiado (estos contratos tripartitos amparaban al 43% de los subsidiados, según datos del Ministerio de Salud DGSSS).

Se puede observar además que el esfuerzo propio y las ventas de las ESE autofinanciaban el 22.5 % del total del gasto.

La descentralización de los recursos humanos

Los recursos humanos han sido considerados el componente más difícil de descentralizar debido a los problemas que presentan los pasivos prestacionales y a los componentes sindicales y políticos que implica el traslado de una entidad territorial a otra; no obstante, el 40% de los municipios entrevistados manifestaron que recibieron personal de planta que antes era de la nación o del departamento y 4% dijeron que sólo recibieron personal parcialmente.

En la muestra de municipios estudiada (véase Cuadro 4-10) -en la que el personal de salud que presta servicios, en parte a cargo de la localidad y en parte a cargo de los departamentos-, concretamente se

encontró que el 88% de los médicos generales y odontólogos, que son el grupo de funcionarios más numeroso, ya se encontraba para 1999 en poder de los municipios.

Muy de cerca están los técnicos en saneamiento que operan bajo el mando municipal en el 86% de los casos. Los técnicos en saneamiento representan el personal de la primera función que se descentralizó hacia los municipios con el Decreto 77/ 87 a saber: el saneamiento básico, por lo cual es un retraso injustificado el que los departamentos conserven aún un 14% de estos funcionarios. Con un argumento similar se podría calificar el caso de las promotoras de salud, que están municipalizadas en un 78% resultando que su competencia es tanto o más municipal que la de los médicos y odontólogos generales.

Cuadro 2-10

Grado de municipalización del personal de salud *
Variación de la responsabilidad sobre el personal entre 1990 y 1999

Clase de servicio	Red municipal		Red departamental	
	1.990	1.999	1.990	1.999
Médicos generales	74%	88%	26%	12%
Especialistas	96%	60%	4%	96%
Odontólogos	75%	88%	25%	12%
Promotoras de salud	22%	78%	78%	22%
Técnicos en saneamiento	36%	86%	64%	14%

* Sólo se considera el personal del primer nivel de atención por regla general.

Llama la atención el caso de los médicos especialistas, que se encuentran municipalizados en un 60%, de manera que la competencia sobre ellos corresponde a la ley de los departamentos. Esta situación contribuiría a explicar también en parte porqué los municipios reportan que el 65% de sus gastos locales son para los niveles 2 y 3 (Véase Cuadro F-14).

En cuanto al mando sobre el personal se encontró que el alcalde nombra y remueve *todo* el personal sólo en el 14% de los municipios y, en el grupo mayoritario del 50% de las localidades, sólo nombra y renueva el personal de la dirección local y al director del hospital. En el 55% de los municipios se han formalizado plantas de personal propias; en el 64% de ellos existen manuales de cargos; en el 49% hay ingreso del personal a la carrera administrativa.

Además, en el 58% de los municipios los empleados están afiliados a los fondos de cesantías y en el 67% a los fondos pensionales.

La descentralización de las Instituciones Prestadoras de Servicios

Hacia 1990 muchos municipios ya poseían instituciones de salud: como consecuencia del proceso de descentralización el 43% de las localidades habían firmado actas o convenios por medio de los cuales recibían instituciones y personal de parte de los departamentos.

Cuadro 2-11

Grado de municipalización de la infraestructura de salud*
Variación de la responsabilidad sobre la infraestructura entre 1990 y 1999

Clase de servicio	Red municipal		Red departamental	
	1.990	1.999	1.990	1.999
Hospitales nivel 3	11%	11%	89%	89%
Hospitales nivel 2	57%	46%	43%	54%
Hospitales nivel 1	26%	70%	74%	30%
Centros de salud	65%	83%	35%	17%
Puestos de salud	26%	58%	74%	42%

Hoy la infraestructura de salud está a cargo plenamente de los municipios en un 47% de ellos, es enteramente departamental en un 17% de los municipios y en el 24% coexisten instituciones municipales y departamentales. Los municipios consultados dicen que han recibido y manejan bajo responsabilidad del alcalde el 35% de los hospitales locales y el 53% de los puestos y centros de salud; aun más, los alcaldes presiden las juntas directivas de los hospitales locales en el 56% de los municipios.

Dado que los municipios más descentralizados son en gran medida medianos y grandes, la cantidad de unidades de infraestructura a cargo de los municipios resulta ser mayor que los porcentajes de municipios con infraestructura propia cuantificados en el párrafo anterior. Así la contabilización arroja que el 83% de los centros de salud, así como el 58% de los puestos de salud, en 1999, estaban en manos de los municipios (véase Cuadro 2-11). Los hospitales locales, que son competencia típica de los municipios, según la Ley 10/90, estaban en su poder en un 70% de los casos.

Los hospitales de segundo y tercer nivel, que también son competencia típica de los departamentos, están, sin embargo, a cargo de las localidades en un 54% y 89% respectivamente, lo cual explicaría en parte porqué los municipios reportan que el 65% de sus gastos locales son para los niveles 2 y 3 (véase Cuadro 2-11).

La evaluación de los funcionarios muestra que el desarrollo de la infraestructura, la dotación y las inversiones hospitalarias, no ha sido la prioridad de las administraciones municipales, pues sólo un 10% califica de excelente en este sentido el resultado de la descentralización; la mayoría cercana al 50% apenas la califica de buena, un 25% la señala como regular y sólo el 1% como mala.

Resultados financieros de la descentralización en salud

Estructura de los ingresos financieros para salud en 1999

Del estudio en promedio de 37 municipios que suministraron información financiera⁵, se ha podido establecer que en 1999 las localidades financiaron mediante su presupuesto al sector salud (oferta y demanda) con un gasto de \$ 2'158.156.145 anual como promedio aproximado; y si a ese gasto municipal se le agrega el gasto de los departamentos en la red de primer nivel que aún está a su cargo⁶, así como las ventas de las Empresas Sociales del Estado -ESE⁷ - de 1^{er} nivel, entonces el valor promedio de los gastos en los servicios de salud en los municipios ascendería a \$ 2.963.680.510 anual y cuya estructura se muestra en el Cuadro 3-1.

Cuadro 3-1

Estructura financiera del municipio promedio Estado de la Descentralización en 1999. Precios constantes de 1999

Tabla	Recursos	Entidad ejecutora promedio por municipio			
	Ingresos	Municipios	Deptos.	Valor \$ en 1999	Estructura
1.	IVA-ICN	97%	3%	608.280.180	20,5%
2.	Situado fiscal	70%	30%	578.599.219	19,5%
3.	FOSYGA	86%	14%	619.859.181	20,9%
4.	Ecosalud	100%	0%	70.734.152	2,4%
5.	COFI / CION y crédito	100%	0%	50.101.558	1,7%
6.	Esfuerzo propio	100%	0%	100.085.186	3,4%
*	Rentas cedidas			48.936.251	1,7%
*	Aportes CCF			81.560.418	2,8%
	Subtotal			2.158.156.145	
9.	Aporte departamento		100%	240.063.966	8,1%
11.	Ventas ese municipales	100%		266.258.943	9,0%
12.	Ventas ese deptales		100%	299.201.456	10,1%
	Total	70%	30%	2.963.680.510	100%

* Estimado

⁵ Para construir la secuencia histórica de la evolución de los recursos (1990 – 1999) se obtuvo información de 24 municipios en promedio. Para 1999 algunas cifras resultan de promediar hasta 73 informantes.

⁶ Muchos Departamentos manejan aun una red de servicios de primer nivel que no ha sido descentralizada a los municipios, diez años después de la expedición de la Ley 10 de 1990.

⁷ Las Empresas Sociales del Estado son una modalidad jurídica de operación de los hospitales públicos creada por la Ley 100/93.

Se puede observar que el esfuerzo propio y las ventas de las ESE autofinancian el 22.5% del total del gasto.

La descentralización de los recursos de salud

A medida que ha ido avanzando la municipalización, la gestión de los recursos financieros del sector ha ido pasando de manos de la nación y de los departamentos hacia los municipios.

En 1999, el grupo de municipios estudiados ejecutaba en forma autónoma el 70% de los recursos que financian la salud pública, la red pública del primer grado de atención en salud y buena parte del Régimen Subsidiado de salud. Los Departamentos ejecutaban el 30% de los recursos mediante la co-administración del Régimen Subsidiado de Salud y la gestión directa de su red propia de servicios en el primer nivel. Los Departamentos co-administraban el 30% del situado fiscal, el 14% del Fosyga y el 3% de los ICN, en los municipios que aún no se habían “certificado”, y mantenían una red propia de servicios que recibía aportes departamentales y realizaba ventas por un equivalente al 20% de todo el gasto municipal en salud. En resumen, los departamentos manejaban en 1999 parte de la red del primer grado de atención y, mediante contratos tripartitos, parte del Régimen Subsidiado (estos contratos tripartitos amparan al 43% de los subsidiados según datos del Ministerio de Salud, DGSSS).

Evolución de los recursos financieros de salud

Los recursos financieros de salud han crecido permanente durante la década: suponiendo un índice inicial del 100% en 1990-91 los recursos han llegado hasta el 615% para 1994-97. Este avance se ha dado como consecuencia inicial del Decreto 77 de 1987 y del interés de los alcaldes en la descentralización de la salud; luego, por el impulso que a este proceso dio la Ley 10/ 90, la Constitución de 1991 y la Ley 60/ 93, concretamente por la asignación al sector de recursos de transferencia automática y de aplicación forzosa y, finalmente, como reflejo del crecimiento económico y de la bonanza fiscal vigente hasta 1997. En los años siguientes (1998-99) hay un declive en los recursos, desde el índice 615% hasta caer al 586%, por efecto de la crisis económica y fiscal, aunque al final de la década se logró una ganancia neta de crecimiento para el sector de casi seis veces sobre su nivel inicial.

Considerando para los municipios estudiados una población objeto de 41.234 individuos para el quinquenio 1990-1994, se observa que la disponibilidad *per cápita* pasó de \$7.962 en 1990-91 a \$15.160 -casi el doble- en 1993-94. Luego, en el siguiente quinquenio, con una población objeto ajustada de 45.081 personas para el período 1995-1999, el *per cápita* continúa subiendo en el período de auge hasta llegar a \$ 44.820 entre 1994 y 97, para caer luego a \$ 42.692 en el período de crisis 1998-99.

Cuadro 3-2

Evolución de los recursos municipales de salud (*)
Precios constantes de 1999

Etapas	Períodos	Total	Per cápita
Etapas			
Etapas de inicio	A: 1990-1991	328.322.919	7.962
Etapas de despegue	B: 1992-1993	625.105.490	15.160
Etapas de auge	C: 1994-1997	2.020.524.559	44.820
Etapas de crisis	D: 1998-1999	1.924.585.960	42.692
Etapas de inicio	A	100%	100%
Etapas de despegue	B/A	190%	190%
Etapas de auge	C/A	615%	563%
Etapas de crisis	D/A	586%	536%

* Sin incluir el gasto ejecutado por el Dpto., CCF y las ventas de las ESE.

Etapas de inicio

Se ha llamado etapa de inicio al período entre 1990 y 1991, aunque realmente la iniciación de la descentralización del sector se dio por mandato del D. 77/87 reglamentario de la Ley 12 de 1986.

En este período se empezó el proceso de descentralización formal exigido por la Ley 10/ 90 ⁸: en 1991 se “certificaron” un departamento y dos municipios, mientras que en 1992 fueron once municipios. Según la citada ley, el situado fiscal debería ser asignado al menos en un 50% al primer nivel de atención y debería ser cedido a los municipios que cumplieran los requisitos reglamentarios.

Fue así como algunos municipios consiguieron recibir a cambio de su “certificación” la parte del situado fiscal que les correspondía. A estos recursos se sumaron otras transferencias y el estímulo al esfuerzo propio. Entre 1990 y 1991, el promedio de municipios estudiados gastaba en salud \$328.322.919, a precios constantes de 1999 (véase Cuadro 3-2), lo cual equivalía ya al 17% del promedio que lograría acumular el sector, por municipio, al final de la década. En ese inicio el resultado es producto principalmente de la inercia de participación municipal, aparecida desde el decreto 77/87, y del impacto que pudiera haber tenido la Ley 10/ 90 y la Constitución, esta última aún sin conseguir su desarrollo legal.

