

República de Colombia  
Departamento Nacional de Planeación  
Dirección de Estudios Económicos

---

---

# ARCHIVOS DE ECONOMÍA

---

---

***Evaluación de la descentralización municipal en  
Colombia***

***Evaluación de la descentralización en salud en  
Colombia***

***(Documento elaborado por la Dirección de Desarrollo Territorial del DNP)***

Iván JARAMILLO PEREZ

Documento 170  
3 de Diciembre de 2001

---

La serie ARCHIVOS DE ECONOMIA es un medio de la Dirección de Estudios Económicos, no es un órgano oficial del Departamento Nacional de Planeación. Sus documentos son de carácter provisional, de responsabilidad exclusiva de sus autores y sus contenidos no comprometen a la institución.

# **Evaluación de la descentralización municipal en Colombia**

## **Evaluación de la descentralización en salud en Colombia**

En el marco de la estrategia Profundización de la descentralización se vio la necesidad de adelantar una evaluación integral de la misma. En este sentido la Dirección de Desarrollo Territorial –DDT- del Departamento Nacional de Planeación –DNP-, formuló y puso en marcha el “Proyecto Evaluación de la Descentralización Municipal en Colombia”, con el apoyo del Programa Profundización de la Descentralización en Colombia -PNUD, FONADE y la GTZ.

El presente artículo hace parte de una serie de documentos que prepara la Dirección de Desarrollo Territorial donde se evalúan los sectores de educación, salud, agua potable y saneamiento básico y los componentes de democracia y participación, fiscal, capacidad de gestión y desarrollo institucional, tanto desde el nivel nacional como regional y municipal.

Las opiniones expresadas en el documento son de responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan la posición oficial del Departamento Nacional de Planeación.

# **Evaluación de la descentralización en salud en Colombia**

**Consultor: Iván JARAMILLO PÉREZ**

## **INTRODUCCIÓN**

La Descentralización del Salud en Colombia se inicio con el Decreto 77 de 1987, cuando se entregó 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 Política avaló la perspectiva descentralista 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 y 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 periodo de evaluación la década comprendida entre 1990 y 1999.

## **1. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN EL ESTADO DE SALUD ( 1990 – 2000).**

La salud es un producto multifactorial por lo cual sus cambios no pueden ser explicados mecánicamente por 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 sobrevivencia del menor y de la madre. Cuando la madre ha tenido cuidados prenatales y en el parto, la mortalidad infantil es menor al 15 por mil, en tanto que si no ha tenido ninguno de estos cuidados la mortalidad casi se triplica ( 44 por mil) <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Profamilia, ENDS 2000 Pág. 98.

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

### 1.1 La mortalidad infantil y en la niñez para 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.

<b>CUADRO # 1- 1 MORTALIDAD INFANTIL</b>					
<b>Mortalidad Infantil por cada mil</b>	<b>2000 1995</b>	<b>1995 1990</b>	<b>1990 1985</b>	<b>1985 1980</b>	<b>1980 1975</b>
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 , END 2000, Resultados pag. 96.

Comparando los resultados de las diferentes encuestas ENDS ( ver 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.

<b>CUADRO # 1- 2 MORTALIDAD INFANTIL (Muertes por mil)</b>			
<b>Mortalidad infantil En los diez años antes de la encuesta</b>	<b>ENDS 2000</b>	<b>ENDS 1995</b>	<b>ENDS 1990</b>
Zona Rural	21	28	29
Zona Urbana	31	36	23
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>31</b>	<b>27</b>

Fuente: Profamilia , END 2000, Resultados pag. 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.<sup>2</sup>

## 1.2 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, END 2000, Resultados Págs. 112, 113, 117.  
INS-Minsalud, ENCAPS 1986-89, Págs. 59, 62.

El informe de Profamilia<sup>3</sup> hace notar además que desde 1986 la atención prenatal (tres o más consultas) por profesionales paso 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 ( ver cuadro 1-4) paso de 80.5% en 1986-89 hasta llegar 86.4% en el 2000 con las siguientes especificaciones: los médicos pasaron de atender el 68% de los partos en para llegar al 83% en el 2000 y las enfermeras disminuyeron del 12.6 % al 3.7%, al igual que las comadronas del 13% al 9% y los familiares del 6% al 4%.

De otra parte el 88 por ciento 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. Donde menos colocan la vacuna es en Bogotá (75 por ciento) Y EN Boyacá-Cundinamarca- Meta (84 por ciento). La aplicación de la vacuna antitetánica que es una importante medida preventiva para complicaciones en el parto ha logrado incrementos de 34 puntos ( paso del 54% en 1990 al 88% en el 2000).

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

<sup>3</sup> 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 , END 2000, Resultados Págs. 115.  
INS-Minsalud, ENCAPS 1986-89 , Pag. 62,

### 1.3 Vacunación en el primer año de vida.

Uno de los indicadores mas importante del avance o retroceso de las coberturas en salud es el comportamiento de la vacunación de los niños.

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 por ciento entre los de 48-59 meses, hasta 75 por ciento 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 de carné de vacunación.

El 92 por ciento de los niños de un año recibió la vacuna BCG contra la tuberculosis; la primera dosis de DPT contra la difteria, tos ferina y tétanos la recibió el 93 por ciento; la de polio al nacimiento 65 por ciento y la primera dosis de polio 95 por ciento. 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 por ciento para la DPT y a 63 por ciento para la polio.

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

<b>CUADRO # 1 – 6</b>			
<b>VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS<sup>4</sup></b>			
<b>( Porcentaje)</b>			
	<b>ENDS 2000</b>	<b>ENDS 1995</b>	<b>ENDS 1990</b>
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.

<sup>4</sup> Las vacunas consideradas en la ENDS 2000 son: tuberculosis ( BCG), tos ferina, tétanos y difteria (DPT), Antipolio y Sarampión.

## 2. CAMBIOS INSTITUCIONALES DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

### 2.1 La descentralización formal de los municipios.

La ley 10 de 1990, considerando que los municipios no estaban preparados para manejar el salud, les exigió un conjunto de requisitos administrativos y técnicos antes de autorizarles el giro directo de los recursos del situado fiscal. Posteriormente la ley 60 de 1993 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.

**CUADRO # 2 - 1  
LOS REQUISITOS DE LA CERTIFICACION**

Requisitos cumplidos por los municipios para recibir el situado fiscal en 1999  
**RESPUESTAS**

REQUISITOS CUMPLIDOS	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
<b>j. Creación del Fondo Local de Salud</b>	<b>72%</b>	<b>16%</b>	<b>9%</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>	<b>100%</b>
	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
<b>PROMEDIO</b>	<b>64</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>110</b>
	<b>58%</b>	<b>31%</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>	<b>4%</b>	<b>100%</b>



El cumplimiento de requisitos es acreditado por la nación o por los departamentos. Para 1999 los municipios certificados sumaban 410 sobre un total 1079 en el país, los Distritos certificados eran 4 sobre 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” y 6% parcialmente. En otro 56% de los casos los Alcaldes presiden las Juntas Directivas de los hospitales locales lo cual estaría mostrando un asunción local de las responsabilidades en salud; así mismo el 64% tiene dirección local de salud en operación y el 72% creó el 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
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 certifico pero no esta 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 es solo un proceso técnico – legal sino también es político y en el 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 ha querido otorgar la “certificación” y el 14% manifestó que hay problemas políticos para certificarse, aun mas hay municipios que temen represalias de los departamentos si se certifican tal como lo manifestaron el 8% de los entrevistados y el 6% de municipios ya certificados dice estar sufriendo el castigo con el abandono departamental, o como en el caso del 5% que recibieron la certificación pero no han recibido la red de servicios.

En ocasiones las dificultades para la certificación tienen un componente técnico-financiero: es así que en el 6% de los casos se manifiesta que hay problemas prestacionales para conseguir la certificación; quizás esta razón explique porque el 5% de los municipios no han recibido la red de servicios después de certificarse y aun mas 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 situación contrarias pues hay un 6% de municipios que ya se certificó pero no ha recibido el situado fiscal y al contrario hay un 9% que sin haberse certificado ya recibe el situado fiscal.

Sobre el proceso de “certificación” hay opiniones encontradas y 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.

## **2.2 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 solo en el 23% de los municipios, entre 1993 y 1995 fue prioritaria en el 33% de los casos, para el periodo 1995 – 97 su prioridad llega al 45% y ya para los años 1998 y 1999 formaba parte de la agenda de prioridades locales para el 82 % de los Alcaldes.

En el 64% de los municipios esta constituida una dirección local de salud y solo en el 8% la dirección la asume personalmente el Alcalde. En el 37% de los casos esta creada una Secretaria 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.

<b>CUADRO # 2 – 3</b>	
<b>LA SALUD COMO PRIORIDAD</b>	
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

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 de su integración con el conjunto de políticas locales sociales y ambientales.

<b>CUADRO # 2 - 4</b>	
<b>DIRECCION LOCAL DE SALUD</b>	
<b>ALTERNATIVAS DE DIRECCION</b>	<b>Total</b>
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 esta a cargo de un Departamento Administración	3% 4
La Dirección de Salud esta a cargo de un establecimiento publico.	3% 3
Otra	15% 18
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>
	<b>119</b>

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

<b>CUADRO # 2 – 5 PERFIL DEL DIRECTOR LOCAL DE SALUD</b>	
<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>Total</b>
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 Publica	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
<b>TOTAL</b>	100,00% 122

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

No importa cual sea la figura del organismo directivo el perfil del director de salud es profesional en el 87% de los casos incluso con postgrado en el 25% de los directores. Por lo general son médicos y salubristas y solo 16% son profesionales de otras áreas.