⁸ La Ley 10/ 90 en su artículo 19 puso unos requisitos reglamentarios para que los municipios y los departamentos pudieran manejar de forma autónoma el situado fiscal; posteriormente, la Ley 60/ 93 incrementó esos requisitos.

Cuadro 3-3

Evolución de las transferencias a los municipios
A precios Constantes de 1999 – En un Municipio Promedio

Etapas	Períodos	IVA-ICN	Situado	FOSYGA	Total
Inicio	A: 1990-1991	53.155.687	269.405.868		322.561.555
Despegue	B: 1992-1993	81.975.644	517.204.685		599.180.329
Auge	C: 1994-1997	452.775.709	767.874.817	569.186.531	1.789.837.057
Crisis	D: 1998-1999	534.663.491	529.531.967	715.810.633	1.780.006.091
Inicio	A	100%	100%		100%
Despegue	B/A	154%	192%		186%
Auge	C/A	852%	285%	100%	555%
Crisis	D/A	1006%	197%	126%	552%

Etapas de despegue (¿o de estancamiento?)

Calificada como la etapa de “despegue” (entre 1992 y 1993), en ella el conjunto de los recursos de salud crece hasta un 190% sobre el nivel del período anterior (tomado como base el promedio de 1990 y 1992 = 100%). En esta etapa los recursos que más crecen son el situado fiscal, hasta un 192%, la asignación del IVA-ICN, hasta un 154% (véase Cuadro 3-3), así como el esfuerzo propio y la co-financiación con el 131% y el 120% respectivamente (véase Cuadro 3-4); por otra parte Ecosalud comienza a producir algunos resultados. En esta etapa los recursos disponibles, en promedio, para salud en los municipios estudiados pasan a \$625.105.490, a precios constantes de 1999, equivalentes ya al 32% de los recursos de los cuales dispondría el sector, por municipio, a finales de la década.

Dado el paréntesis creado con la falta de desarrollo legal de la Constitución, así como la no “certificación” de ningún departamento o municipio adicional en este período, esta etapa puede ser catalogada de *estancamiento* en algunos aspectos, en lugar de “despegue”. Como se verá más adelante, las reducciones de personal en los municipios y de algunas actividades como la vacunación y la atención de los partos, muestran retrocesos y confusión ante el proceso.

Etapas de auge

Entre 1994 y 1997 ocurre un conjunto de condiciones favorables: el desarrollo legal de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de 1991, mediante la Ley 60/ 93; su puesta en práctica dentro de un contexto de bonanza económica y fiscal, y el aporte financiero de la Ley 100/ 93 para el Régimen Subsidiado. Estos hechos permitieron que en el período 1994 - 1997, el sector salud descentralizado pudiera dar un salto espectacular en su financiación. El conjunto de los recursos creció a precios constantes hasta un índice del 615% de su nivel básico en la etapa de inicio y la disponibilidad en cada uno de los municipios estudiados pasó en promedio de \$625.105.490 a \$2.020.524.559 (véase Cuadro 3-2). Con este promedio se conseguiría el pico más alto de recursos, equivalente incluso al 105% del nivel neto logrado al final de la década en la financiación del sector..

Cuadro 3-4

Evolución de la cofinanciación y esfuerzo municipal
A precios constantes de 1999 - En un municipio promedio

Etapas	Períodos	Ecosalud	COF/CION	Esfuerzo	Total
Inicio	A: 1990-1991		1.517.224	4.244.140	5.761.364
Despegue	B: 1992-1993	18.841.868	1.980.703	5.102.590	25.925.161
Auge	C: 1994-1997	114.997.757	108.460.590	7.229.154	230.687.501
Crisis	D: 1998-1999	66.945.052	47.640.439	29.994.380	144.579.870
Inicio	A		100%	100%	100%
Despegue	B/A	100%	131%	120%	450%
Auge	C/A	610%	7149%	170%	4004%
Crisis	D/A	355%	3140%	707%	2509%

En esta etapa, la descentralización se vio jalonada por la creación del Régimen Subsidiado y ese régimen se vio a su turno fortalecido con los recursos de la descentralización, que garantizaron su rápida expansión. Aparecieron como nueva fuente los recursos de la cuenta de solidaridad del Fosyga, la cual creció en promedio 24 veces entre 1994 y 1997 con respecto a los primeros recursos asignados en 1994 para los subsidios a la demanda con las Empresas solidarias de salud. Como contrapartida municipal de los recursos del Fosyga para el régimen subsidiado, se exigió a las localidades aplicar a salud los IVA - ICN, los cuales se multiplicaron entre 1990 y 1997 en los municipios estudiados en 8.5 veces en su asignación. El situado fiscal, de origen departamental, creció en su asignación municipal hasta un 285% sobre su nivel inicial y el esfuerzo propio local se reajustó también hasta un 170% sobre el 100% del inicio. Complementariamente, los recursos de Ecosalud se reajustaron al 610% sobre su nivel inicial y los recursos de co-financiación y crédito lo hicieron a su vez en 72 veces (era la época del Fondo para inversión social –FIS-).

En esta época se reactivó el proceso de “certificación” de los municipios y estos pasaron de ser 15 certificados, a más de 309 con el cumplimiento de requisitos formales. Así mismo, dieciséis departamentos se certificaron y empezaron a manejar autónomamente el situado fiscal.

La etapa de crisis

En los años 1998 y 1999 -incluso desde 1997 para algunas fuentes- el sector se vio impactado por la crisis económica y fiscal, de manera que los recursos del sector se vieron estancados y disminuidos en un 5% en promedio sobre el nivel de la etapa anterior de auge; los recursos por municipio estudiado pasaron, a precios constantes de 1999, de \$2.020.524.559 a \$1.924.585.960; en términos del índice de crecimiento este cayó desde el 506% al 482% sobre el 100% inicial.

Para todas las fuentes la crisis no tuvo impacto en el mismo momento y fue así como los ICN y el Situado Fiscal empezaron a sentir reducciones desde 1997, mientras que los recursos del Fosyga sólo lo hicieron

desde 1999. Como consecuencia, el situado fiscal bajó en su índice de crecimiento desde el 285%, en el momento de auge, al 197% al momento de la crisis; la co-financiación se redujo al 44% de su nivel anterior (menos de la mitad), y Ecosalud se redujo al 58% de nivel anterior. No obstante la crisis económica y el incremento del desempleo, el Fosyga, alimentado con el 1% de las nóminas de los empleados, mantuvo un desarrollo sostenido, pasando su índice de crecimiento desde el 100% en su inicio en 1994-1997 hasta llegar al 126% en 1998-99. No obstante, esta fuente empezaría a registrar desde 1999 una reducción de 18 puntos sobre el mejor nivel logrado en 1997, la cual se continuaría profundizando en los años siguientes.

De otra parte, y pese a la reducción global de los ingresos corrientes de la nación, la asignación de ICN al sector salud entró a compensar el decrecimiento de otras fuentes y pasó en el índice de crecimiento desde el 852% en el período 1994-97 hasta el 1006% en el período 1998-99, superando incluso el nivel logrado en la etapa llamada de auge; así mismo el esfuerzo propio de los municipios creció desde el 170% (en la etapa de auge) al 707% (etapa de crisis). La respuesta agregada de los municipios con estas dos fuentes evitó que la crisis generara un impacto mayor en la financiación global del sector.

Como consecuencia de la crisis, el promedio disponible por municipio estudiado disminuyó de \$ 2.020 millones en el período de auge a \$1.924 millones en el período de crisis (véase cuadros 3-2, 3-3 y 3-4), lo cual equivale a una pérdida de 5 puntos porcentuales en la financiación global.

Por otra parte, la crisis produjo una desaceleración en el proceso de “certificación”, no obstante lo cual se certificaron en el período 88 municipios y 3 departamentos.

Balance general 1990-1999

Para 1999 los municipios certificados sumaron 410 sobre un total de 1079 en el país; los distritos certificados son 4 sobre 4 y los departamentos certificados 20 sobre 32. Para el año 2001 se tienen 522 municipios certificados.

En la década estudiada, los recursos disponibles por municipio promedio que reportó información, pasó de \$328.322.919 a \$ 1.924.585.960, a precios constantes de 1999. Lo cual equivale a una ganancia neta del 586% sobre el 100% de su nivel inicial.

Lo más destacable en la década fue el crecimiento de los ICN-IVA aplicados a salud los cuales crecieron 10 veces, y el esfuerzo propio que creció en 7 veces (véase Cuadro 3-2). Los recursos del Fosyga aparecieron como una fuente nueva de financiación, que llegó a representar en 1999 el 22% de la estructura financiera de los municipios (véase Cuadro 3-1).

Lo más lamentable fue el estancamiento de Ecosalud, la caída de la co-financiación y el crédito, y la pérdida de importancia relativa del Situado Fiscal. En forma más reciente, exactamente desde 1999, es preocupante la disminución creciente del Fosyga.

El gasto municipal en salud

En 1999 cada uno de los municipios estudiados gastaba de sus ingresos presupuestales \$2.158.156.145, los cuales distribuyó así: un 35% los destinó para atender la red local de servicios incluyendo saneamiento básico, salud pública, prevención, promoción y subsidios a la oferta; el otro 65% equivalente a \$1,403.899.084 los destinó al régimen subsidiado (véase Cuadro 14), garantizando la afiliación de más de 12.691 personas de bajos recursos por municipio.

La red municipal y departamental de primer nivel

La red local de hospitales de nivel 1, centros y puestos de salud, gastaron en promedio \$754.257.061 en cada uno de los municipios estudiados pero este gasto municipal se ve complementado por otro gasto de origen departamental adicional de \$240.063.966, el cual financia la red de primer nivel de manejo seccional que aun no ha sido descentralizada. En consecuencia, la red de primer nivel está financiada en un 76% por los municipios y en un 24% por los departamentos (véase Cuadro 3-15).

Cuadro 3-5

Análisis de la estructura del gasto en salud municipal Precios de 1999

Tabla	Asignación de recursos	Promedio por municipio	
	Gastos	Valor en \$ en 1999	Estructura %
8	Gasto municipal	2.158.156.145	100%
9	En red local	754.257.061	35%
	Régimen subsidiado	1.403.899.084	65%
9	Gasto red local	994.321.028	100%
9	Gasto red municipal	754.257.061	76%
9	Gasto red deptal.	240.063.966	24%
6	Gasto en salud	900.052.141	100%
6	Forzosa inversión	865.215.289	96%
6	Libre inversión	34.836.852	4%
10	Gasto por niveles	916.617.790	100%
10	PAB y N-1	328.576.470	36%
10	N-2 y N-3	588.041.319	64%

El esfuerzo local

Uno de los objetivos de la descentralización es la estimulación del esfuerzo local para co-financiar los servicios sociales. En salud, el esfuerzo local se ha visto estimulado por la descentralización y el régimen subsidiado. El estudio encontró que sobre un gasto asignado a la red pública cuantificado en \$900 mil millones por municipio, el 4% correspondía al esfuerzo local y el 96% correspondía a recursos de forzosa inversión en salud (véase Cuadro 3-15). Globalmente, incluyendo todo el gasto en salud de un municipio promedio, el esfuerzo local equivale al 3,4% (véase Cuadro 3-1) y se ha visto incrementado en el período de crisis, cuando las fuentes nacionales se han visto mermadas.

El gasto por niveles

En el trabajo de campo se pidió identificar la distribución del gasto en salud por niveles de atención, y uno de los hallazgos fue -aunque resulta un poco difícil de explicar- que sobre un conjunto de gastos promedio de \$916.617.790 por municipio, el 36% se reconocía como asignado al primer nivel de atención y al Plan de Atención Básica (lo cual era apenas esperable), pero por sorpresa el 64% se reportó como asignado a los niveles 2 y 3 (véase Cuadro 3-15).

Las explicaciones del anterior fenómeno pueden ser de varias clases:

- Los municipios que respondieron positivamente tienen más hospitales de niveles 2 y 3 que el conjunto.
- La descentralización ha estimulado en los municipios la creación de servicios de niveles 2 y 3, dentro de las mismas unidades de primer nivel.
- La descentralización ha potenciado el sistema de referencia de pacientes, especialmente de los denominados “vinculados” y el municipio asigna recursos para su transporte y atención en hospitales de niveles 2 y 3.
- Parte de los recursos asignados al Régimen Subsidiado se contabilizan como de segundo y tercer nivel.

Cuadro 3-6

Análisis de la estructura del gasto en salud municipal Precios de 1999

Tabla	Asignación de recursos	Promedio por municipio	
		Valor en \$ en 1999	Estructura %
11	Ese municipal N-1		
11	Ingresos	705.319.978	100%
11	Subsidios de oferta	439.061.035	62%
11	Ingresos por ventas	266.258.943	38%
12	Ese departamental N-1		
12	Ingresos	753.498.454	100%
12	Subsidios de oferta	454.296.999	60%
12	Ingresos por ventas	299.201.456	40%

La eficiencia en las ESE locales

En las ESE del primer nivel que fueron estudiadas (véase Cuadro 3-16), se encontró que cuando estaban a cargo de los municipios recibían hasta un 62% de su financiación como subsidios a la oferta, y cuando estaban en manos del departamento recibían hasta un 60% en este tipo de subsidios.

De todas maneras es un indicador de eficiencia el que estas ESE alcancen a autofinanciarse en un 38% o 40%. Las ESE municipales son las que más reportan ventas al Régimen Subsidiado, llegando a tener ingresos del 17% por este concepto y hasta del 9% con ventas al Régimen contributivo. Las ESE departamentales reportan sólo 7% de ventas al subsidiado y 4% al contributivo, pero tienen otro tipo de ventas hasta del 33% de sus ingresos globales.

Estructura financiera del Régimen Subsidiado

El Régimen Subsidiado posee una financiación múltiple de origen fiscal y parafiscal.

Cuadro 3-7

Evolución de la estructura financiera del régimen subsidiado. Pesos Corrientes

Año	Inversión En R.S.	FOSYGA	ICN	SF	RC	EP	CCF	Total
	\$	%	%	%	%	%	%	%
1994 (1)	34.757.340.000	100						100
1995 (2)	506.548.000.000	72	28					100
1996 (3)	598.715.000.000	69	31					100
1997	747.987.749.003	65	35					100
1998	1.119.165.271.291	50	27	11	2	5	5	100
1999	1.245.404.700.000	38	34	16	3	4	5	100
2000	1.241.259.766.330	35	37	16	3	4	5	100

(1) Empresas Solidarias de Salud

(2) EPS transitoria

(3) ARS

El Régimen Subsidiado se inició financiado por el presupuesto nacional y los recursos de solidaridad del FOSYGA, pero poco a poco se fueron incorporando otras fuentes de origen territorial.

La asignación legal de los recursos

Uno de los problemas que compete vigilar a los organismos de control es el cumplimiento de las normas en la aplicación de los recursos de destinación específica para salud y especialmente para el Régimen Subsidiado. Tal como se observa en el siguiente cuadro, mientras los municipios casi cumplen con la norma de aplicar el 60% de las transferencias que reciben para salud, los departamentos sólo asignan 16% del 25% obligatorio en el situado fiscal y 12% del 35% en las rentas cedidas.

Cuadro 3-8
Cumplimiento de las normas legales

Tipo de recurso	Recaudo salud	Aplicación al R.S	Partic.	Norma
Departamentos				
Situado fiscal	1.218.764.875.490	195.715.800.000	16,1%	25%
Rentas cedidas	354.447.695.935	42.243.300.000	11,9%	35%
Municipios				
Participaciones ICN	725.712.027.077	426.637.300.000	58,8%	60%

Resultados estadísticos de la descentralización en salud

Resultados de la descentralización de la oferta pública de servicios

En la década 1990 a 1999 la red pública de servicios fue pasando a manos de los municipios y por regla general fue incrementando la producción y la productividad en los servicios; no obstante tuvo una disminución en algunos servicios como consecuencia de la sustitución generada por la red privada, y a causa de la reforma a la seguridad social; además, en la etapa final algunos servicios se han visto disminuidos por efecto de la crisis económica. Sin embargo el resultado neto de la década es positivo.

Etapas de inicio 1990 –1991

El grupo de municipios estudiados no empezó desde cero en materia de descentralización y ya desde 1990 manejaba el 39% de la hospitalización de Nivel 1, el 56 % de la consulta externa general e incluso el 80% de la atención odontológica. No obstante, la prevención y promoción inicialmente sólo cubría al 36% de la población, la atención de urgencias estaba a su cargo en un 18% y la consulta especializada en un 12%.

Etapas de despegue 1992 – 1993

Sobre un índice del 100% de las actividades realizadas en la etapa de inicio, la primera reacción producida por el despegue en la descentralización fue elevar el nivel de la atención médica y profesional así: el índice la consulta externa creció de 100 a 159 y la consulta especializada pasó de 100 a 177, pese a la reducción del número de especialistas de planta; la atención de urgencias se multiplicó por 3 y el índice creció hasta 324; la consulta odontológica casi se triplicó, llegando a un índice de 235.

La atención hospitalaria se mantuvo estable y creció vegetativamente del 100 al 110, no obstante, al tiempo que las referencias crecieron 13 veces sobre su nivel anterior, la atención de los partos bajó al 74%, siendo el único indicador negativo.

Existen dos hipótesis explicativas de la disminución en la atención de los partos: la primera es que resulta ser consecuencia de la reducción o “fuga” de los especialistas del nivel municipal y de la subsecuente remisión de los partos a los niveles superiores de atención; la segunda podría ser porque se fortaleció la atención de los partos en los municipios de origen y disminuyeron las referencias a los municipios medianos y grandes, que son el componente principal de la muestra estudiada.

Por otro lado, mientras la vacunación se incrementó, llegando al 230% sobre el nivel de inicio, las actividades de prevención y promoción se mantuvieron estables y ni siquiera crecieron al ritmo vegetativo de la población.

Los objetivos técnicos explícitos de la descentralización en salud eran, ante todo, fortalecer el primer nivel de atención y mejorar su capacidad resolutoria, además de profundizar la prevención y promoción. No obstante, los datos de los años 1992 y 1993 muestran tendencias en otro sentido: en la prevención y promoción hubo estancamiento, la hospitalización de 1er nivel no creció y hubo posiblemente un retroceso en la atención de partos. Al mismo tiempo se incrementaron las referencias de pacientes, quizás incluyendo los partos no atendidos, lo cual indicaría que no hubo una mejora inicial en la capacidad resolutoria local. Sin embargo, hay que señalar un incremento significativo y positivo de la atención médica general y especializada, así como en la atención odontológica.

Etapas de auge 1994 – 1997

La etapa de auge se caracteriza por el incremento significativo de los recursos financieros durante cuatro años y la aparición del Régimen Subsidiado de salud, al tiempo que se inició la transformación de los subsidios de oferta por demanda y la substitución de parte de la red pública por la red privada.

La atención médica ambulatoria, que tanto se había incrementado en la etapa anterior, cayó en un 29% para la consulta general (el índice de crecimiento pasó del 177 al 126) y en un 49% para atención especializada (el índice pasó del 177 al 91). No obstante la atención odontológica continuó en expansión pasando en su indicador de crecimiento desde 235 a 293.

La atención de los partos se recuperó en un 20% sobre su nivel anterior y la hospitalización disminuyó en un 12%; la atención de urgencias se mantuvo estable y la referencia de pacientes cayó en un 11%.

En esta etapa la vacunación tuvo un crecimiento importante, pasando en su indicador de 230 hasta llegar a 377 y las actividades de prevención y promoción reaccionaron positivamente, pasando en el indicador de 100 al 166.

Cuadro 4-1

Resultados de la descentralización en la oferta pública de servicios

Etapas financieras	Inicio	Despegue	Auge	Crisis
Períodos	1990-1991	1992-1993	1994-1997	1998-1999
Tipo de subsidio principal	Subsidios de oferta		Subsidios de demanda	
	Índice	Índice	Índice	Índice
Vacunación	100	230	377	467
Prevención y promoción	100	100	116	150
Consulta externa general	100	159	129	88
Consulta especializada	100	177	91	72
Consulta odontológica	100	235	293	251
Atención de los partos	100	74	88	84
Atención de urgencias	100	324	330	341
Hospitalización N-1	100	110	97	88
Referencias de pacientes	100	1354	1204	502

Incremento de la población 1999/1990 = 119%

Etapas de crisis 1998-1999

La etapa de reducción de los recursos financieros en 1998-99 no afectó la recuperación que traía la vacunación y las actividades de prevención y promoción, las cuales continuaron creciendo a muy buen ritmo, llegando a conseguir indicadores promedio del 467 y del 150, respectivamente, sobre sus niveles iniciales.

Las atenciones de urgencias y de los partos se mantuvieron relativamente estables; pero la hospitalización cayó en un 10% y el sistema de referencia de pacientes se redujo significativamente al 60% de su nivel anterior, después de su vertiginoso ascenso en las etapas anteriores.

La desaceleración más visible se da en la atención médica ambulatoria, que se redujo en un 32% para la consulta externa y en un 21% para la atención especializada. No obstante, la atención odontológica sólo se redujo en un 14%.

Es conveniente acotar que estas reducciones no sólo se explican por la crisis económica, sino como consecuencia del impacto creciente de la sustitución de la red pública de servicios en beneficio de la red privada contratada o propia de las Administradoras del Régimen Subsidiado.

Balance general

Entre 1990 y 1999, partiendo de que la población creció un 19%, se puede deducir del trabajo de campo que la red pública local amplió la cobertura muy por encima del crecimiento vegetativo, así: 4.6 veces en vacunación, 1.5 veces en prevención y promoción, 2.5 veces en atención odontológica, 3.4 en atención de urgencias y 5 veces en capacidad de referir pacientes. Pero la cobertura de la oferta pública local se redujo o fue sustituida por la red privada a cargo del Régimen Subsidiado en los siguientes servicios: en la consulta externa y la hospitalización se redujo al 88% de su nivel inicial o fue sustituida en el 12%; en la consulta especializada se redujo al 72% o fue sustituida en el 28%; en la atención de los partos se redujo al 84% o fue sustituida en el 26% de los casos.

Para el caso de los partos la causa de su reducción se encuentra también en la descentralización que transfirió parte de la responsabilidad a los municipios de origen o a los departamentos, influyendo también la reducción de la natalidad. Para el conjunto de las reducciones en diferentes servicios no es posible saber hasta dónde hubo sustitución real de la red pública por la red privada o si hubo reducción por otras causas, como la crisis financiera, la improductividad o la reducción natural de la demanda.

Resultados en la vinculación del personal a la red pública

En la etapa de despegue la descentralización produjo una reducción del personal vinculado en la prestación de servicios personales, pero incrementó el personal en las labores de salud pública.

Los médicos generales se redujeron en 9% y los especialistas en 23%; sólo los odontólogos se mantuvieron casi estables en el 98%. Por otra parte, las promotoras de salud se incrementaron en un 19%, muy por encima del crecimiento vegetativo, mientras los técnicos en saneamiento se incrementaron en un 4%.

Cuadro 4-2

Resultados en la vinculación de funcionarios publica

Etapas financieras	Inicio	Despegue	Auge	Crisis
Períodos	1990-1991	1992-1993	1994-1997	1998-1999
Tipo de subsidio	Subsidios de oferta		Subsidios de demanda	
	Índice	Índice	Índice	Índice
Médicos generales	100	91	109	119
Especialistas	100	73	75	75
Odontólogos	100	98	109	120
Promotoras de salud	100	119	114	117
Técnicos saneamiento	100	104	170	198

A pesar de que los recursos financieros crecieron en un 90% en la etapa de despegue 1992-93, la vinculación de personal se redujo (posiblemente sólo el personal de planta, ya que el número de actividades especializadas no disminuyó), quizás porque el personal, principalmente los especialistas, albergaban temores de ver reducidas sus garantías laborales con una eventual vinculación a la planta municipal y esto produjo una “fuga” de estos profesionales hacia los departamentos.

Esto explicaría en parte la reducción en la atención de los partos, ante la falta de especialistas en el nivel local cuando estos son necesarios, además del incremento de las referencias de pacientes. Al mismo tiempo, la nueva disponibilidad de recursos financieros posiblemente permitió cubrir los costos del transporte y remisión de pacientes a hospitales de más complejidad, sustituyendo así la falta de capacidad resolutive del primer nivel de atención.

En la etapa de auge 1994 –1997, la vinculación de los recursos humanos se incrementa en todas las categorías estudiadas, menos en las promotoras de salud y en los especialistas. Los médicos generales crecen en un 20% y los odontólogos en un 10%; ambas categorías superan incluso el nivel inicial logrado en 1990-91 en un 9%, recuperándose de la caída sufrida durante el despegue.