### **2.3 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 mas del 50% de todas competencias ( o responsabilidad sobre los servicios prestados) y en buena parte mas 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 84% de los casos la Inspección, Vigilancia y Control del PAB. No obstante que solo 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 plan de saneamiento ambiental. Actualmente los municipios tienen en promedio 5 funcionarios a cargo del saneamiento y el 86% son empleados municipales. El 61% de las direcciones locales tiene a su cargo la Inspección, Vigilancia y Control del Saneamiento Ambiental aunque solo el 41% manifestó ejecutar directamente las acciones y el 33% expresó que las delegaba en el hospital. Este tipo de delegación ha sido cuestionada puesto que le resta fuerza policiva, financiera y política 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 DIRECCION LOCAL DE SALUD**

FUNCIONES OPCIONALES Y COMPLEMENTARIAS	RESPUESTAS					
	Si	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
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 publica 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 otro 27% de los municipios. La red de puestos y centros de salud dependen 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 a las personas permitió establecer que estaba municipalizada en un 74% para efectos de la consulta externa general y 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 y los partos en un 56% de los casos.

<b>CUADRO # 2 – 7</b>				
<b>GRADO DE MUNICIPALIZACION DE LA RED DE SERVICIOS</b>				
<b>Variación de la responsabilidad sobre los servicios entre 1990 y 1999</b>				
<b>CLASE DE SERVICIO</b>	<b>RED MUNICIPAL</b>		<b>RED DEPARTAMENTAL</b>	
	<b>1.990</b>	<b>1.999</b>	<b>1.990</b>	<b>1.999</b>
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 LOS 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%. Cofinanciaban 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.

## 2.4 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 GESTION DESCENTRALIZADA DE LOS RECURSOS FINANCIEROS**

El municipio recibe y maneja autónomamente :	RESPUESTA				
	Si	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
e. Los recursos de Ecosalud.	66%	19%	10%	5%	100%
	75	21	11	6	113
f. Los recursos de cofinanciación	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 afirman 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 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	
		MCIPIOS	DEPTOS.	Valor \$ en 1999	Estructura
	<b>INGRESOS</b>				
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 CREDITO	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%
	<b>Subtotal</b>			<b>2.158.156.145</b>	
9.	APORTE DEPTO.		100%	240.063.966	8,1%
11.	VENTAS ESE MCIPALES	100%		266.258.943	9,0%
12.	VENTAS ESE DEPTALES		100%	299.201.456	10,1%
	<b>TOTAL</b>	<b>70%</b>	<b>30%</b>	<b>2.963.680.510</b>	<b>100%</b>

\* 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 de atención en salud y buena parte del Régimen Subsidiado de Salud.

Los Departamentos ejecutaban el 30% de los recursos mediante la coadministración 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 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.

## 2.5 La descentralización de los recursos humanos.

Los recursos humanos han sido considerados el componente mas difícil de descentralizar debido a los problemas que presentan los pasivos prestacionales y a los componentes sindical y político que implica su 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 al nación o del departamento y 4% dijeron que solo recibieron personal parcialmente.

La muestra de municipios estudiada indica ( Ver cuadro 4-10) 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 mas 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% siendo que su competencia es tanto o mas municipal que la de los médicos y odontólogos generales.

**CUADRO # 2 – 10**  
**GRADO DE MUNICIPALIZACION 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
MEDICOS GENERALES	74%	88%	26%	12%
ESPECIALISTAS	96%	60%	4%	96%
ODONTÓLOGOS	75%	88%	25%	12%
PROMOTORAS DE SALUD	22%	78%	78%	22%
TECNICOS EN SANEAMIENTO	36%	86%	64%	14%

\* Solo 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% , siendo que la competencia sobre ellos es según 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 ( Ver cuadro F-14).

En cuanto al mando sobre el personal se encontró que el alcalde nombra y remueve todo el personal solo en el 14% de los municipios y en el grupo

mayoritario del 50% de las localidades solo 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; y 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.

## 2.6 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 reciben instituciones y personal de parte de los departamentos.

**CUADRO # 2 – 11**  
**GRADO DE MUNICIPALIZACION 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 esta a cargo plenamente de los municipios en un 47% de ellos, es enteramente departamental en un 17% de los municipios y en 24% coexisten instituciones municipales y departamentales. Específicamente 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 mas los Alcaldes presiden las Juntas Directivas de los hospitales locales en el 56% de los municipios.

Dado que los municipios mas 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. Es así que la contabilización arroja que el 83% de los centros de salud, así como el 58% de los puestos de salud, 1999 estaban en manos de los municipios (Ver cuadro 2-11). Los hospitales locales que son la competencia típica de los municipios, según la ley 10 de 1990, estaban en su poder en un 70% de los casos.

Los hospitales de segundo y tercer nivel que son competencia típica de los departamentos sin embargo están , en los municipios estudiados, a cargo de

las localidades en un 54% y 89% respectivamente, lo cual explicaría en parte porque los municipios reportan que el 65% de sus gastos locales son para los niveles 2 y 3 ( Ver 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 solo 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 solo el 1% como mala.

### 3. RESULTADOS FINANCIEROS DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD:

#### 3.1 Estructura de los ingresos financieros para salud en 1999.

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	MCIPIOS	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 CREDITO	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%
	<b>Subtotal</b>			<b>2.158.156.145</b>	
9.	APORTE DEPTO.		100%	240.063.966	8,1%
11.	VENTAS ESE MCIPALES	100%		266.258.943	9,0%
12.	VENTAS ESE DEPTALES		100%	299.201.456	10,1%
	<b>TOTAL</b>	<b>70%</b>	<b>30%</b>	<b>2.963.680.510</b>	<b>100%</b>

\* Estimado

Del estudio de 37 municipios en promedio que suministraron información financiera <sup>5</sup> se ha podido establecer que las localidades en 1999 financian 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

<sup>5</sup> Para construir la secuencia histórica 1990 – 1999 de la evolución de los recursos se tuvo información de 24 municipios en promedio. Para 1999 algunas cifras resultan de promediar hasta 73 informantes.

se agrega el gasto de los departamentos en la red de primer nivel que aun está a su cargo<sup>6</sup>, así como las ventas de las Empresas Sociales del Estado –ESE<sup>7</sup>- de 1er 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.

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

### **3.2 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 de atención en salud y buena parte del Régimen Subsidiado de Salud. Los Departamentos ejecutaban el 30% de los recursos mediante la coadministración 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 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 ).

### **3.3 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 de 1990, la Constitución de 1991 y la ley 60 de 1993, especialmente por la asignación al sector de recursos de transferencia automática y de aplicación forzosa y finalmente como reflejo del crecimiento económico y 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.

---

<sup>6</sup> Muchos Departamentos manejan aun una red de servicios de primer nivel que no ha sido descentralizada a los municipios después de diez años de expedidas la ley 10 de 1990.

<sup>7</sup> Las Empresas Sociales del Estado son una modalidad jurídica de operación de los Hospitales Públicos creada por la ley 100 de 1993.

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

**CUADRO # 3 – 2**  
**EVOLUCION DE LOS RECURSOS MUNICIPALES DE SALUD (\*)**  
**Precios constantes de 1999**

ETAPAS	PERIODOS	TOTAL	PERCAPITA
ETAPA DE INICIO	A: 1990-1991	328.322.919	7.962
E. DE DESPEGUE	B: 1992-1993	625.105.490	15.160
ETAPA DE AUJE	C: 1994-1997	2.020.524.559	44.820
ETAPA DE CRISIS	D: 1998-1999	1.924.585.960	42.692
ETAPA DE INICIO	A	100%	100%
E. DE DESPEGUE	B / A	190%	190%
ETAPA DE AUJE	C / A	615%	563%
ETAPA DE CRISIS	D / A	586%	536%

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

✓ **Etapa 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, 1990-91, se empezó el proceso de descentralización formal exigido por la ley 10 de 1990<sup>8</sup>, en 1991 se “certificó” un departamento y dos municipios y en 1992 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 gastaban en salud \$ 328.322.919, a precios constantes de 1999 (Ver 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 sobre todo de la inercia de participación

<sup>8</sup> La ley 10 de 1990 en su artículo 19 puso unos requisitos reglamentarios para que los municipios y los departamentos pudieran manejar en forma autónoma el situado fiscal, posteriormente la ley 60 de 1993 incrementó esos requisitos. El decreto reglamentario es el

municipal traída desde el decreto 77/87 y del impacto que pudiera haber tenido la ley 10 de 1990 y la Constitución, esta última aun sin conseguir su desarrollo legal.

<b>CUADRO # 3 - 3</b> <b>EVOLUCION DE LAS TRANSFERENCIAS A LOS MUNICIPIOS</b> A precios Constantes de 1999 – En un Municipio Promedio					
ETAPAS	PERIODOS	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%

✓ **Etapa de despegue ( o ¿estancamiento ?).**

Entre 1992 y 1993 calificada como la etapa de “despegue” el conjunto de los recursos de salud crecen hasta un 190% sobre el nivel del periodo anterior (tomado como base el promedio de 1990 y 1992 = 100%). En esta etapa los recursos que mas crecen son el situado fiscal hasta un 192%, la asignación del IVA-ICN hasta un 154% ( Ver cuadro 3-3) así como el esfuerzo propio y la cofinanciación con el 131% y el 120% respectivamente ( Ver cuadro 3- 4); de otra parte arranca Ecosalud a producir algunos resultados. En esta etapa los recursos disponibles en promedio para salud en los municipios estudiados pasan a valer \$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 se “certificación” de ningún departamento o municipio adicional en este período, hace que esta etapa en lugar de “despegue” pueda ser catalogada de estancamiento en algunos aspectos. Como se vera mas 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.