Parecería ser que la creación del Régimen Subsidiado y la ampliación del Régimen contributivo, generaron expectativas de más “trabajo” para la red pública en el primer nivel de atención en medicina general y odontología; pero no fue así para las actividades de prevención y promoción o para las propias de los especialistas.

Un caso especial ocurrió con los técnicos de saneamiento ambiental, que crecieron en un 63% en esta etapa, lo cual sugiere que los departamentos asumieron en este período la política de transferir estas competencias a los municipios.

Sorprende, finalmente, que la etapa caracterizada por la crisis en 1998-1999 no afectó la contratación de recursos humanos, pues la vinculación de personal se incrementó en todas las categorías estudiadas excepto en la de los especialistas.

El balance general 1990-1999 fue de un crecimiento aproximadamente del 20% de la planta de personal sobre el nivel de la etapa inicial de 1990-91, y de una duplicación en la planta para el caso de los técnicos de saneamiento.

Resultados en el ámbito de la infraestructura

La medición de los resultados en el desarrollo cuantitativo de la infraestructura, muestra que entre 1990 y 1999 los hospitales de primer nivel permanecieron constantes en cantidad, al tiempo que los centros de salud se incrementaron levemente en un 5% y los puestos de salud disminuyeron en un 5%.

Cuadro 4-3

Resultados en la infraestructura pública de servicios

Etapas financieras	Inicio	Despegue	Auge	Crisis
Períodos	1990-1991	1992-1993	1994-1997	1998-1999
Tipo de subsidio principal	Subsidios de oferta		Subsidios de demanda	
	Índice	Índice	Índice	Índice
Hospitales 3	100%	110%	118%	120%
Hospitales nivel 2	100%	110%	110%	111%
Hospitales nivel 1	100%	99%	100%	102%
Centros de salud	100%	88%	100%	105%
Puestos de salud	100%	95%	96%	95%

Los hospitales de nivel 2 y 3 tuvieron un mayor desarrollo en los municipios estudiados, creciendo el 11% y el 20% respectivamente. Es conveniente recordar que la población creció en el período en un 19% y por lo tanto se concluye que la infraestructura, excepto la de tercer nivel, no creció ni siquiera en proporción a la población general.

De todas maneras se concluye que la tendencia fue hacia un crecimiento levemente mayor de los hospitales de alta complejidad con relación a los de baja complejidad.

La sustitución de los subsidios de oferta por demanda

Para toda la población en conjunto (asegurada o no) la cobertura de servicios médicos esenciales se incrementó entre el 68% de la población en 1989 hasta llegar al 91% en 1999, si se toma como indicador trazador la atención profesional de los partos.

En este contexto la seguridad social paso del 20% en 1990 al 58% en 1999, en donde la parte de la cobertura atribuida a la creación del Régimen Subsidiado (22.2%) ha sido financiada en un 65% con recursos de la descentralización. Como consecuencia, el manejo municipal y territorial de la descentralización estuvo modificado significativamente por la creación del Régimen Subsidiado de salud.

Es posible entonces distinguir en el análisis dos etapas en el proceso de descentralización: antes y después de la aparición de la Reforma a la Seguridad Social en Salud. Así, entre 1990 y 1994 predominan los subsidios de oferta y luego entre 1995 y 1999 dominan los subsidios a la demanda.

Cuadro 4-4

Las grandes etapas de la descentralización

A: 1990-1994	Etapas del subsidio a la oferta
B: 1995-1997	Etapas del subsidio a la demanda
D: 1990-1999	Balance general

El impacto de la Ley 100/ 93 puede resumirse así: El aseguramiento de la población a cargo de las Administradoras del Régimen Subsidiado pasó a cubrir el 22.2 % de la población total y el Régimen Contributivo ha ampliado su cobertura en un 11.4% adicional sobre el total de la población. La nueva población asegurada es hoy equivalente al menos al 44% de la población objeto “teórico” de la red pública de servicios antes de la reforma.

Se deduce entonces que el Régimen Subsidiado debió haber sustituido a la red pública en un 44% de su cobertura, pero como las ARS contratan de nuevo el 20% de los servicios de las ESE (red pública de primer nivel) y el Régimen contributivo al menos a un 4% adicional, entonces la disminución neta de servicios en la red pública se estima que debería haber sido al menos del 20% de los servicios y por ende del personal. En realidad la sustitución de servicios no se dio en igual proporción para las diferentes categorías estudiadas y el personal, excepto los especialistas, no se redujo.

Cuadro 4-5

Impacto de la ley 100 de 1993. Red pública de servicios

Cobertura de vinculados 1990-1995	100%
A) Sustitución esperada	44%
* Sustitución Régimen Contributivo	15%
* Sustitución Régimen Subsidiado	29%
B) Recompra de Servicios	25%
* Recompra de servicios Reg. Contributivo	4%
* Recompra de servicios Reg. Subsidiado	20%
A) - B) Sustitución Neta	20%

Evaluación de resultados en salud pública

La salud pública propiamente dicha incluye el conjunto de servicios de impacto colectivo o personal con grandes externalidades y fueron incluidos por la Ley 100/ 93 en el denominado Plan de Atención Básica – PAB-. Comprende además la atención a las personas y la atención al ambiente. Los indicadores seleccionados para medir los resultados de la descentralización tienen que ver con el avance de la vacunación y en general de las actividades de prevención y promoción; se tomaron además las variaciones en la disponibilidad de personal tanto de promotoras como de técnicos en saneamiento básico. Finalmente, la infraestructura de puestos y centros de salud ha sido considerada como un indicador, teniendo en cuenta que las actividades de salud pública toman como base esta red.

En materia de actividades de salud pública las vacunaciones han crecido en forma sostenida y las visitas domiciliarias, después de un estancamiento en el primer quinquenio, se reactivaron para el segundo.

El personal de promotoras se ha reajustado casi a la par con el crecimiento vegetativo de la población y los técnicos en saneamiento casi se duplicaron en la década.

La productividad de las promotoras se ha multiplicado por 4 en vacunación y en un 28% para efecto de las visitas domiciliarias.

La infraestructura de primer nivel se mantuvo estable, con tendencias a decrecer especialmente en puestos de salud. Como consecuencia, la productividad de la infraestructura creció 3 veces para los hospitales locales y los centros de salud y en 3.25 para los puestos de salud.

Cuadro 4-6

Impacto de los subsidios de demanda en la salud pública
Estudio en un tipo de municipio promedio

Períodos	1990 -1994		1995-1999	
Tipo de subsidio principal	Subsidios de oferta		Subsidios de demanda	
Cobertura de los servicios	# Unidades	Cobertura	# Unidades	Cobertura
Actividades				
Vacunación sobre B)	6.270	65%	13.496	132%
Prevención y promoción sobre A)	2.893	31%	3.791	38%
Personal		Personas		Personas
Promotoras de salud	9,2	4.497	10,4	4.335
Técnicos en saneamientos	2,5	16.254	5,0	9.107
Infraestructura		Personas		Personas
Hospitales nivel 1	1,1	36.490	1,2	38.863
Centros de salud	3,9	10.600	4,4	10.340
Puestos de salud	4,5	9.266	3,5	12.771
Productividad				
Vacunación / Promotoras	682		1.298	
P y P / Promotoras	314		365	
Actividades / Promotoras	996		1.662	
ACT/ Hospitales nivel 1	8.109		14.903	
ACT/Centros de salud	2.356		3.965	
ACT/ Puestos de salud	2.059		4.897	
A) Población estimada por atender *	41.234		45.081	
B) Menores de 9 años	9.608		10.188	
C) Maternas = Cobertura total	1.072		1.082	

* Se calcula con base a los partos atendidos así: hay 2,6 partos anuales por cada 100 personas

Teniendo en cuenta que la población menor de nueve años por municipio estudiado creció de 9.608 en el primer quinquenio a 10.188 en el segundo quinquenio, se observa que la cobertura de la vacunación creció del 65% al 132% (más de una vacuna por niño). Las promotoras de salud se incrementaron de 9.2 a 10.4 por municipio y debieron pasar de aplicar 682 vacunas por promotora a 1.298.

Por otra parte, teniendo en cuenta que la población a cargo por municipio estudiado creció de 41.234 en el primer quinquenio a 45.081 en el segundo, se observa que la cobertura de las visitas domiciliarias avanzó del 31% al 38%, sin incluir la cobertura conseguida por cuenta de las ARS directamente. Para tal logro, las promotoras debieron aumentar el número de visitas anuales, pasando de 314 a 365 (una diaria), pero disminuyeron levemente su responsabilidad, de un grupo de 4.400 personas por promotora a 3.300 aproximadamente.

Los técnicos de saneamiento se duplicaron, pasando de 2.5 a 5 por municipio, y redujeron su población a cargo pasando de 16.000 personas a 9.000 personas por técnico.

Los hospitales locales y centros de salud mantuvieron casi estables sus coberturas y los puestos de salud tuvieron que ser ampliadas levemente en cuanto a cobertura, de 9.000 personas a 12.000 personas por puesto de salud. No obstante el número de actividades pasó de 8.000 a 14.000 por cada hospital local; de 2.300 a 3.900 por cada centro de salud y de 2.000 a 4.800 por cada puesto de salud.

Evaluación de la prestación de servicios personales incluidos en POS

Los servicios de atención a las personas, considerados individualmente, con pocas o nulas externalidades, fueron incluidos por la Ley 100/ 93 en el denominado Plan Obligatorio de Salud -POS-. Los municipios prestan estos servicios mediante la red pública de primer nivel y en algunos casos también con la red de segundo y tercer nivel que está a su cargo; cuando dicha red, de segundo y tercer nivel, no existe en el municipio, se hace una referencia externa a la red departamental. Para los asegurados en el Régimen Subsidiado los servicios son prestados por la red pública o privada, pero de todas maneras son financiados con subsidios a la demanda (excepto para los servicios NO incluidos en el POS). Los servicios prestados por la red pública pueden estar destinados a la población no asegurada, en cuyo caso se prestan otorgando subsidios a la oferta para la población de bajos recursos, y si las personas están afiliadas al régimen contributivo o subsidiado, la red pública recupera su costo mediante los pagos de las ARS.

El acceso a los servicios

El informe de Profamilia⁹ hace notar, además, que desde 1986 la atención prenatal por profesionales pasó de coberturas del 67% hasta llegar al 91%. Al respecto, la encuesta CAPS, del Instituto Nacional de Salud, coincide en señalar el 68.2% como el nivel de atención profesional prenatal, antes de iniciado el proceso de descentralización. Este indicador es una fuerte señal de la cobertura máxima que logran los servicios ambulatorios, subsidiados o no, desde la oferta o desde la demanda.

⁹ ENDS 2000 Pág. 112.

Una forma de corroborar la cobertura efectiva es examinar el resultado de las encuestas desde el otro extremo o sea desde el no-acceso. En tal sentido la encuesta CAPS 1986 – 89 encontró que el 18.3% no consultaba a los médicos profesionales; posteriormente en la ENH 1992 se estableció que el 19.2% no tenía acceso y la ENDS 2000 determinó que el 5.3% no consultaba por diferentes motivos.

Puede concluirse que el no-acceso podría estar hoy entre el 5.3 % y el 9% de la población total. Entre los motivos, el 51% explica que las causas son económicas, el 2.8 % sufre rechazo explícito, el 3.4% tiene barreras geográficas, el 6.3% por descuido, y el 30% aduce razones administrativas, culturales o de opinión.

Cuadro 4-7

Cambios en los motivos de no consulta

Motivos de no consulta	ENDS	ENH	ENCAPS
	2000	1992	1986-89
Falta de dinero - Limitaciones económicas	51.5%	50.5%	64.1%
No lo atendieron	2.8%	3.3%	1.0%
Centro médico no hay, queda lejos	3.4%	9.7%	2.1%
Falta de tiempo, descuido, motivos per/les	6.3%		16.0%
Caso leve	21.8%		
No confía en el médico	3.2%		
No resuelven problemas	2.2%		
Muchos tramites	1.9%		
Servicio malo	1.1%		
Otros	5.0%	36.5%	12.6%
Sin información	0.8%		4.1%
Población de referencia	45.291	4.748.366	26.602.269
Enfermos que no consultan	2.386	909.830	4.872.137
Porcentaje que no consulta teniendo necesidad	5.3%	19.2%	18.3%

Fuente: Profamilia, END 2000, Resultados págs. 195.

ENH, Encuesta de Hogares 77, Sep. de 1992, cálculos Fedesarrollo.

INS-Minsalud, ENCAPS 1986-89, Pág. 51.

Producción y productividad de los servicios

Los resultados finales de la atención ambulatoria en la década 1990-1999, presentan una situación contradictoria para la red pública de servicios de primer nivel, pues mientras en unas categorías de servicios se incrementa la productividad -consulta odontológica, la atención de urgencias y la referencia de pacientes-, en otras cae la producción y la productividad -consulta externa general y especializada, la atención de los partos-

Cuadro 4—8

Resultados de la descentralización en la atención ambulatoria - Red pública

Etapas financieras	Inicio	Despegue	Auge	Crisis
Períodos	1990-1991	1992-1993	1994-1997	1998-1999
Tipo de subsidio principal	Subsidios de oferta		Subsidios de demanda	
	Índice	Índice	Índice	Índice
Actividades				
Consulta externa general	100	159	129	88
Consulta especializada	100	177	91	72
Consulta odontológica	100	235	293	251
Atención de los partos	100	74	88	84
Atención de urgencias	100	324	330	341
Referencias de pacientes	100	1.354	1.204	502
Personal				
Médicos generales	100	91	109	119
Especialistas	100	73	75	75
Odontólogos	100	98	109	120
Infraestructura				
Hospitales nivel 1	100	99	100	102
Centros de salud	100	88	100	105
Puestos de salud	100	95	96	95
Productividad				
Consulta general/Médico general	100%	175%	118%	74%
Consulta especializada/Especialista	100%	242%	121%	96%
Partos/Médicos	100%	90%	96%	87%
Urgencias/Médicos	100%	395%	359%	352%
Consulta médica por médico	100%	224%	173%	151%
Referencias/Consulta médica	100%	738%	755%	343%
Cta odontológica por odontólogo	100%	240%	269%	209%
Atenciones/Hospitales N-1	100%	391%	356%	219%

La consulta médica general

El incremento del personal médico general en la década y la disminución progresiva de las consultas, hace que la productividad de estos profesionales, luego de conseguir un pico alto de incrementos del +75% en el período 1992-93, caiga progresivamente para terminar en 1998-99 con una productividad negativa del – 24%.

Comparando el período de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el período de dominio de los subsidios de demanda 1995 – 1999, se encuentra que los médicos se incrementaron por municipio de 9,4 a 12,7 (no se dio sustitución), y las actividades por profesional cayeron desde 6.000 consultas anuales a solo 3.000.

La cobertura de la red pública de primer nivel cayó de 1,35 consultas por habitante / año a 1,12, sin considerar las consultas que fueron asumidas directamente por las ARS y EPS mediante su red propia o la privada contratada.

En consecuencia, el impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la oferta pública de servicios de consulta externa general significa que: del 44% la población a cargo de la anterior oferta pública que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado, sólo el 10% siguió siendo atendido en consulta externa general en la red pública y el 34% pasó a ser atendido por la red privada o la red propia de las ARS y EPS.

La consulta médica especializada

La disminución del personal médico especializado en la década y la disminución progresiva aunque menos acelerada de las consultas, hace que la productividad de estos profesionales luego de conseguir un pico alto de incrementos del +142% en el período 1992-93, caiga progresivamente para terminar en 1998-99 con productividad negativa del -4%.

Comparando el período de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el período de dominio de los subsidios de demanda 1995 – 1999, se encuentra que los médicos especialistas disminuyeron por municipio de 10,9 a 9,8 (se dio una sustitución de un médico por municipio) y las actividades por profesional cayeron desde 1.700 consultas anuales a sólo 1.100.

La cobertura de la red pública especializada de primer nivel cayó de 0,46 consultas por habitante año a 0,24, sin considerar las consultas que fueron asumidas directamente por las ARS y EPS mediante su red propia o la privada contratada.

En consecuencia, el impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la oferta pública de servicios-consulta especializada, significa que: del 44% la población a cargo de la anterior oferta pública que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado, en promedio ninguna siguió siendo atendida en la red pública y toda pasó a ser atendida por la red privada o la red propia de las ARS y EPS. Es más, la cobertura de los vinculados en la localidad disminuyó en un 3%.

La atención de los partos

En incremento del personal médico en la década y la disminución progresiva de la atención de los partos en los municipios estudiados, hizo que la productividad de estos profesionales en esa actividad, luego de partir con un nivel alto en el período 1990-91, caiga progresivamente para terminar en 1998-99 con productividad negativa del - 13%.

Comparando el período de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el período de dominio de los subsidios de demanda 1995 – 1999, se encuentra que los médicos (generales y especialistas) se incrementaron por municipio de 20,3 a 22,5 (no se dio sustitución) y las actividades por profesional cayeron de 53 partos anuales por médico a 48.

La cobertura de la red pública de primer nivel cayó de 2,6 partos por 100 habitantes año a 2,4, en este caso por razones naturales, pues son las tasas de natalidad promedio nacionales y no pudo ocurrir que algunos partos adicionales fueran asumidos directamente por las ARS y EPS, por medio de su red propia o la privada contratada.

Así, el impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la oferta pública de servicios de atención de partos implica que del 44% de la población a cargo de la anterior oferta pública que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado, en promedio toda siguió siendo atendida en la red pública.

Cuadro 4-9

Impacto de los subsidios de demanda en la atención ambulatoria - Red pública
Estudio en un tipo de municipio promedio

Períodos	1990 -1994		1995-1999	
Tipo de subsidio principal	Subsidios de oferta		Subsidios de demanda	
Cobertura de los servicios	# Unidades	Cobertura	# Unidades	Cobertura
Actividades				
Consulta externa general s/A-D) (1)	55.965	135,7%	40.236	89,3%
Consulta especializada s/ A-D) (2)	18.960	46,0%	10.904	24,2%
Consulta odontológica s/ A-D)	9.769	23,7%	13.445	29,8%
Partos sobre C-D) (3)	1.072	2,6%	1.069	2,4%
Urgencias s/A-D) (4)	10.242	24,8%	14.952	33,2%
Consulta s/A-D) (1+2+3+4)	86.239	209,1%	67.161	149,0%
Personal		Personas		Personas
Médicos generales	9,4	4.387	12,7	3.550
Especialistas	10,9	3.783	9,8	4.600
Odontólogos	3,8	10.851	4,5	10.018
Infraestructura		Personas		Personas
Hospitales nivel 1	1,1	36.490	1,2	38.863
Centros de salud	3,9	10.600	4,4	10.340
Puestos de salud	4,5	9.266	3,5	12.771
Productividad				
Consulta general/Médico general	5.954		3.168	
Consulta especializada/Especialista	1.739		1.113	

Cuadro 4-9 (continuación)

Impacto de los subsidios de demanda en la atención ambulatoria - Red pública
Estudio en un tipo de municipio promedio

Períodos	1990 -1994		1995-1999	
Tipo de subsidio principal	Subsidios de oferta		Subsidios de demanda	
Cobertura de los servicios	# Unidades	Cobertura	# Unidades	Cobertura
Partos/Médicos	53		48	
Urgencias/Médicos	505		665	
Consulta médica por médico	4.248		2.985	
Cta odontológica por odontólogo	2.571		2.988	
A) Población total	41.234		45.081	
B) Menores de 9 años	9.608		10.188	
C) Maternas = Cob.total	1.072		1.082	
D) Red pública 1995- 1999			35.947	
E) Red privada 1995-1999			9.133	

* Se calcula con base a los partos atendidos así: hay 2,6 partos anuales por cada 100 personas

La atención odontológica

El incremento progresivo en la década de odontólogos y el crecimiento aun más acelerado de la consulta odontológica en los municipios estudiados, hizo que la productividad de estos profesionales en esa actividad creciera continuamente hasta lograr su pico más alto en el período 1994-97 y luego cayera un poco en 1998-1999, terminando de todas maneras con incrementos netos de productividad del 109%.

Comparando el período de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el período de dominio de los subsidios de demanda 1995 – 1999, se encuentra que los odontólogos se incrementaron por municipio de 3,8 a 4,5 (no se dio sustitución) y las actividades por profesional crecieron desde 2.500 anuales por odontólogo a 3.000.

En consecuencia, el impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la oferta pública de servicios odontológicos implica que del 44% de la población a cargo de la previa oferta pública que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado, en promedio toda continuó siendo atendida en la red pública, mejorando incluso en un 33% o bien el grado de utilización de los servicios a los subsidiados o la cobertura -incluso- de los vinculados.

La atención de urgencias

El incremento progresivo en la década de médicos en la planta de personal y el crecimiento aun más acelerado de las atenciones de urgencias en los municipios estudiados, hizo que la productividad de los

profesionales en esa actividad creciera y luego de lograr su pico más alto en el período 1992-93 decreciera en el período 1998-1999, terminando de todas maneras con incrementos netos de productividad del +252%.

Comparando el período de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el período de dominio de los subsidios de demanda 1995 – 1999, se encuentra que los médicos se incrementaron por municipio de 20,3 a 22,5 (no se dio sustitución) y las atenciones de urgencias por profesional crecieron desde 500 anuales por médico a 660.

La cobertura de la red pública en la atención de urgencias de primer nivel, creció desde 25% de los habitantes atendidos por año a 33%, sin incluir eventuales urgencias que hubieran podido haber sido atendidas directamente por las ARS y EPS, por medio de su red propia o la privada contratada.

En consecuencia, el impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la oferta pública de servicios de atención de urgencias significa que del 44% de la población a cargo de la previa oferta pública, que vendría a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado, en promedio toda siguió siendo atendida en la red pública mejorando incluso en un 33% o el grado de utilización de los servicios a los subsidiados o la cobertura incluso de los vinculados.

Es pertinente observar que sobre este resultado pudo influir la política pregonada por el Ministerio de Salud de ofrecer servicios de urgencias las 24 horas.

La atención médica agregada

Si se agregan las consultas médicas generales y especializadas, la atención de urgencias y la atención de los partos se consigue un indicador global de la atención médica. La productividad médica con este indicador se duplico para el período 1992-1993 y decayó luego, pero en forma neta creció en un 50% en la década, si se compara el período final 1998-1999 con el inicial 1990-1991.

No obstante, comparando el período de dominio de los subsidios de oferta 1990 - 1994 con el período de dominio de los subsidios de demanda 1995 – 1999, se observa para este indicador global que las atenciones médicas en los municipios pasaron de 86.000 anuales a 67.000; las atenciones anuales por persona pasaron de 2,1 a 1,5 y la productividad general por médico paso de 4.200 atenciones por año a 2.900.

Las diferencias entre los dos resultados se deben a que el punto de partida 1990-91 es muy bajo, el pico 1992-93 es muy alto y el promedio resultante entre 1990 - 94 de todas maneras es superior al promedio 1995-99.

De esta manera, el impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la oferta pública de servicios ambulatorios significa que del 44% de la población a cargo de la oferta pública previa a la reforma y que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado, sólo el 15% siguió siendo atendida ambulatoriamente en la red pública y el 29% pasó a ser atendida por la red privada o la red propia de las ARS y EPS.

Evaluación de los servicios hospitalarios

Las tasas de hospitalización parecen ser muy poco elásticas respecto a los cambios en la red de servicios; entre 1989 y 1999 la tasa de hospitalización disminuyó de 5.6 por 100 personas año a 5.3, pese al incremento de recursos en la oferta pública y a la ampliación de la seguridad social. La disminución de la tasa se explica observando que al mejorar la tecnología de diagnóstico y de intervención las acciones médico-hospitalarias se pueden hacer ambulatoriamente, sin necesidad de recurrir a la hospitalización.

Cuadro 4-10

Variaciones en las tasas de hospitalización

Concepto	ENCAPS 86-89	ENDS 2000
Población restituida	30.521.850	42.500.000
Encuestados—Muestra	50.000	45.291
Hospitalizados	1.576.332(*)	2.438(**)
Hospitalizaciones	1.718.140	
Hospitalizados/Población	5.2 %	
Hospitalizaciones/Hospitalizados	1.09	
Hospitalizaciones entre población	5.6%	5.3%

(*) Sobre población total.