✓ **Etapa de auge.**

Entre 1994 y 1997 ocurren un conjunto de condiciones favorables: El desarrollo legal de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de 1991, mediante la ley 60 de 1993; su puesta en práctica dentro de un contexto de bonanza económica y fiscal; y el aporte financiero de la ley 100 de 1993 para el

Régimen Subsidiado. Estos hechos permitieron que en el período de cuatro años, 1994 a 1997, el sector salud descentralizado pudiera dar un salto espectacular en su financiación. El conjunto de los recursos crecieron 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 ( Ver cuadro 3-2). Con este promedio se conseguiría el pico mas alto de recursos equivalente incluso al 105% del nivel neto logrado al final de la década en la financiación del sector.

**CUADRO # 3 – 4**  
**EVOLUCION DE LA COFINANCIACION Y ESFUERZO PROPIO MUNICIPIPAL**  
**A precios Constantes de 1999 - En un Municipio Promedio**

ETAPAS	PERIODOS	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. Apareció como nueva fuente los recursos 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 cofinanciación y crédito 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 desde 15 certificados, a mas de 309 con el cumplimiento de requisitos formales. Así mismo diez y seis 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 que ha vivido el país y 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, desde \$ 2.020.524.559 a \$1.924.585.960 y 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 y los recursos del Fosyga solo desde 1999. Como consecuencia el situado fiscal bajo en su índice de crecimiento desde el 285% en el momento de auge al 197% al momento de la crisis, la cofinanciación se redujo a menos de la mitad, al 44% de su nivel anterior, 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 en el 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 paso en el índice de crecimiento desde el 852% en el periodo 1994-97 hasta el 1006% en el periodo 1998-99 superando incluso el nivel logrado en la etapa llamada de auge, así mismo el esfuerzo propio de los municipios creció en el índice desde 170% ( etapa de auge) al 707% (etapa de crisis). La respuesta agregada de los municipios con estas dos fuentes evito 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 periodo de auge a \$1.924 millones en el periodo de crisis ( ver cuadros 3-2, 3-3 y 3-4), lo cual equivale a una pérdida de 5 puntos porcentuales en la financiación global.

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

### ✓ **Balance General 1990-1999.**

Para 1999 los municipios certificados sumaron 410 sobre un total 1079 en el país, los Distritos certificados son 4 sobre 4 y los departamentos certificados

20 sobre 32 en el país. Para el año 2001 se tienen hoy 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 mas 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 ( Ver cuadro 3-2) . Los recursos del Fosyga aparecieron como una fuente nueva que llegó a representar en 1999 el 22% de la estructura financiera de los municipios ( Ver cuadro 3-1).

Lo mas lamentable fue el estancamiento de Ecosalud, la caída de la cofinanciación y el crédito, y la pérdida de importancia relativa del Situado Fiscal. En forma mas reciente desde 1999 es de preocupar la disminución creciente del Fosyga.

### **3.5 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 y promoción y subsidios a la oferta; el otro 65% equivalente a \$ 1,403.899.084 los destinó al régimen subsidiado ( Ver cuadro 14), garantizando de la afiliación de mas de 12.691 personas pobres 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 ( Ver cuadro 3-15).

**CUADRO # 3 – 5**  
**ANALISIS 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	<b>GASTO MUNICIPAL</b>	2.158.156.145	100%
9	EN RED LOCAL	754.257.061	35%
	REGIMEN SUBSIDIADO	1.403.899.084	65%
9	<b>GASTO RED LOCAL</b>	994.321.028	100%
9	GASTO RED MUNICIPAL	754.257.061	76%
9	GASTO RED DEPTAL.	240.063.966	24%
6	<b>GASTO EN SALUD</b>	900.052.141	100%
6	FORZOSA INVERSIÓN	865.215.289	96%
6	LIBRE INVERSIÓN	34.836.852	4%
10	<b>GASTO POR NIVELES</b>	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 cofinanciar 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% era esfuerzo local y el 96% correspondía a recursos de forzosa inversión en salud ( Ver cuadro 3-15). Globalmente, incluyendo todo el gasto en salud de un municipio promedio, el esfuerzo local equivale al 3,4% ( Ver cuadro 3-1) y se ha visto incrementado en el periodo 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 como uno de los hallazgos, un poco difícil de explicar, se encontró 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 para sorpresa el 64% se reportó como asignado a los niveles 2 y 3 ( Ver cuadro 3-15).

Las explicaciones pueden ser de varias clases:

- Los municipios que respondieron positivamente tienen mas 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.

<b>CUADRO # 3 - 6</b>			
<b>ANALISIS DE LA ESTRUCTURA DEL GASTO EN SALUD MUNICIPAL</b>			
Precios de 1999			
Tabla	ASIGNACION DE RECURSOS	PROMEDIO POR MUNICIPIO	
	GASTOS	Valor en \$ en 1999	Estructura %
11	<b>ESE MUNICIPAL N-1</b>		
11	INGRESOS	705.319.978	100%
11	SUBSIDIOS DE OFERTA	439.061.035	62%
11	INGRESOS POR VENTAS	266.258.943	38%
12	<b>ESE DEPARTAMENTAL N-1</b>		
12	INGRESOS	753.498.454	100%
12	SUBSIDIOS DE OFERTA	454.296.999	60%
12	INGRESOS POR VENTAS	299.201.456	40%

### 3.6 La eficiencia en las ESE´s locales.

En las Empresas Sociales del Estado -ESE- del primer nivel que fueron estudiadas (Ver 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 mas 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 solo 7% de ventas al subsidiado y 4% al contributivo pero tienen otro tipo de ventas hasta del 33% de sus ingresos globales.

### 3.7 Estructura Financiera del Régimen Subsidiado.

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

CUADRO # 3 – 7 EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA FINANCIERA DEL REGIMEN SUBSIDIADO Pesos Corrientes								
AÑO	INVERSION 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 .

### 3.8 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 solo 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**

<b>TIPO DE RECURSO</b>	<b>RECAUDO SALUD</b>	<b>APLICACIÓN AL R.S</b>	<b>PARTIC.</b>	<b>NORMA</b>
<b>DEPARTAMENTOS</b>				
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%
<b>MUNICIPIOS</b>				
Participaciones ICN	725.712.027.077	426.637.300.000	58,8%	60%

## **4. RESULTADOS ESTADISTICOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD**

### **4.1 Resultados de la descentralización de la oferta publica de servicios**

En la década 1990 a 1999 la red publica 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 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.

#### **✓ Etapa 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 solo cubría al 36% de la población, la atención de urgencias estaba a su cargo en un 18% y la consulta especializada en un 12%.

#### **✓ Etapa de despegue 1992 – 1993**

Sobre un índice del 100% de las actividades realizadas en la etapa de inicio la primera reacción del despegue en la descentralización fue elevar el nivel de la atención medica y profesional así: el índice la consulta externa creció desde 100 a 159 y la consulta especializada pasó de 100 a 177, pese a la reducción del numero de especialistas de planta; la atención de urgencias se multiplicó por 3 y el índice creció hasta 324; la consulta odontológica mas que se duplicó 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 decreció al 74%, siendo el único indicador negativo.

Habría dos hipótesis explicativas de la disminución en la atención de los partos, la primera sería como consecuencia de la reducción o “fuga” de los especialistas del nivel municipal y la 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.

De otra parte 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 resolutive, 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 permanece no creció y hubo posiblemente 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 resolutive 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 había crecido 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 paso del 177 al 91). No obstante la atención odontológica continuó en expansión pasando en su indicador de crecimiento desde 235 al 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 al 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
PERIODOS	1990-1991	1992-1993	1994-1997	1998-1999
TIPO DE SUBSIDIO PRINCIPAL	SUBSIDIOS DE OFERTA		SUBSIDIOS DE DEMANDA	
	Índice	Índice	Índice	Índice
VACUNACION	100	230	377	467
PREVENCION Y PROMOCION	100	100	116	150
CONSULTA EXTERNA GENERAL	100	159	129	88
CONSULTA ESPECIALIZADA	100	177	91	72
CONSULTA ODONTOLOGICA	100	235	293	251
ATENCION DE LOS PARTOS	100	74	88	84
ATENCION DE URGENCIAS	100	324	330	341
HOSPITALIZACION N-1	100	110	97	88
REFERENCIAS DE PACIENTES	100	1354	1204	502

<b>Incremento de la población 1999 / 1990 = 119%</b>
--

✓ **Etapa 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 mas 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 solo se redujo en un 14%.

Es conveniente acotar que estas reducciones no solo se explican por la crisis económica sino como consecuencia del impacto creciente 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, sabiendo que la población creció 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%, y 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 misma que transfirió parte de la responsabilidad a los municipios de origen o a los departamentos y pesa también la reducción de la natalidad). Para el conjunto de las reducciones en diferentes servicios no es posible saber hasta donde 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.

### 4.2 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 incremento el personal en las labores de Salud Pública.

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

<b>CUADRO # 4 – 2</b>				
<b>RESULTADOS EN LA VINCULACION DE FUNCIONARIOS PUBLICA</b>				
<b>ETAPAS FINANCIERAS</b>	<b>INICIO</b>	<b>DESPEGUE</b>	<b>AUGE</b>	<b>CRISIS</b>
<b>PERIODOS</b>	<b>1990-1991</b>	<b>1992-1993</b>	<b>1994-1997</b>	<b>1998-1999</b>
<b>TIPO DE SUBSIDIO</b>	<b>SUBSIDIOS DE OFERTA</b>		<b>SUBSIDIOS DE DEMANDA</b>	
	Índice	Índice	Índice	Índice
MEDICOS GENERALES	100	91	109	119
ESPECIALISTAS	100	73	75	75
ODONTOLOGOS	100	98	109	120
PROMOTORAS DE SALUD	100	119	114	117
TÉCNICOS SANEAMIENTO	100	104	170	198

No obstante que los recursos financieros crecieron en un 90% en la etapa de despegue 1992-93, la vinculación de personal se redujo (posiblemente solo 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 pues quizás ante la falta de especialistas en el nivel local, cuando estos son necesarios, y el 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 resolutoria 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 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 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 y al contrario 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.