(**) Sobre La muestra.

Fuente: Profamilia, ENDS 2000, Resultados Págs. 193. INS-Minsalud, ENCAPS 1986-89, Pág. 79.

En la década estudiada (1990 - 1999) los servicios hospitalarios variaron así: la atención de urgencias creció 3.4 veces y la referencia de pacientes creció 5 veces; los partos disminuyeron en proporción a la natalidad y a la población a cargo; la hospitalización de nivel – 1 se redujo en un 16%, ya que entró a ser atendida por la red privada o contratada por las ARS y EPS.

Los médicos generales se incrementaron en 19%, los especialistas disminuyeron en 25%; la infraestructura permaneció en promedio constante para el primer nivel de atención y su productividad creció 2.5 veces.

La productividad de los servicios hospitalarios, con respecto al número de médicos, tuvo un pico muy alto en 1992-93, creciendo en 468% para luego terminar en un crecimiento neto del 162%. Las referencias de pacientes por cada médico inicialmente se dispararon a 16 veces para el período señalado pero se estabilizaron en un crecimiento de 5 veces.

La referencia de pacientes

La referencia de pacientes es una actividad típicamente hospitalaria; se supone que cuando el primer nivel no puede resolver un problema de salud, entonces remite al paciente a los niveles superiores. El incremento de

las referencias de pacientes puede significar o bien una mejora en la capacidad de transporte y de pago de los pacientes, ya sea directamente o mediante terceros -por ejemplo, cuando entran al sistema de la seguridad social-, o bien el incremento de referencias puede significar también falta de capacidad resolutive en el primer nivel de atención, o falta de estímulos económicos para resolver los problemas.

Una disminución de la referencia de pacientes puede significar, por el contrario, una mejora en la capacidad resolutive de los problemas, incentivos económicos para resolverlos o disminución de los recursos para transporte y pago de las atenciones en otros hospitales no municipales.

Al momento del despegue de la descentralización entre 1992 y 1993, las referencias de pacientes se multiplicaron excesivamente –más de 13 veces– precisamente en momentos en que los recursos financieros del sector casi se duplicaban en el nivel local y el personal, y el número de los médicos especialistas se reducía. En el período de auge financiero 1994-1997 y de creación del Régimen Subsidiado y ampliación del Régimen contributivo, las referencias disminuyeron en un 11%, quizás porque se estimuló económicamente la resolución local de problemas por efecto de los subsidios a la demanda; posteriormente, en la etapa de crisis las referencias se redujeron a menos de la mitad, quizás por el efecto combinado de la escasez de recursos de oferta y el estímulo a la resolución de problemas desde la demanda.

Comparando el período de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el período de dominio de los subsidios de demanda 1995 – 1999, se encuentra que las referencias de pacientes disminuyeron por municipio de 1.286 a 1.330 y las referencias por profesional cayeron desde 63 anuales a 59.

La cobertura de la red pública de primer nivel cayó de 4.1 referencias por habitante año a 3, sin considerar las referencias que fueron asumidas directamente por las ARS y EPS mediante su red propia o la privada contratada.

En consecuencia, el impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la oferta pública de servicios de consulta externa general, implica que del 44% de la población a cargo de la previa oferta pública que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado, el 95% siguió siendo remitido por la red pública y el 5% pasó a ser remitido o atendido por la red privada o la red propia de las ARS y EPS.

La atención hospitalaria de nivel 1

En la década se han combinado: la estabilización de la infraestructura hospitalaria, el incremento del personal médico y la disminución de algunos servicios -como la hospitalización-, junto al incremento de otros como la atención de urgencias y las referencias de pacientes. Esto trajo como consecuencia el incremento de la productividad de la red hospitalaria de primer nivel, la cual luego de conseguir un pico alto de incrementos del + 270% en el período 1992-93, ha caído progresivamente para terminar en 1998-99 con productividad neta positiva del +150%.

Comparando el período de dominio de los subsidios de oferta 1990-1994 con el período de dominio de los subsidios de demanda 1995-1999, se encuentra que la atención hospitalaria nivel-1 creció levemente; los médicos se incrementaron por municipio (no se dio sustitución) y las actividades por hospital de nivel –1 pasaron de 13.862 anuales a 17.398.

La cobertura de la red pública de primer nivel cayó de 7,4 de hospitalización por cada 100 personas año a 6.3, sin considerar las hospitalizaciones que fueron asumidas directamente por las ARS y EPS mediante su red

propia o la privada contratada; las referencias de pacientes se mantuvieron constantes en el 3% anual y la atención de urgencias se incrementó de 25% al 33% de la población a cargo por año.

En consecuencia, el impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la oferta pública de servicios hospitalarios de nivel 1 implica que del 44% de la población a cargo de la previa a la oferta pública que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado, sólo el 29% siguió siendo atendido en hospitalización nivel -1 en la red pública y un 15% pasó a ser atendido por la red privada o la red propia de las ARS y EPS. La atención de urgencias pudo haber seguido siendo atendida totalmente por la red pública e incluso mejorar -la utilización de los subsidiados-, o se amplió la cobertura a los vinculados en un 33%; finalmente, la referencia de pacientes fue sustituida sólo en un 5% por las aseguradoras.

Cuadro 4-11

Impacto de los subsidios de demanda en la atención hospitalaria - Red pública
Estudio en un tipo de municipio promedio

Períodos	1990 -1994		1995-1999	
Tipo de subsidio principal	Subsidios de oferta		Subsidios de demanda	
Cobertura de los servicios	# Unidades	Cobertura	# Unidades	Cobertura
Actividades				
Partos sobre C-D) (3)	1.072	100,0%	1.069	98,8%
Urgencias s/A-D) (4)	10.242	24,8%	14.952	33,2%
Hospitalización N-1s/A-D)	3.064	7,4%	2.831	6,3%
Referencias s/A-D)	1.286	3,1%	1.330	3,0%
Personal		Personas		Personas
Médicos generales	9,4	4.387	12,7	3.550
Especialistas	10,9	3.783	9,8	4.600
Infraestructura		Personas		Personas
Hospitales nivel 3	1,3	32.987	1,5	30.054
Hospitales nivel 2	2,1	19.635	2,3	19.348
Hospitales nivel 1	1,1	36.490	1,2	38.863
Productividad				
Servicios hospitalarios/Médicos	772		897	
Servicios hospitalarios/Hosp. N-1	13.862		17.398	
Partos/Médicos	53		48	
Referencias/Médicos	63		59	
Referencias/Servicios hosps.	9%		7%	
A) Población total		41.234		45.081
B) Menores de 9 años		9.608		10.188
C) Maternas = Cob. total		1.072		1.082
D) Red pública 1995-1999				35.947
E) Red privada 1995-1999				9.133

* Se calcula con base a los partos atendidos así: hay 2,6 partos anuales por cada 100 personas

Evaluación del aseguramiento

El Régimen Subsidiado de Salud nace como producto del Artículo 48 de la Constitución de 1991 y de su desarrollo legal en la Ley 100/ 93. Inicialmente hay un ensayo de subsidios a la demanda con las Empresas Solidarias de Salud desde 1993 y 1994; luego se actúa con la denominada “EPS transitoria” a cargo de los departamentos en 1995 y, posteriormente, se abre a la “libre” competencia entre diversos tipos de Administradoras del Régimen Subsidiado, entre las cuales se cuentan las EPS Públicas y privadas, las Cajas de Compensación familiar y las Empresas Solidarias de Salud.

Cuadro 4-12

Evolución del régimen subsidiado

Año	Afiliados País	Recursos Totales \$	Per cápita \$	Cobertura Nacional	Afiliados por Municipio	incrementos
1994*	579.289	34.757.340.000	60.000			
1995**	4.800.916	163.749.938.367	34.108		4.449	729%
1996***	5.981.774	338.066.971.000	56.516		5.544	25%
1997***	7.026.692	747.987.749.003	106.449		6.512	17%
1998***	8.527.061	1.119.165.271.291	131.249	46.55%	7.903	21%
1999***	9.325.832	1.245.375.274.442	133.540	55.52%	8.643	9%
2000***	9.510.566	1.241.259.766.330	130.514	59.79%	8.814	2%
2001***		932.000.000.000			-	
Cobertura municipal promedio						
				6.978	1995-1999	

* Empresas Solidarias de Salud

** EPS transitoria

*** ARS

Hoy el Régimen Subsidiado está presente en la totalidad de los municipios del país, afilia 9.5 millones de personas de bajos recursos y ejecuta un gasto de más de 1.3 billones de pesos.

Problemas y recomendaciones

Área Institucional

Se debe suprimir el proceso de certificación y la coadministración departamental

El cumplimiento de requisitos para conseguir la certificación se ha convertido en un proceso formal de acumulación de papeles que no garantiza la mejor gestión administrativa y técnica del sector, y en cambio sí genera trabas a la descentralización y crea pretextos para dirimir conflictos políticos y territoriales. No obstante, se ha observado que es la misma práctica de asumir las competencias lo que desata un proceso de desarrollo institucional y de capacidad técnica.

Se propone entonces sustituir la certificación por un convenio de gestión para el cumplimiento de metas de cobertura y de desarrollo técnico y administrativo de los municipios. Estos convenios y su desempeño podrían ser criterios para asignar recursos de co-financiación, especialmente del Fosyga, para la ampliación del Régimen Subsidiado.

De todas maneras, en ningún caso deberá exigirse la certificación para gestionar en forma autónoma el Régimen Subsidiado, ya que, exceptuando la necesidad del Fondo Local de Salud, los demás requisitos son innecesarios para manejar al Régimen Subsidiado autónomamente.

Se debe estimular la diferenciación de funciones entre las direcciones locales de salud y las IPS

Con el fin de hacer más eficiente la ejecución de los diversos programas de salud, evitar la duplicación de los costos y hacer más transparente el gasto público en salud, se propone diferenciar las funciones entre las direcciones locales de salud y las IPS de primer nivel.

Las direcciones locales deben hacerse cargo de la salud pública y por lo tanto de la dirección y ejecución del Plan de Atención Básica, bien sea con personal propio o contratado, pero que sea diferente al personal de planta de las IPS. Los servicios de salud pública deben ser considerados como gasto público directo en beneficio de toda la población, diferenciable por lo tanto de los subsidios a la población de bajos recursos para acceder al POS-S.

Las IPS deben encargarse única y exclusivamente de los servicios incluidos en el POS-S y deben ser responsables de la utilización final de los subsidios de oferta o demanda, evitando la duplicación de los costos.

Se debe simplificar la estructura legal de las ESE de primer nivel

La estructura legal de las Empresas Sociales del Estado se diseñó pensando en los hospitales públicos de segundo y tercer nivel, resultando para ellos muy adecuada. No obstante, ha resultado una estructura muy compleja y costosa para las IPS de primer nivel.

Se propone impulsar un decreto reglamentario que simplifique la estructura legal de las ESE de primer nivel y que por lo tanto permita generar un ahorro de gastos administrativos.

Área Financiera

Distribución de los recursos entre los municipios

El nuevo sistema general de transferencias territoriales deberá establecer una distribución de los recursos de salud, de tal manera que se estimule la equidad y la eficiencia, con base en los siguientes criterios:

1. Los recursos destinados a Salud Pública, entendidos como aquellos que financian programas que benefician a toda la población y que están incluidos especialmente en el Plan de Atención Básica y en el de Saneamiento Ambiental, deberán equivaler al menos al 10% de todos los recursos disponibles para salud y se deberán distribuir teniendo en cuenta la población total del municipio y el grado de ruralidad (para considerar los costos por población dispersa).
2. Los recursos destinados a subsidiar el Plan Obligatorio de Salud -POS-S- serán como máximo el 90% de los recursos disponibles para salud y deberán distribuirse de acuerdo a los criterios objetivos de NBI, la línea de pobreza, y la clasificación socioeconómica para servicios públicos, mientras el SISBEN se aplicará equitativamente entre municipios de mayor y menor desarrollo institucional.

Estímulo al esfuerzo local y al buen manejo de los recursos

Los recursos del FOSYGA, especialmente los destinados a la ampliación de cobertura, deben distribuirse en parte para corregir las inequidades históricamente creadas en la expansión del Régimen Subsidiado y como estímulo al esfuerzo local y regional para co-financiar ese régimen.