#### **4.3 Resultados a nivel 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%.

<b>CUADRO # 4 - 3</b>				
<b>RESULTADOS EN LA INFRAESTRUCTURA PUBLICA DE SERVICIOS</b>				
<b>ETAPAS FINANCIERAS</b>	<b>INICIO</b>	<b>DESPEGUE</b>	<b>AUGE</b>	<b>CRISIS</b>
<b>PERIODOS</b>	<b>1990-1991</b>	<b>1992-1993</b>	<b>1994-1997</b>	<b>1998-1999</b>
<b>TIPO DE SUBSIDIO PRINCIPAL</b>	<b>SUBSIDIOS DE OFERTA</b>		<b>SUBSIDIOS DE DEMANDA</b>	
	Índice	Índice	Índice	Índice
HOSPITALES NIVEL 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 y crecieron el 11% y el 20% respectivamente. Es de recordar que la población creció en el periodo el 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 manera se concluye que la tendencia fue a un crecimiento levemente mayor de los hospitales de alta complejidad en relación a los de baja complejidad.

#### **4.4 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 (22.2%) atribuida a la creación del Régimen Subsidiado 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. Es así que 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 D ELA DESCENTRALIZACION**

A: 1990-1994	ETAPA DEL SUBSIDIO A LA OFERTA
B: 1995-1997	ETAPA DEL SUBSIDIO A LA DEMANDA
D: 1990-1999	BALANCE GENERAL

El impacto de la ley 100 de 1993 puede resumirse así: El aseguramiento de la población a cargo de las Administradoras del Régimen Subsidiado paso 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 4% adicional, entonces la disminución neta de servicios en la red pública se estima debería haber sido al menos el 20% de los servicios y por ende del personal. En la realidad la sustitución de servicios no fue 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 PUBLICA 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%

#### **4.6 Evaluación de resultados en Salud Pública.**

La salud publica propiamente dicha incluye el conjunto de servicios de impacto colectivo o personal con grandes externalidades y fueron incluidos por la ley 100 de 1993 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 un indicador teniendo en cuenta que las actividades de salud publica toman como base esta red.

En materia de actividades de salud publica 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 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 PUBLICA**  
Estudio en un tipo de municipio promedio

PERIODOS	1990 -1994		1995-1999	
TIPO DE SUBSIDIO PRINCIPAL	SUBSIDIOS DE OFERTA		SUBSIDIOS DE DEMANDA	
COBERTURA DE LOS SERVICIOS	# Unidades	Cobertura	# Unidades	Cobertura
<b>Actividades</b>				
VACUNACION sobre B)	6.270	65%	13.496	132%
PREVENCION Y PROMOCION sobre A)	2.893	31%	3.791	38%
<b>Personal</b>		<b>Personas</b>		<b>Personas</b>
PROMOTORAS DE SALUD	9,2	4.497	10,4	4.335
TÉCNICOS EN SANEAMIENTO	2,5	16.254	5,0	9.107
<b>Infraestructura</b>		<b>Personas</b>		<b>Personas</b>
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
<b>Productividad</b>				
VACUNACION / 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	
<b>A) Población estimada por atender *</b>	<b>41.234</b>		<b>45.081</b>	
<b>B) Menores de 9 años</b>	<b>9.608</b>		<b>10.188</b>	
<b>C) Maternas = Cobertura total</b>	<b>1.072</b>		<b>1.082</b>	

\* 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% (mas 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.

De 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 quinquenio 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 numero de visitas anuales pasando 314 a 365 (una diaria), pero disminuyeron levemente su responsabilidad desde 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 las debieron ampliar levemente de 9.000 personas a 12.000 personas por puesto de salud. No obstante el numero de actividades paso 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.

#### **4.7 Evaluación de la prestación de servicios personales incluidos en POS.**

Los servicios de atención a las personas individualmente considerados, con pocas o nulas externalidades, fueron incluidos por la ley 100 de 1993 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 pobre, y si las personas están afiliadas al régimen contributivo o subsidiado, la red publica recupera su costo mediante los pagos de las ARS.

✓ **El acceso a los servicios.**

El informe de Profamilia <sup>9</sup> 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.

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 ENCAPS 1896 – 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 5.3 % y el 9% de la población total. Entre los motivos es evidente que 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, el 30% por razones administrativas, culturales o de opinión.

<b>CUADRO # 4-7</b>			
<b>CAMBIOS EN LOS MOTIVOS DE NO CONSULTA</b>			
<b>Motivos de no consulta</b>	<b>ENDS 2000</b>	<b>ENH 1992</b>	<b>ENCAPS 1986-89</b>
Falta de dinero - Limitaciones económicas	51.5%	50.5%	64.1%
No lo atendieron	2.8%	3.3%	1.0%
Centro medico 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 medico	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%
<b>Población de referencia</b>	<b>45.291</b>	<b>4.748.366</b>	<b>26.602.269</b>
<b>Enfermos que no consultan</b>	<b>2.386</b>	<b>909.830</b>	<b>4.872.137</b>
<b>Porcentaje que no consulta teniendo necesidad</b>	<b>5.3%</b>	<b>19.2%</b>	<b>18.3%</b>

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

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

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

<sup>9</sup> ENDS 2000 Pág. 112.

#### 4.8 Producción y productividad de los servicios.

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

**CUADRO # 4 – 8  
RESULTADOS DE LA DESCENTRALIZACION EN LA ATENCION AMBULATORIA - RED PUBLICA**

ETAPAS FINANCIERAS	INICIO	DESPEGUE	AUGE	CRISIS
PERIODOS	1990-1991	1992-1993	1994-1997	1998-1999
TIPO DE SUBSIDIO PRINCIPAL	SUBSIDIOS DE OFERTA		SUBSIDIOS DE DEMANDA	
	Índice	Índice	Índice	Índice
<b>Actividades</b>				
CONSULTA EXTERNA GENERAL	100	159	129	88
CONSULTA ESPECIALIZADA	100	177	91	72
CONSULTA ODONTOLOGICA	100	235	293	251
ATENCION DE LOS PARTOS	100	74	88	84
ATENCION DE URGENCIAS	100	324	330	341
REFERENCIAS DE PACIENTES	100	1.354	1.204	502
<b>Personal</b>				
MEDICOS GENERALES	100	91	109	119
ESPECIALISTAS	100	73	75	75
ODONTÓLOGOS	100	98	109	120
<b>Infraestructura</b>				
HOSPITALES NIVEL 1	100	99	100	102
CENTROS DE SALUD	100	88	100	105
PUESTOS DE SALUD	100	95	96	95
<b>Productividad</b>				
CONSULTA GENERAL / MEDICO GENERAL	100%	175%	118%	74%
CONSULTA ESPECIALIZADA / ESPECIALISTA	100%	242%	121%	96%
PARTOS / MEDICOS	100%	90%	96%	87%
URGENCIAS/ MEDICOS	100%	395%	359%	352%
CONSULTA MEDICA POR MEDICO	100%	224%	173%	151%
REFERENCIAS / CONSULTA MEDICA	100%	738%	755%	343%
CTA ODONTOLÓGICA POR ODONTOLOGO	100%	240%	269%	209%
ATENCIONES / HOSPITALES N-1	100%	391%	356%	219%



### ✓ **La consulta medica general.**

En incremento del personal medico 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 periodo 1992-93 caiga progresivamente para terminar en 1998-99 con productividad negativa del – 24%.

Comparando el periodo de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el periodo 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 consulta anuales a solo 3.000.

La cobertura de la red publica de primer nivel cayo de 1.35 consultas por habitante año a 1,12 sin considerar las consultas que fueron asumidas directamente por las ARS y EPS mediante de su red propia o la privada contratada.

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

### ✓ **La consulta medica especializada.**

La disminución del personal medico 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 periodo 1992-93 caiga progresivamente para terminar en 1998-99 con productividad negativa del – 4%.

Comparando el periodo de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el periodo 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 sustitución de un medico por municipio) y las actividades por profesional cayeron desde 1.700 consulta anuales a solo 1.100.

La cobertura de la red publica especializada de primer nivel cayo 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 de consulta especializada significa que: del 44% la población a cargo de la oferta pública y 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. Aun 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 periodo 1990-91 caiga progresivamente para terminar en 1998-99 con productividad negativa del - 13%.

Comparando el periodo de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el periodo 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 desde 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.

En consecuencia el impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la oferta pública de servicios de atención de partos significa que del 44% la población a cargo de la oferta pública y 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 ATENCION AMBULATORIA - RED PUBLICA**  
 Estudio en un tipo de municipio promedio

PERIODOS	1990 -1994		1995-1999	
TIPO DE SUBSIDIO PRINCIPAL	SUBSIDIOS DE OFERTA		SUBSIDIOS DE DEMANDA	
COBERTURA DE LOS SERVICIOS	# Unidades	Cobertura	# Unidades	Cobertura
<b>Actividades</b>				
CONS. EXT. GRAL. s/A-D) (1)	55.965	135,7%	40.236	89,3%
CONS. ESP. s/A-D) (2)	18.960	46,0%	10.904	24,2%
CONS. ODONTO. 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%
<b>Personal</b>		<b>Personas</b>		<b>Personas</b>
MEDICOS GENERALES	9,4	4.387	12,7	3.550
ESPECIALISTAS	10,9	3.783	9,8	4.600
ODONTOLOGOS	3,8	10.851	4,5	10.018
<b>Infraestructura</b>		<b>Personas</b>		<b>Personas</b>
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
<b>Productividad</b>				
CONSULTA GENERAL / MEDICO GENERAL	5.954		3.168	
CONSULTA ESPECIALIZADA /ESPECIALISTA	1.739		1.113	
PARTOS / MEDICOS	53		48	
URGENCIAS/ MEDICOS	505		665	
CONSULTA MEDICA POR MEDICO	4.248		2.985	
CTA ODONTOLÓGICA POR ODONTOLOGO	2.571		2.988	
<b>A) Población Total</b>		<b>41.234</b>		<b>45.081</b>
<b>B) Menores de 9 años</b>		<b>9.608</b>		<b>10.188</b>
<b>C) Maternas = Cob.total</b>		<b>1.072</b>		<b>1.082</b>
<b>D) Red Publica 1995- 1999</b>				<b>35.947</b>
<b>E) Red Privada 1995-1999</b>				<b>9.133</b>

\* 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 los odontólogos y el crecimiento aun mas 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 mas alto en el periodo 1994-97 y luego cayera un poco en 1998-1999 terminando de todas maneras con incrementos netos de productividad del 109%.

Comparando el periodo de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el periodo 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 publica de servicios odontológicos significa que del 44% la población a cargo de la antes de la oferta publica y que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado en promedio toda siguió siendo atendida en la red pública e incluso mejorando en un 33% o 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 los médicos en la planta de personal y el crecimiento aun mas 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 mas alto en el periodo 1992-93; decreciera y en 1998-1999 terminando de todas maneras con incrementos netos de productividad del +252%.

Comparando el periodo de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el periodo 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 publica en la atención de urgencias de primer nivel creció desde el 25% de los habitantes atendidos por año a 33%, sin incluir eventuales urgencias que hubieran podido haber atendido 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 publica de servicios de atención de urgencias significa que del 44% la población a cargo de la antes de la oferta publica y que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado en promedio toda siguió siendo atendida en la red publica e incluso mejorando en un 33% o el grado de utilización de los servicios a los subsidiados o la cobertura incluso de los vinculados.

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

✓ **La atención medica agregada.**

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

No obstante, comparando el periodo de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el periodo de dominio de los subsidios de demanda 1995 – 1999 se observa que para este indicador global que las atenciones medicas 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 medico paso de 4.200 atenciones por año a 2.900.

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

En consecuencia el impacto de la reforma de la seguridad social en salud sobre la oferta publica de servicios ambulatorios significa que del 44% la población a cargo de la oferta publica antes de la reforma y que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado solo el 15% siguió siendo atendido ambulatoriamente en la red publica y el 29% pasó a ser atendido por la red privada o la red propia de las ARS y EPS.

✓ **Evaluación de los servicios hospitalarios.**

<b>CUADRO # 4 - 10</b>		
<b>VARIACIONES EN LAS TASAS DE HOSPITALIZACION</b>		
<b>CONCEPTO</b>	<b>ENCAPS 86-89</b>	<b>ENDS 2000</b>
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, END 2000, Resultados Págs. 193.  
INS-Minsalud, ENCAPS 1986-89, Pág. 79.

Las tasas de hospitalización parecen ser muy inelásticas a los cambios en la red de servicios y en 10 años 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 porque al mejorar la tecnología de diagnóstico y de intervención las acciones médico - hospitalarias se pueden hacer ambulatoriamente sin necesidad de recurrir a la hospitalización.

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 y la hospitalización de nivel – 1 se redujo en un 16% 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 en 16 veces para el periodo señalado pero se estabilizaron en un crecimiento de 5 veces.

#### ✓ **La referencia de pacientes.**

La referencia de pacientes es una actividad típicamente hospitalaria y se supone que cuando el primer nivel no puede resolver un problema de salud entonces refiere al paciente a los niveles superiores. El incremento de las referencias de pacientes puede significar o una mejora en la capacidad de transporte y de pago de los pacientes bien sea directamente o mediante terceros por ejemplo cuando entran a la seguridad social; o bien el incremento de referencias puede significar también falta de capacidad resolutoria en el primer nivel de atención o falta de estímulos económico para resolver los problemas.

Una disminución de la referencia de pacientes puede significar por el contrario mejora en la capacidad resolutoria 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, especialmente los médicos especialistas se reducían. En el periodo 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 estimulo

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 periodo de dominio de los subsidios de oferta 1990 – 1994 con el periodo 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 cayo de 4.1 referencias por habitante año a 3 sin considerar las referencias que fueron asumidas directamente por las ARS y EPS mediante 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 consulta externa general significa que del 44% la población a cargo de la antes de la oferta pública y que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado el 95% siguió siendo referido por la red pública y el 5% pasó a ser referido 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 pero el incremento de otros como la atención de urgencias y las referencias de pacientes; trayendo 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 periodo 1992-93 ha caído progresivamente para terminar en 1998-99 con productividad neta positiva del +150%.

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

La cobertura de la red pública de primer nivel cayo 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 constante 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 significa que del 44% la

población a cargo de la antes de la oferta pública y que entró a ser financiada por los Regímenes Contributivo y Subsidiado solo el 29% siguió siendo atendido en hospitalización nivel -1 en la red pública y el 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 mejoró o la utilización de los subsidiados o se amplió la cobertura a los vinculados en un 33%; finalmente la referencia de pacientes fue sustituida solo en un 5% por las aseguradoras.

**CUADRO # 4 - 11**  
**IMPACTO DE LOS SUBSIDIOS DE DEMANDA EN LA ATENCION HOSPITALARIA - RED PUBLICA**  
 Estudio en un tipo de municipio promedio

PERIODOS	1990 -1994		1995-1999	
TIPO DE SUBSIDIO PRINCIPAL	SUBSIDIOS DE OFERTA		SUBSIDIOS DE DEMANDA	
COBERTURA DE LOS SERVICIOS	# Unidades	Cobertura	# Unidades	Cobertura
<b>Actividades</b>				
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%
HOSPITALIZACION N-1s/A-D)	3.064	7,4%	2.831	6,3%
REFERENCIAS s/A-D)	1.286	3,1%	1.330	3,0%
<b>Personal</b>		<b>Personas</b>		<b>Personas</b>
MEDICOS GENERALES	9,4	4.387	12,7	3.550
ESPECIALISTAS	10,9	3.783	9,8	4.600
<b>Infraestructura</b>		<b>Personas</b>		<b>Personas</b>
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
<b>Productividad</b>				
SERVICIOS HOSPITALARIOS / MEDICOS	772		897	
SERVICIOS HOSPITALARIOS / HOSP. N-1	13.862		17.398	
PARTOS / MEDICOS	53		48	
REFERENCIAS/ MEDICOS	63		59	
REFERENCIAS / SERVICIOS HOSPS..	9%		7%	
<b>A) Población Total</b>		<b>41.234</b>		<b>45.081</b>
<b>B) Menores de 9 años</b>		<b>9.608</b>		<b>10.188</b>
<b>C) Maternas = Cob. total</b>		<b>1.072</b>		<b>1.082</b>
<b>D) Red Publica 1995- 1999</b>				<b>35.947</b>
<b>E) Red Privada 1995-1999</b>				<b>9.133</b>

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

#### 4.9 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 de 1993. 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.

<b>CUADRO # 4 – 12 EVOLUCION DEL REGIMEN SUBSIDIADO</b>						
<b>Año</b>	<b>Afiliados País</b>	<b>Recursos Totales \$</b>	<b>Percápita \$</b>	<b>Cobertura Nacional</b>	<b>Afiliados por Mcipio.</b>	<b>incrementos</b>
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			-	

<b>COBERTURA MUNICIPAL PROMEDIO</b>	<b>6.978</b>	<b>1995-1999</b>
-------------------------------------	--------------	------------------

\* 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 pobres y ejecuta un gasto de mas 1.3 billones de pesos.

## **5. PROBLEMAS Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Área Institucional.**

#### **5.1.1 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 garantizan la mejor gestión administrativa y técnica del sector, en cambio si 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 cofinanciación, 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 la manejar al Régimen Subsidiado autónomamente.

### **5.1.2 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 gastos 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 debe 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 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 pobre 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.

### **5.1.3 Se debe simplificar la estructura legal de las ESE de primer nivel.**

La estructura legal de las Empresas Sociales del Estado se diseño pensando en los Hospitales públicos de segundo y tercer nivel y Para ellos ha resultado 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.

## **5.2 Área Financiera.**

### **5.2.1 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 a los siguientes criterios:

**Primero:** 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 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).

**Segundo:** 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, línea de pobreza, y clasificación socioeconómica para servicios públicos, mientras el SISBEN se aplica equitativamente entre municipios de mayor y menor desarrollo institucional.

### **5.2.2. Estimulo 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 la otra parte como estímulo al esfuerzo local y regional para cofinanciar ese régimen.

Se debe usar parte del Fosyga para estimular la aplicación de todas 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 los documentos los 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 periodo 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, y que sean distintos a los procedentes de la Subcuenta Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

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.

### **5.2.3 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 mas 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 esta 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 ( incluso mas) que antes de la puesta en operación del Régimen Subsidiado y la productividad del personal ha caído en ocasiones mas que 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 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.

#### **5.2.4. 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 con oportunidad 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 y no es posible hacer seguimiento de la ejecución particular de cada municipio.

De otra parte se sabe que 72% de los municipios han creado los Fondos Locales y Distritales de Salud a raíz de la ley 10 de 1990, otro 9% tiene gestiones adelantadas, pero estos fondos no se les 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 y 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, 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 de 1993, 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”.

### **5.2.5 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 y se deben presupuestar por separado, haciendo unidad de caja solo con los recursos de salud. Se propone entonces que el 25% de las participaciones de los municipios y distritos en los ingresos corrientes de la nación asignadas

salud, de 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 3º 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 de 1990, reglamentado mediante el Decreto 1893 de 1994 y el decreto 111 de 1996 o Estatuto Orgánico del presupuesto.