Se debe usar parte del Fosyga para estimular la aplicación de todas las fuentes financieras (distintas al Fosyga) a la sostenibilidad y ampliación de los servicios de salud y del Régimen Subsidiado de Salud, entregando parte de sus recursos en proporción a las asignaciones locales de Esfuerzo Propio –EP–, Rentas Cedidas –RC–, Cajas de Compensación Familiar –CCF–, Situado Fiscal –SF–, e Ingresos Corrientes de la Nación –ICN–.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS– deberá determinar el porcentaje de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, destinados a la ampliación de la cobertura, que se distribuirán

como incentivos al esfuerzo local en el financiamiento del régimen subsidiado y al buen manejo de los recursos.

Para fijar el valor de la participación de cada localidad en los incentivos, el Ministerio de Salud les podrá exigir a los municipios y distritos la información que considere necesaria, con el fin de verificar el buen manejo de los recursos. Entre otros estarían los documentos siguientes:

1. Constancia de la Contraloría departamental certificando:
 - Recursos del régimen subsidiado debidamente incorporados a los presupuestos municipales.
 - Relación de contratos de aseguramiento adecuadamente registrados y
 - La existencia las respectivas reservas de apropiación y/o cuentas por pagar que amparen los pagos pendientes de la vigencia presupuestal anterior.
2. Copia de los contratos de aseguramiento debidamente perfeccionados.
3. La base de datos de las personas afiliadas y carnetizadas.
4. La certificación de la Dirección Seccional de Salud de que no existen deudas pendientes con las ARS sobre el anterior período de contratación o que existen acuerdos de pago.
5. La información sobre la liquidación de los contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado.
6. Constancia Departamental de la ejecución del PAB.

Para efectos de la distribución de los incentivos, se contabilizarán como *esfuerzo local* todos los recursos propios o recibidos de otras entidades y ejecutados en la vigencia presupuestal del año inmediatamente anterior, según certificación de las contralorías departamentales, que sean distintos a los procedentes de la Subcuenta Solidaridad del Fosiga.

Los municipios que tengan deudas con las administradoras del régimen subsidiado y con las instituciones prestadoras de servicios superiores al 10% de la contratación del año anterior, no deberían poder beneficiarse de los incentivos al esfuerzo local y al buen manejo.

Evitar la duplicación de los costos

Es de observar que el incremento en recursos humanos dentro de la red pública en la década de 1990-99, se caracteriza por la ampliación de la planta de personal municipal, que maneja más del 75% del primer nivel de atención; pero los recursos humanos contratados en la primera etapa 1990-1995 no se han visto disminuidos como consecuencia de la sustitución parcial de servicios de oferta por demanda; lo cual sugiere que existe una capacidad instalada no utilizada que podría garantizar una cobertura quizás cercana a la universal, si se pudiera alcanzar la población denominada “vinculada”.

Pero la interpretación de las cifras permite suponer también que se está produciendo una duplicación de costos, incluyendo el posible doble pago al personal profesional. Efectivamente, para financiar la planta de personal se le sigue erogando el mismo costo pagando igual (incluso más) que antes de la puesta en operación del Régimen Subsidiado; la productividad del personal ha caído en ocasiones de manera mayor a la proporcional a la sustitución ejercida por el Régimen Subsidiado; simultáneamente, el Régimen Subsidiado reporta un incremento en la accesibilidad a los servicios de sus afiliados y un manejo directo aunque parcial de la atención ambulatoria, especialmente con su propia red de servicios o mediante contratación con el sector privado.

Para evitar la duplicación de los costos y los dobles pagos a los prestadores de los servicios, se deberán estudiar dos alternativas:

Primera alternativa: asignar subsidios de oferta, o gasto público directo, con base a los costos de operación, únicamente para garantizar los servicios incluidos en el Plan de Atención Básica, en el de Saneamiento Ambiental y la Atención de Urgencias.

Los servicios del POS para la población vinculada deberán ser pagados mediante capitación a las propias ARS, cubriendo un POS parcial (o subsidio parcial), según las disponibilidades de los municipios.

Segunda Alternativa: se deben suprimir del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S los servicios de prevención y promoción, e incluso todo el primer nivel de atención, reservando la intermediación de las ARS para el aseguramiento de los niveles 2, 3 y 4. En tal caso el primer nivel de atención debe ser contratado y pagado por capitación a las IPS públicas para toda la población subsidiada y/o vinculada.

Separación y unificación de la gestión presupuestal de los Fondos Locales de Salud

Existe una gran dispersión de fuentes de recursos del RS y no existe un sistema de concentración de recursos que permita responder oportunamente al pago de las ARS y las IPS. No existe control presupuestal de los recursos de salud, pues unos se manejan mezclados con los fondos comunes en los municipios y una gran parte, en el 43% de los casos, en una bolsa común de los departamentos sin diferenciar municipios, de modo que no es posible hacer seguimiento de la ejecución particular de cada municipio.

Por otra parte, se sabe que 72% de los municipios han creado los Fondos Locales y Distritales de Salud a raíz de la Ley 10/ 90, otro 9% tiene gestiones adelantadas, pero estos fondos no se los utiliza adecuadamente, para todas las fuentes y casos, con el fin de canalizar la financiación del sector salud.

Las cuentas especiales previstas para el manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales previstas en las Leyes 60 de 1993 y 100 del mismo año, se deben integrar en los fondos seccionales, distritales y municipales de salud, de conformidad con el Estatuto Orgánico de presupuesto.

En ningún caso estas cuentas especiales deben formar parte integral de los recursos comunes del presupuesto de tales entidades, por lo cual su contabilización y presupuestación debe ser especial en los términos del reglamento.

Se propone entonces que los municipios y distritos incorporen al presupuesto, en forma separada de los demás recursos los destinados a salud, y que sean manejados a través de los Fondos Locales o Distritales de Salud. En un anexo, el cual debe ser parte integral del presupuesto general del municipio o distrito, se deberán especificar las diferentes fuentes de recursos destinados, o que libremente se destinen a salud, así como el monto de las apropiaciones para el sector, en subcuentas independientes, según su destinación, así:

- Financiación del régimen de subsidios en salud.
- Valores destinados a la promoción y el fomento de la salud.
- Valores destinados para la atención en salud de la población “vinculada” y los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.
- Valores destinados al pago de los aportes patronales correspondientes a cesantías, cotizaciones para salud y reservas pensionales. Si proceden del Situado Fiscal - Aportes Patronales se causarán “Sin situación de fondos”
- Valores destinados a otros gastos en salud diferentes a los ya enunciados.

Se propone entonces que los Fondos Locales de Salud creen, si no las tienen, cuentas especiales para el manejo de los diversos programas, presupuestando en forma separada todos los recursos que se ejecutan en el municipio.

Con el fin de dar los soportes para preparar el proyecto de presupuesto municipal, antes del 30 de octubre de cada año, el Ministerio de Salud y la Dirección Seccional de Salud respectiva deberán informar a los municipios el valor estimado de los recursos asignados al régimen subsidiado de salud, valores estos diferentes a los de la participación en los ICN, que corresponderán a cada localidad para el año siguiente.

Las Contralorías Departamentales certificarán ante el Ministerio de Salud la constitución de los Fondos Locales y Distritales de salud, así como las cuentas presupuestales y contables para su manejo diferenciado. Los municipios acreditarán ante la Dirección del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público la cuenta bancaria especial para recibir el giro de estos recursos.

Los recursos administrados por las Cajas de Compensación Familiar en los términos del Artículo 217 de la Ley 100/ 93, asignados a la afiliación del régimen subsidiado en cada municipio, se deberán incluir en el presupuesto municipal o distrital y se manejarán como recursos “Sin situación de fondos».

Agilización en el giro a los fondos de salud

Los Ingresos corrientes de la nación se giran a los municipios con oportunidad pero llegan a la tesorería general y se confunden con los fondos comunes de la administración local, favoreciendo moras y desvíos.

Los ICN se deben girar directamente a los Fondos Locales de Salud, presupuestándolos por separado, haciendo unidad de caja sólo con los recursos de salud. Se propone entonces que el 25% de las participacio-

nes de los municipios y distritos en los ingresos corrientes de la nación, asignadas *salud*, de las que tratan los numerales segundos de los artículos 21 y 22 de la Ley 60, se giren con la misma periodicidad prevista en el párrafo 3° del artículo 24 de dicha ley, en forma separada de las demás participaciones para inversión social, a los Fondos Locales y Distritales de Salud, previstos en el artículo 13 de la Ley 10/ 90, reglamentado mediante el Decreto 1893 de 1994 y el decreto 111 de 1996 o Estatuto Orgánico del presupuesto.

Los giros del Fosyga que financian el 35% del RS, y del situado fiscal que financian el 15% del RS, tienen moras en los giros hasta de 270 días, debido a los prerrequisitos extremos para su desembolso, induciendo la mora de otros recursos y haciendo escalas innecesarias en los fondos seccionales de salud en el 43% de los casos (para municipios no certificados).

Se deben entonces eliminar todos los prerrequisitos para el giro de los recursos del Fosyga, cuenta de solidaridad, y del situado fiscal convertido, los cuales se deberán transferir a los Fondos Locales de Salud, según distribución del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Situado Fiscal y los recursos del Fosyga que financian el régimen subsidiado de salud establecido en los artículos 214 y 221 de la Ley 100/ 93, se deberán girar directamente a las cuentas especiales de los fondos locales y distritales de salud destinadas al manejo de los recursos del régimen subsidiado de salud, según lo previsto en los párrafos primeros de los artículos 214 y 221 de la mencionada ley, por lo tanto sin exigir previamente el requisito de la “certificación” establecida sólo para el manejo de los subsidios de oferta. Los departamentos no deben coadministrar los recursos pero si ejercer IVC sobre su utilización.

El Fosyga y la DGSSS deberán cambiar entonces el control previo por el control posterior y exigirán requisitos de información a los municipios sólo para incentivar en lo sucesivo a los que hagan esfuerzos propios en la financiación del RS y que sean cumplidos en el pago a las ARS.

Área de contratación

Suprimir los contratos tripartitos para la gestión del régimen subsidiado

Se ha encontrado que cuando el Régimen Subsidiado está manejado directamente por los municipios y las ARS en contratos bipartitos(57% de los casos), existe mejor control presupuestal y de caja; las moras y las deudas son menos pronunciadas, y se estimula más el esfuerzo local (10% de la financiación) que cuando la administración del RS se comparte en forma tripartita entre el municipio, el departamento y las ARS. Se observa además que para el manejo autónomo del RS la Ley 100/93 no exige “certificación” previa.

El trabamamiento local y seccional de los recursos explica porqué las ARS han llegado a acumular hasta 150 días en cuentas por cobrar a departamentos y municipios y 270 días en cuentas por pagar a los hospitales, creando una gran distorsión.

Se propone entonces eliminar el sistema de contratación tripartita, entregar toda la contratación del aseguramiento a los municipios y reservar para el departamento el papel de inspección, vigilancia y con-

trol del Régimen Subsidiado, al tiempo que se crea un sistema de pagador único descentralizado para el Régimen Subsidiado en el Municipio, lo cual deberá estimular el esfuerzo propio y la oportunidad en los pagos

Se eliminan entonces, por regla general, los contratos tripartitos ARS-Departamento-Municipio; no obstante se debería dejar abierta la puerta para el tratamiento de casos especiales, mediante mutuo acuerdo.

Pagos oportunos a las ARS

Se propone convertir los Fondos Municipales y Distritales en concentradores generales de todos los recursos del RS y en los únicos responsables financieros ante las ARS. Los Fondos Locales de Salud deben crear, si no las tienen, cuentas especiales para el manejo del RS, pagando a las ARS con unidad de caja, y presupuestando en forma separada todos los recursos que se ejecutan en el municipio.

Las Direcciones Locales y Distritales de Salud deberán pagar el valor de los contratos de aseguramiento a las administradoras del régimen subsidiado ARS los cinco (5) primeros días de cada bimestre, en un 90%, sin exigir otros requisitos distintos a las pólizas de garantía de cumplimiento. El 10% del valor de cada bimestre se deberá pagar en forma vencida, en un plazo máximo de treinta días, una vez sean radicadas las novedades causadas en el período correspondiente.