Los giros del FOSYGA que financia el 35% del RS y del situado fiscal que financia el 15% del RS tienen moras en los giros hasta de 270 días, debido a los prerequisites 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 debe entonces eliminar todos los prerequisites para el giro de los recursos del FOSYGA, cuenta de solidaridad, y de 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 establecidos en los artículos 214 y 221 de la ley 100 de 1993, se deberán igualmente 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; y por lo tanto sin exigir previamente el requisito de la “certificación” establecida solo 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 deberá entonces el control previo por el control posterior y exigirá requisitos de información a los municipios solo para incentivar en lo sucesivo a los municipios que hagan esfuerzo propio en la financiación del RS y que sean cumplidos en el pago a las ARS.

### **5.3 Área de Contratación.**

#### **5.3.1 Suprimir los contratos tripartitos para la gestión del Régimen Subsidiado.**

Se ha encontrado que cuando el Régimen Subsidiado esta 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 mas 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 entramamiento local y seccional de los recursos explica porque 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 Control de Régimen Subsidiado, al tiempo que se crear 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.

### **5.3.2 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 periodo 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 de 1990 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.

### **5.3.3. 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 equivalentes 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 3º y 4º 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 irrenunciables 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.

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Alcaldes y Capacidad de Gestión, Reporte de Encuesta, DNP, revista Planeación y Desarrollo, Volumen XXVII, Nro. 3, Julio-septiembre de 1996.
2. Avance de la Política Social 1994-1995, Documento CONPES 2798 - DNP: DEE-UDS-UDA-UIP, Bogotá, Agosto 9 de 1995.
3. Cortés, Ariel y Otros, Estudio Evaluativo del Proceso de Descentralización del Sector Salud en Colombia, Documento preliminar, Ministerio de salud, SMS, Misión Harvard, Fescol, Bogotá mayo de 1996.
4. Censo del Recurso Humano y Dinámica Salarial del Sector Salud Oficial 1994-1998, Ministerio de Salud, Aura Poveda Directora, Bogotá, Julio de 1998.

5. Contraloría General de la República, La descentralización en Colombia: Realidades, Posibilidades, Agenda, Tomo I, Bogotá, Julio de 1994.
6. El Plan Obligatorio de Salud –POS- Contributivo y Subsidiado, Estudio de Costos, Dirigido por Nelsy Paredes y Conrado Gómez. Bogotá ,Marzo de 1988.
7. El Problema de los Hospitales, Naturaleza Jurídica y Régimen Prestacional, en Barco Virgilio, Así estamos cumpliendo, Tomo X ,Análisis y evaluación de la situación, La Previsora S.A.
8. Estudio OIT ,Valuación Actuarial de los Regímenes de Seguridad Social contenidos en la ley 100 de 1993. Marzo de 1998.
9. Evaluación del Régimen Subsidiado y la Descentralización en Salud. Encuesta sobre 130 municipios, realizada por el CIDER – REUNIRSE de la Universidad de los Andes bajo la Dirección de Iván Jaramillo Pérez, Bogotá Agosto de 1997.
10. Jaramillo Pérez, Iván, El Futuro de la Salud en Colombia, Fescol, FES, Corona, Restrepo Barco, Bogotá, Enero de 1999.
11. Jaramillo Pérez, Iván. Evaluación de la Descentralización SMS, Fescol, Programa Harvard, Bogotá 1996.
12. La Salud en Colombia, Estudio Sectorial de Salud, Ministerio de Salud, Tomos I y II ,Director Francisco Yepes, Bogotá 1990.
13. Salud y Seguridad Social, Informe de Evaluación y Seguimiento, Documento CONPES 2813-Ministerio de Salud - DNP, Bogotá, Octubre 25 de 1995.
14. Salud y Seguridad Social; informe de seguimiento. Documento CONPES 2813-Ministerio de Salud - DNP, Bogotá, Oct. 25 de 1995,Págs.2 y 7.
15. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, FACULTAD NACIONAL DE SALUD PUBLICA,"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.
16. El Problema de los Hospitales, Fundación La Previsora, Bogotá 1987.
17. Vargas Jorge Enrique, Conferencia, ASSALUD, Bogotá, Mayo de 1997.
18. Reorganización del Sistema Nacional de Salud, Una respuesta al cambio social, Memoria analítica de la ley 10 de 1990,Bogotá Octubre de 1990.
19. Alvarado Santander, Eduardo, "*El Régimen Subsidiado de Salud*", Fundación Creer, Bogotá, Marzo de 1998.
20. Banco de la República. Indicadores del Sector Publico no Financiero 1987-1995.Consolidados, Subgerencia de Estudios Económicos, Bogotá 1996.
21. Céspedes Londoño, Juan Eduardo, Director, Universidad Javeriana, Convenio UJ - Redinssa, "*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*". Reporte preliminar, Bogotá 1999.
22. Departamento Nacional de Estadística DANE, *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*, ENCV, segundo semestre de 1997.

23. Departamento Nacional de Planeación, DNP, Sistema de Indicadores Sociodemográficos para Colombia, SISD, *Gasto Social Para Construir la Paz*, Boletín 21., Bogotá, Junio de 1999.
24. DANE, *Encuesta Nacional de Hogares*, ENH, Diciembre de 1996.
25. Instituto de los Seguros Sociales, Oficina de Planeación e Informática: *"Informe Estadístico de 1991"*; Abril de 1991.
26. ISS - Profamilia, *"Encuesta CAP"*, Tomo I, Bogotá Julio de 1994.
27. Fundación Corona, Fundación Ford, *"Entorno, Aseguramiento y Acceso en el Régimen Subsidiado en Colombia, Seis estudios de Caso"*, Director Fernando Ruiz, Cendex, Universidad Javeriana. Bogotá, Agosto de 1999.
28. Giraldo Saavedra, Alberto *"Empresas Solidarias de Salud, Un modelo de participación y concertación social"*, Ministerio de Salud y Foro Nacional por Colombia, Bogotá 1995.
29. Jaramillo Pérez Iván, Director del proyecto de: *"Evaluación del régimen subsidiado"*, Universidad de los Andes, Programa CIDER – Reunirse, Agosto a Octubre de 1997. 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, cooperan además en los estudios y evaluaciones diversos Centros de Investigación de ocho Universidades Regionales.
30. Jaramillo Pérez, Iván; Alarcón, Juan Carlos. *"Evaluación de la descentralización y el régimen subsidiado"*, Fundaciones Fescol y Corona, Bogotá 1998.
31. Jaramillo Pérez, Iván, *"Evaluación del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud"*, BID, Bogotá, marzo de 1999.
32. Jaramillo Pérez, Iván, *El Futuro de la Salud en Colombia*, Publicación de Fescol, Corona, FES, Restrepo Barco, 4ta edición, Bogotá, Enero de 1999.
33. Jaramillo Pérez, Iván, ASSALUD, *"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, Santafé de Bogotá – Colombia, Noviembre 1999.
34. Jaramillo Pérez, Iván, *"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, Diciembre de 1999.
35. Londoño, Beatriz; Uribe, Juan Pablo; Jaramillo, Iván Informe al Banco Mundial, *"Descentralización y reforma en los servicios de salud, el caso colombiano"*, Diciembre de 1999.
36. Ministerio de Salud, Dirección General de Seguridad Social en Salud *"El ABC del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud"*, Bogotá, 1997.
37. Ministerio de Salud y Fundación CIMDER, Universidad del Valle, *"Evaluación de Empresas Solidarias de Salud"* Informe de Resultados del Análisis de la Gestión de las ESS según las Áreas de Evaluación"; Cali, Julio de 1998.
38. Ministerio de Salud, *"Censo del Recurso Humano y la Dinámica Salarial entre 1994-1998"*. Bogotá, 1998.

39. Ministerio de Salud. Dirección de Presupuestación. Consolidado Nacional de la cartera de los Hospitales Públicos. Santafé de Bogotá, noviembre de 1998.
40. Ministerio de Salud, “*Informe de Actividades 1998 – 1999 al Honorable Congreso de la República de Colombia*”; Bogotá, Julio de 1999.
41. Ministerio de salud, 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.
42. Molina, CG y otros: “*Gasto Público Social en Salud y Distribución de Subsidios en Colombia*”, Fedesarrollo, 1992.
43. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, “*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 1999.
44. Sánchez F. y Nuñez J . “*La Ley 100/93 Sí Llegó a las Personas de Menores Ingresos*”, en la Revista Vía Salud, tercer trimestre de 1999; pp. 6-12.

#### **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.

---



---

ARCHIVOS DE ECONOMIA

---



---

No	Título	Autores	Fecha
1	La coyuntura económica en Colombia y Venezuela	Andrés Langebaek Patricia Delgado Fernando Mesa Parra	Octubre 1992
2	La tasa de cambio y el comercio colombo-venezolano	Fernando Mesa Parra Andrés Langebaek	Noviembre 1992
3	¿Las mayores exportaciones colombianas de café redujeron el precio externo?	Carlos Esteban Posada Andrés Langebaek	Noviembre 1992
4	El déficit público: una perspectiva macroeconómica	Jorge Enrique Restrepo Juan Pablo Zárate Carlos Esteban Posada	Noviembre 1992
5	El costo de uso del capital en Colombia	Mauricio Olivera	Diciembre 1992
6	Colombia y los flujos de capital privado a América Latina	Andrés Langebaek	Febrero 1993
7	Infraestructura física. “Clubs de convergencia” y crecimiento económico	José Dario Uribe	Febrero 1993
8	El costo de uso del capital: una nueva estimación (Revisión)	Mauricio Olivera	Marzo 1993
9	Dos modelos de transporte de carga por carretera	Carlos Esteban Posada Edgar Trujillo Ciro Alvaro Concha Juan Carlos Elorza	Marzo 1993
10	La determinación del precio interno del café en un modelo de optimización intertemporal	Carlos Felipe Jaramillo Carlos Esteban Posada Edgar Trujillo	Abril 1993
11	El encaje óptimo	Edgar Trujillo Ciro Carlos Esteban Posada	Mayo 1993
12	Crecimiento económico, “Capital humano” y educación: la teoría y el caso colombiano posterior a 1945	Carlos Esteban Posada	Junio 1993
13	Estimación del PIB trimestral según los componentes del gasto	Rafael Cubillos Fanny Mercedes Valderrama	Junio 1993
14	Diferencial de tasas de interés y flujos de capital en Colombia (1980-1993)	Andrés Langebaek	Agosto 1993
15	Empleo y capital en Colombia: nuevas estimaciones (1950-1992)	Adriana Barrios Marta Luz Henao Carlos Esteban Posada Fanny Mercedes Valderrama Diego Mauricio Vásquez	Septiembre 1993

---



---

ARCHIVOS DE ECONOMIA

---

No	Título	Autores	Fecha
16	Productividad, crecimiento y ciclos en la economía colombiana (1967-1992)	Carlos Esteban Posada	Septiembre 1993
17	Crecimiento económico y apertura en Chile y México y perspectivas para Colombia	Fernando Mesa Parra	Septiembre 1993
18	El papel del capital público en la producción, inversión y el crecimiento económico en Colombia	Fabio Sánchez Torres	Octubre 1993
19	Tasa de cambio real y tasa de cambio de equilibrio	Andrés Langebaek	Octubre 1993
20	La evolución económica reciente: dos interpretaciones alternativas	Carlos Esteban Posada	Noviembre 1993
21	El papel de gasto público y su financiación en la coyuntura actual: algunas implicaciones complementarias	Alvaro Zarta Avila	Diciembre 1993
22	Inversión extranjera y crecimiento económico	Alejandro Gaviria Javier Alberto Gutiérrez	Diciembre 1993
23	Inflación y crecimiento en Colombia	Alejandro Gaviria Carlos Esteban Posada	Febrero 1994
24	Exportaciones y crecimiento en Colombia	Fernando Mesa Parra	Febrero 1994
25	Experimento con la vieja y la nueva teoría del crecimiento económico (¿porqué crece tan rápido China?)	Carlos Esteban Posada	Febrero 1994
26	Modelos económicos de criminalidad y la posibilidad de una dinámica prolongada	Carlos Esteban Posada	Abril 1994
27	Regímenes cambiarios, política macroeconómica y flujos de capital en Colombia	Carlos Esteban Posada	Abril 1994
28	Comercio intraindustrial: el caso colombiano	Carlos Pombo	Abril 1994
29	Efectos de una bonanza petrolera a la luz de un modelo de optimización intertemporal	Hernando Zuleta Juan Pablo Arango	Mayo 1994
30	Crecimiento económico y productividad en Colombia: una perspectiva de largo plazo (1957-1994)	Sergio Clavijo	Junio 1994
31	Inflación o desempleo: ¿Acaso hay escogencia en Colombia?	Sergio Clavijo	Agosto 1994

---



---

ARCHIVOS DE ECONOMIA

---

No	Título	Autores	Fecha
32	La distribución del ingreso y el sistema financiero	Edgar Trujillo Ciro	Agosto 1994
33	La trinidad económica imposible en Colombia: estabilidad cambiaria, independencia monetaria y flujos de capital libres	Sergio Clavijo	Agosto 1994
34	¿'Déjà vu?: tasa de cambio, deuda externa y esfuerzo exportador en Colombia.	Sergio Clavijo	Mayo 1995
35	La crítica de Lucas y la inversión en Colombia: nueva evidencia	Mauricio Cárdenas Mauricio Olivera	Septiembre 1995
36	Tasa de Cambio y ajuste del sector externo en Colombia	Fernando Mesa Parra Dairo Estrada	Septiembre 1995
37	Análisis de la evolución y composición del Sector Público	Mauricio Olivera G. Manuel Fernando Castro Q. Fabio Sánchez T.	Septiembre 1995
38	Incidencia distributiva del IVA en un modelo del ciclo de vida	Juan Carlos Parra Osorio Fabio José Sánchez T.	Octubre 1995
39	Por qué los niños pobres no van a la escuela? (Determinantes de la asistencia escolar en Colombia)	Fabio Sánchez Torres Jairo Augusto Núñez M.	Noviembre 1995
40	Matriz de Contabilidad Social 1992	Fanny M. Valderrama Javier Alberto Gutiérrez	Diciembre 1995
41	Multiplicadores de Contabilidad Derivados de la Matriz de Contabilidad Social	Javier Alberto Gutiérrez Fanny M. Valderrama G.	Enero 1996
42	El ciclo de referencia de la economía colombiana	Martin Maurer María Camila Uribe S.	Febrero 1996
43	Impacto de las transferencias intergubernamentales en la distribución interpersonal del ingreso en Colombia	Juan Carlos Parra Osorio	Marzo 1996
44	Auge y colapso del ahorro empresarial en Colombia 1983-1994	Fabio Sánchez Torres Guillermo Murcia Guzmán Carlos Oliva Neira	Abril 1996
45	Evolución y comportamiento del gasto público en Colombia 1950-1994	Cielo María Numpaque Ligia Rodríguez Cuestas	Mayo 1996
46	Los efectos no considerados de la apertura económica en el mercado laboral industrial	Fernando Mesa Parra Javier Alberto Gutiérrez	Mayo 1996
47	Un modelo de Financiamiento óptimo de un aumento permanente en el gasto público: Una ilustración con el caso colombiano.	Alvaro Zarta Avila	Junio 1996



---



---

ARCHIVOS DE ECONOMIA

---

No	Título	Autores	Fecha
48	Estadísticas descriptivas del mercado laboral masculino y femenino en Colombia: 1976 -1995	Rocío Ribero M. Carmen Juliana García B.	Agosto 1996
49	Un sistema de indicadores líderes para Colombia	Martín Maurer María Camila Uribe Javier Birchenall	Agosto 1996
50	Evolución y determinantes de la productividad en Colombia: Un análisis global y sectorial	Fabio Sánchez Torres Jorge Iván Rodríguez Jairo Núñez Méndez	Agosto 1996
51	Gobernabilidad y Finanzas Públicas en Colombia	César A. Caballero R	Noviembre 1996
52	Tasas Marginales Efectivas de Tributación en Colombia	Mauricio Olivera G.	Noviembre 1996
53	Un modelo keynesiano para la economía colombiana	Fabio José Sánchez T. Clara Elena Parra	Febrero 1997
54	Trimestralización del Producto Interno Bruto por el lado de la oferta.	Fanny M. Valderrama	Febrero 1997
55	Poder de mercado, economías de escala, complementariedades intersectoriales y crecimiento de la productividad en la industria colombiana.	Juán Mauricio Ramírez	Marzo 1997
56	Estimación y calibración de sistemas flexibles de gasto.	Orlando Gracia Gustavo Hernández	Abril 1997
57	Mecanismos de ahorro e Inversión en las Empresas Públicas Colombianas: 1985-1994	Fabio Sánchez Torres Guillermo Murcia G.	Mayo 1997
58	Capital Flows, Savings and investment in Colombia 1990-1996	José Antonio Ocampo G. Camilo Ernesto Tovar M.	Mayo 1997
59	Un Modelo de Equilibrio General Computable con Competencia imperfecta para Colombia	Juan Pablo Arango Orlando Gracia Gustavo Hernández Juan Mauricio Ramírez	Junio 1997
60	El cálculo del PIB Potencial en Colombia	Javier A. Birchenall J.	Julio 1997
61	Determinantes del Ahorro de los hogares. Explicación de su caída en los noventa.	Alberto Castañeda C. Gabriel Piraquive G.	Julio 1997
62	Los ingresos laborales de hombres y mujeres en Colombia: 1976-1995	Rocío Ribero Claudia Meza	Agosto 1997

---



---

ARCHIVOS DE ECONOMIA

---

No	Título	Autores	Fecha
63	Determinantes de la participación laboral de hombres y mujeres en Colombia: 1976-1995	Rocío Ribero Claudia Meza	Agosto 1997
64	Inversión bajo incertidumbre en la Industria Colombiana: 1985-1995	Javier A. Birchenall	Agosto 1997
65	Modelo IS-LM para Colombia. Relaciones de largo plazo y fluctuaciones económicas.	Jorge Enrique Restrepo	Agosto 1997
66	Correcciones a los Ingresos de las Encuestas de hogares y distribución del Ingreso Urbano en Colombia.	Jairo A. Núñez Méndez Jaime A. Jiménez Castro	Septiembre 1997
67	Ahorro, Inversión y Transferencias en las Entidades Territoriales Colombianas	Fabio Sánchez Torres Mauricio Olivera G. Giovanni Cortés S.	Octubre 1997
68	Efectos de la Tasa de cambio real sobre la Inversión industrial en un Modelo de transferencia de precios	Fernando Mesa Parra Leyla Marcela Salguero Fabio Sánchez Torres	Octubre 1997
69	Convergencia Regional: Una revisión del caso Colombiano.	Javier A. Birchenall Guillermo E. Murcia G.	Octubre 1997
70	Income distribution, human capital and economic growth in Colombia.	Javier A. Birchenall	Octubre 1997
71	Evolución y determinantes del Ahorro del Gobierno Central.	Fabio Sánchez Torres Ma. Victoria Angulo	Noviembre 1997
72	Macroeconomic Performance and Inequality in Colombia: 1976-1996	Raquel Bernal Mauricio Cárdenas Jairo Núñez Méndez Fabio Sánchez Torres	Diciembre 1997
73	Liberación comercial y salarios en Colombia: 1976-1994	Donald Robbins	Enero 1998
74	Educación y salarios relativos en Colombia: 1976-1995 Determinantes, evolución e implicaciones para la distribución del Ingreso	Jairo Núñez Méndez Fabio Sánchez Torres	Enero 1998
75	La tasa de interés "óptima"	Carlos Esteban Posada Edgar Trujillo Ciro	Febrero 1998
76	Los costos económicos de la criminalidad y la violencia en Colombia: 1991-1996	Edgar Trujillo Ciro Martha Elena Badel	Marzo 1998
77	Elasticidades Precio y Sustitución para la Industria Colombiana	Juán Pablo Arango Orlando Gracia Gustavo Hernández	Marzo 1998