Para garantizar la oportunidad en los pagos los municipios y distritos deberán manejar los recursos de los fondos locales y distritales de salud con unidad de caja, de acuerdo a lo previsto en el artículo 13 de la Ley 10/ 90 y por lo tanto los pagos se harán con los recursos líquidos disponibles independientemente de la fuente de recaudo. En caso de mora los municipios y distritos deberán pagar a las ARS intereses de mora obligatorios e irrenunciables, iguales a los cobrados por la banca comercial en los sobregiros.

Pagos oportunos a las IPS

Cuando se trate de contratos de prestación de servicios de salud con la modalidad de capitación, las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán pagar dentro de los diez (10) primeros días de cada bimestre, a las Instituciones prestadoras de salud el equivalente al 70% de los servicios contratados en ese período; y el 30% restante deberán pagar una vez se haya producido la aprobación final de cada factura, después de la revisión, de acuerdo a lo previsto en los numerales 3° y 4° del Decreto 723 de 1997, y en el artículo 8o del Decreto 046 del año 2000,

Cuando se trate de contratación de servicios de salud por la modalidad de evento, las ARS deben cancelar como mínimo el 70% de la cuenta a más tardar dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la factura, y el saldo dentro de los 10 días siguientes a la aprobación final de la factura.

En todo caso la aprobación final de la factura no debería sobrepasar 30 días desde la presentación de la factura, término dentro del cual deberán haberse aclarado las glosas. Las IPS deberán entregar a las ARS pólizas de garantía del cumplimiento del contrato de servicios.

Una vez cumplidos los plazos establecidos, si las ARS no han cumplido con los pagos estipulados, deberían pagar adicionalmente a las IPS intereses de mora de carácter obligatorio e irrenunciable a una tasa igual a la vigente en el sistema de bancario para los sobregiros.

Se debe establecer entonces un sistema de unidad de caja, anticipos e intereses de mora obligatorios e irrenunciabiles para regular las relaciones financieras entre entidades territoriales- ARS e IPS.

Glosario de siglas

ARS : Administradora de Régimen Subsidiado.

ASSALUD: Asociación Colombiana de la Salud.

BM: Banco Mundial.

BID: Banco Interamericano de Desarrollo.

Cajanal: Caja Nacional de Previsión.

Caprecom: Caja Nacional de Previsión de las Telecomunicaciones.

CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.

CAP: Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas.

CCF : Cajas de Compensación Familiar.

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

CIDER: Centro de Investigaciones y Desarrollo Regional.

CIMDER : Centro de Investigaciones y Desarrollo Regional.

DANE : Departamento Administrativo Nacional del Estadística.

DANCOOP: Departamento Nacional de Cooperativas.

DGSSS: Dirección General de Seguridad Social en Salud.

DNP : Departamento Nacional de Planeación.

ENC: Encuesta Nacional de Calidad de Vida.

ENH: Encuesta Nacional de Hogares.

ECAT: Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Trabajo.

Ecosalud: Empresa Colombiana de la Salud.

EPS: Entidades Promotoras de Salud.

ESE: Empresas Sociales del Estado.

ESS : Empresa Solidaria de Salud.

FESCOL: Fundación Friedrich Ebert de Colombia.

Fosyga : Fondo de Solidaridad y Garantía.

FUDESCO : Fundación para el Desarrollo Cooperativo.

ICN : Ingresos Corrientes de la Nación.

IPS : Institución Prestadora de Servicios.

ISS : Instituto de Seguros Sociales.

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.

OIT : Organización Internacional del Trabajo.

OMS : Organización Mundial de la Salud.

OPS : Organización Panamericana de la Salud.

PAB: Plan de Atención Básica.

PAI: Programa de Inmunizaciones.

PIB : Producto Interno Bruto.

POS : Plan Obligatorio de Salud.

POSS : Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

REUNIRSE : Red de Universidades.

REDINSA : Red de Investigadores en Salud.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SNS : Sistema Nacional de Salud.

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

Supersalud: Superintendencia Nacional de Salud.

UDT: Unidad de Desarrollo Territorial.

UNIMEC: Unión de Médicos Colombianos.

UNIANDES: Universidad los Andes.

UNIVALLE: Universidad del Valle.

UDEA: Universidad de Antioquia.

UDT: Unidad de Desarrollo Territorial.

UJ: Universidad Javeriana

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

UPC-S: Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.

Bibliografía

Alcaldes y capacidad de gestión (1996): “Reporte de Encuesta DNP”, en revista *Planeación y Desarrollo*, Volumen XXVII, Nro. 3, julio-septiembre.

Alvarado Santander, Eduardo. (1998) “*El Régimen Subsidiado de Salud*”, Fundación Creer, Bogotá.

Banco de la República (1997) “Indicadores del Sector Público no Financiero 1987-1995. Consolidados”, Subgerencia de Estudios Económicos, Bogotá.

Barco, Virgilio. (¿?) “El Problema de los Hospitales, Naturaleza Jurídica y Régimen Prestacional”, en *Así estamos cumpliendo*, Tomo X, “Análisis y evaluación de la situación”, La Previsora S.A. Bogotá.

Céspedes Londoño, Juan Eduardo –Director- (1999) “Impacto de la reforma a la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud”. Universidad Javeriana, Convenio UJ - Redinssa, Reporte preliminar, Bogotá.

Contraloría General de la República (1994) “La descentralización en Colombia: Realidades, Posibilidades”, Agenda, Tomo I, Bogotá.

Cortés, Ariel y Otros (1996) “Estudio Evaluativo del Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia”, Documento preliminar, Ministerio de salud, SMS, Misión Harvard, Fescol, Bogotá.

DANE (1996): *Encuesta Nacional de Hogares*, ENH.

Departamento Nacional de Estadística –DANE- (1997) “Encuesta Nacional de Calidad de Vida, ENCV”, DANE, Bogotá.

Departamento Nacional de Planeación, DNP (1991) “Sistema de Indicadores Sociodemográficos para Colombia, SISD, *Gasto Social Para Construir la Paz*”, Boletín 21., Bogotá, Junio.

DNP (1995) “Avance de la Política Social 1994-1995”, Documento CONPES 2798 - DNP: DEE-UDS-UDA-UIP, Bogotá, agosto.

Estudio OIT, (1998) “Valuación Actuarial de los Regímenes de Seguridad Social contenidos en la Ley 100 de 1993”.

Fundación La Previsora (1987) “El Problema de los Hospitales”, Bogotá.

Giraldo Saavedra, Alberto (1995) “Empresas Solidarias de Salud, Un modelo de participación y concertación social”, Ministerio de Salud y Foro Nacional por Colombia, Bogotá.

Instituto de los Seguros Sociales, Oficina de Planeación e Informática (1991) “Informe Estadístico de 1991”, Bogotá.

ISS – PROFAMILIA (1994) “Encuesta CAP”, Tomo I, Bogotá.

Jaramillo Pérez, Iván (1996) “Evaluación de la Descentralización SMS”, Fescol, Programa Harvard, Bogotá.

Jaramillo Pérez, Iván (1997) “Evaluación del Régimen Subsidiado y la Descentralización en Salud”. Encuesta sobre 130 municipios, realizada por el CIDER – REUNIRSE de la Universidad de los Andes, Bogotá.

Jaramillo Pérez, Iván (1999) “El Futuro de la Salud en Colombia”, Fescol, FES, Corona, Restrepo Barco, Bogotá.

Jaramillo Pérez, Iván (1999) “El Futuro de la Salud en Colombia”, Publicación de Fescol, Corona, FES, Restrepo Barco, 4ta edición, Bogotá.

Jaramillo Pérez, Iván (1999) “Evaluación del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud”, BID, Bogotá.

Jaramillo Pérez, Iván (1999) “Experiencias de extensión de la cobertura de los regímenes de asistencia médica de la seguridad social en México, Ecuador, Costa Rica y Colombia, Estudio De Caso Del Régimen Subsidiado De Salud De Colombia, Ley 100 De 1993”, OIT, Bogotá.

Jaramillo Pérez, Iván -Director- (1997) “Evaluación del régimen subsidiado”, Universidad de los Andes, Programa CIDER – Reunirse, Bogotá¹⁰.

Jaramillo Pérez, Iván, ASSALUD (1999) “Estudio de Caso de una ESE. Coesperanza Boyacá – Colombia”, Iniciativa para la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe, Programa OIT-OPS, Bogotá – Colombia.

Jaramillo Pérez, Iván; Alarcón, Juan Carlos. (1998): “Evaluación de la descentralización y el régimen subsidiado”, Fundaciones Fescol y Corona, Bogotá.

Londoño, Beatriz; Uribe, Juan Pablo; Jaramillo, Iván (1999): “Informe al Banco Mundial, *Descentralización y reforma en los servicios de salud: el caso colombiano*”.

Ministerio de salud (1990): “Reorganización del Sistema Nacional de Salud, Una respuesta al cambio social”, Memoria analítica de la Ley 10/ 90, Bogotá.

Ministerio de salud - DNP (1995): “Salud y Seguridad Social, Informe de Evaluación y Seguimiento”, Documento CONPES 2813, Bogotá.

¹⁰ REUNIRSE es un programa del CIDER de la Universidad de los Andes para el monitoreo de las políticas sociales. Bajo la responsabilidad de la Universidad de los Andes, además cooperan en los estudios y evaluaciones diversos centros de investigación de ocho universidades regionales.

Ministerio de salud - DNP (1995) “Salud y Seguridad Social; informe de seguimiento”. Documento CONPES 2813, Págs.2 y 7.

Ministerio de salud (1998) “*Censo del Recurso Humano y la Dinámica Salarial entre 1994-1998*”. Bogotá.

Ministerio de salud (1999) “Decreto número 1804 de 1999, (Septiembre 14), por el cual se expiden normas sobre el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Ministerio de salud (1999) “Informe de Actividades 1998 – 1999 al Honorable Congreso de la República de Colombia”, Bogotá.

Ministerio de salud y Fundación CIMDER (1998) “Evaluación de Empresas Solidarias de Salud” Informe de Resultados del Análisis de la Gestión de las ESS según las Áreas de Evaluación”; Universidad del Valle, Cali.

Ministerio de salud, Dirección General de Seguridad Social en Salud (1997) “El ABC del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud”, Bogotá.

Ministerio de salud. Dirección de Presupuestación. (1998) “Consolidado Nacional de la cartera de los Hospitales Públicos”. Bogotá.

Molina, CG y otros (1992): “*Gasto Público Social en Salud y Distribución de Subsidios en Colombia*”, Fedesarrollo, Bogotá.

Paredes, Nelsy, Gómez, Conrado –directores- (1998) “El Plan Obligatorio de Salud –POS- Contributivo y Subsidiado, Estudio de Costos”, Bogotá.

Poveda, Aura -Directora- (1998) “Censo del Recurso Humano y Dinámica Salarial del Sector Salud Oficial 1994-1998”, Ministerio de Salud, Bogotá.

Ruiz, Fernando -Director- (1999) “Entorno, aseguramiento y acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia. Seis estudios de caso”, Fundación Corona, Fundación Ford, Cendex, Universidad Javeriana. Bogotá.

Sánchez F. Y Nuñez J. (1999) “La Ley 100/93 sí llegó a las personas de menores ingresos”, en Revista *Vía Salud*, tercer trimestre; pp. 6-12.

Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública (1999) “*Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia*”, Director: Álvaro Cardona, Investigadores: Emmanuel I Nieto L., Ma. Patricia Arbeláez M., Héctor Byron Agudelo, Blanca Miriam Chávez, Adán Montoya, Alejandro Estrada R. Medellín.

Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Héctor Abad Gómez»: “Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia”. Grupo de Investigación: Álvaro Cardona, Emmanuel Nieto L., Ma. Patricia Arbeláez M., Héctor Byron Agudelo, Blanca Miriam Chávez, Adán Montoya, Alejandro Estrada R.

Vargas Jorge Enrique (1997) “Conferencia ASSALUD”, Bogotá, Mayo.

Yepes, Francisco -Director- (1990) “La Salud en Colombia, Estudio Sectorial de Salud”, Ministerio de Salud, Tomos I y II, Bogotá.

Normas citadas.

- Ley 10 de 1990.
- Ley 100 de 1993.
- Ley 60 de 1993.
- Decreto número 1804 de 1999.
- CNSSS, Acuerdo 114 de 1998.
- CNSSS, Acuerdo 84 de 1997.
- CNSSS, Acuerdo 77 de 1997.
- CONPES 2813, Octubre 25 de 1995.