---



---

ARCHIVOS DE ECONOMIA

---

No	Título	Autores	Fecha
78	Flujos Internacionales de Capital en Colombia: Un enfoque de Portafolio	Ricardo Rocha García Fernando Mesa Parra	Marzo 1998
79	Macroeconomía, ajuste estructural y equidad en Colombia: 1978-1996	José Antonio Ocampo María José Pérez Camilo Ernesto Tovar Francisco Javier Lasso	Marzo 1998
80	La Curva de Salarios para Colombia. Una Estimación de las Relaciones entre el Desempleo, la Inflación y los Ingresos Laborales, 1984- 1996.	Fabio Sánchez Torres Jairo Núñez Méndez	Marzo 1998
81	Participación, Desempleo y Mercados Laborales en Colombia	Jaime Tenjo G. Rocio Ribero M.	Abril 1998
82	Reformas comerciales, márgenes de beneficio y productividad en la industria colombiana	Juán Pablo Arango Orlando Gracia Gustavo Hernández Juán Mauricio Ramírez	Abril 1998
83	Capital y Crecimiento Económico en un Modelo Dinámico: Una presentación de la dinámica Transicional para los casos de EEUU y Colombia	Alvaro Zarta Avila	Mayo 1998.
84	Determinantes de la Inversión en Colombia: Evidencia sobre el capital humano y la violencia.	Clara Helena Parra	Junio 1998.
85	Mujeres en sus casas: Un recuento de la población Femenina económicamente activa	Piedad Urdinola Contreras	Junio 1998.
86	Descomposición de la desigualdad del Ingreso laboral Urbano en Colombia: 1976-1997	Fabio Sánchez Torres Jairo Núñez Méndez	Junio 1998.
87	El tamaño del Estado Colombiano Indicadores y tendencias 1976-1997	Angela Cordi Galat	Junio 1998.
88	Elasticidades de sustitución de las importaciones Para la economía colombiana.	Gustavo Hernández	Junio 1998.
89	La tasa natural de desempleo en Colombia	Martha Luz Henao Norberto Rojas	Junio 1998.
90	The role of shocks in the colombian economy	Ana María Menéndez	Julio 1998.
91	The determinants of Human Capital Accumulation in Colombia, with implications for Trade and Growth Theory	Donald J. Robbins	Julio 1998.
92	Estimaciones de funciones de demanda de trabajo dinámicas para la economía colombiana, 1980-1996	Alejandro Vivas Benítez Stefano Farné Dagoberto Urbano	Julio 1998.
93	Análisis de las relaciones entre violencia y equidad	Alfredo Sarmiento Lida Marina Becerra	Agosto 1998.

---



---

ARCHIVOS DE ECONOMIA

---

No	Título	Autores	Fecha
94	Evaluación teórica y empírica de las exportaciones no tradicionales en Colombia	Fernando Mesa Parra María Isabel Cock Angela Patricia Jiménez	Agosto 1998.
95	Valoración económica del empleo doméstico femenino no remunerado, en Colombia, 1978-1993	Piedad Urdinola Contreras	Agosto 1998.
96	Eficiencia en el Gasto Público de Educación.	María Camila Uribe	Agosto 1998.
97	El desempleo en Colombia: tasa natural, desempleo cíclico y estructural y la duración del desempleo. 1976-1998.	Jairo Núñez M. Raquel Bernal S.	Septiembre 1998.
98	Productividad y retornos sociales del Capital humano: Microfundamentos y evidencia para Colombia.	Francisco A. González R. Carolina Guzmán R. Angela L. Pachón G.	Noviembre 1998.
99	Reglas monetarias en Colombia y Chile	Jorge E. Restrepo L.	Enero 1999.
100	Inflation Target Zone: The Case of Colombia 1973-1994	Jorge E. Restrepo L.	Febrero 1999.
101	¿ Es creíble la Política Cambiaria en Colombia?	Carolina Hoyos V.	Marzo 1999.
102	La Curva de Phillips, la Crítica de Lucas y la persistencia de la inflación en Colombia	Javier A. Birchenall	Abril 1999.
103	Un modelo macroeconómico para la economía Colombiana	Javier A. Birchenall Juan Daniel Oviedo	Abril 1999.
104	Una revisión de la literatura teórica y la experiencia Internacional en regulación	Marcela Eslava Mejía	Abril 1999.
105	El transporte terrestre de carga en Colombia Documento para el Taller de Regulación.	Marcela Eslava Mejía Eleonora Lozano Rodríguez	Abril 1999.
106	Notas de Economía Monetaria. (Primera Parte)	Juan Carlos Echeverry G.	Abril 1999.
107	Ejercicios de Causalidad y Exogeneidad para Ingresos salariales nominales públicos y privados Colombianos (1976-1997).	Mauricio Bussolo Orlando Gracia Camilo Zea	Mayo 1999.
108	Real Exchange Rate Swings and Export Behavior: Explaining the Robustness of Chilean Exports.	Felipe Illanes	Mayo 1999.
109	Segregación laboral en las 7 principales ciudades del país.	Piedad Urdinola	Mayo 1999.
110	Estimaciones trimestrales de la línea de pobreza y sus relaciones con el desempeño macroeconómico Colombiano. (1977-1997)	Jairo Núñez Méndez Fabio José Sánchez T.	Mayo 1999
111	Costos de la corrupción en Colombia.	Marta Elena Badel	Mayo 1999

---



---

ARCHIVOS DE ECONOMIA

---

No	Título	Autores	Fecha
112	Relevancia de la dinámica transicional para el crecimiento de largo plazo: Efectos sobre las tasas de interés real, la productividad marginal y la estructura de la producción para los casos de EEUU y Colombia..	Alvaro Zarta	Junio 1999
113	La recesión actual en Colombia: Flujos, Balances y Política anticíclica	Juan Carlos Echeverry	Junio 1999
114	Monetary Rules in a Small Open Economy	Jorge E. Restrepo L.	Junio 1999
115	El Balance del Sector Público y la Sostenibilidad Fiscal en Colombia	Juan Carlos Echeverry Gabriel Piraquive Natalia Salazar Ma. Victoria Angulo Gustavo Hernández Cielo Ma. Numpaqué Israel Fainboim Carlos Jorge Rodriguez	Junio 1999
116	Crisis y recuperación de las Finanzas Públicas. Lecciones de América Latina para el caso colombiano.	Marcela Eslava Mejía	Julio 1999
117	Complementariedades Factoriales y Cambio Técnico en la Industria Colombiana.	Gustavo Hernández Juan Mauricio Ramírez	Julio 1999
118	¿Hay un estancamiento en la oferta de crédito?	Juan Carlos Echeverry Natalia Salazar	Julio 1999
119	Income distribution and macroeconomics in Colombia.	Javier A. Birchenall J.	Julio 1999.
120	Transporte carretero de carga. Taller de regulación. DNP-UMACRO. Informe final.	Juan Carlos Echeverry G. Marcela Eslava Mejía Eleonora Lozano Rodriguez	Agosto 1999.
121	¿ Se cumplen las verdades nacionales a nivel regional? Primera aproximación a la construcción de matrices de contabilidad social regionales en Colombia.	Nelly. Angela Cordi Galat	Agosto 1999.
122	El capital social en Colombia. La medición nacional con el BARCAS Separata N° 1 de 5	John SUDARSKY	Octubre 1999.
123	El capital social en Colombia. La medición nacional con el BARCAS Separata N° 2 de 5	John SUDARSKY	Octubre 1999.
124	El capital social en Colombia. La medición nacional con el BARCAS Separata N° 3 de 5	John SUDARSKY	Octubre 1999.
125	El capital social en Colombia. La medición nacional con el BARCAS Separata N° 4 de 5	John SUDARSKY	Octubre 1999.

---



---

ARCHIVOS DE ECONOMIA

---

No	Título	Autores	Fecha
126	El capital social en Colombia. La medición nacional con el BARCAS Separata N° 5 de 5	John SUDARSKY	Octubre 1999.
127	The Liquidity Effect in Colombia	Jorge E. Restrepo	Noviembre 1999.
128	Upac: Evolución y crisis de un modelo de desarrollo.	Juan C Echeverry Orlando Gracia B. Piedad Urdinola	Diciembre 1999.
129	Confronting fiscal imbalances via intertemporal Economics, politics and justice: the case of Colombia	Juan C Echeverry Verónica Navas-Ospina	Diciembre 1999.
130	La tasa de interés en la coyuntura reciente en Colombia.	Jorge Enrique Restrepo Edgar Trujillo Ciro	Diciembre 1999.
131	Los ciclos económicos en Colombia. Evidencia Empírica (1977-1998)	Jorge Enrique Restrepo José Daniel Reyes Peña	Enero 2000.
132	Colombia's natural trade partners and its bilateral Trade performance: Evidence from 1960 to 1996	Hernán Eduardo Vallejo	Enero 2000.
133	Los derechos constitucionales de prestación y sus Implicaciones económico- políticas. Los casos del derecho a la salud y de los derechos de los reclusos	Luis Carlos Sotelo	Febrero 2000.
134	La reactivación productiva del sector privado colombiano (Documento elaborado para el BID)	Luis Alberto Zuleta	Marzo 2000.
135	Geography and Economic Development: A Municipal Approach for Colombia.	Fabio José Sánchez T. Jairo Núñez Méndez	Marzo 2000.
136	La evaluación de resultados en la modernización del Estado en América Latina. Restricciones y Estrategia para su desarrollo.	Eduardo Wiesner Durán	Abril 2000.
137	La regulación de precios del transporte de carga por Carretera en Colombia.	Marcela Eslava Mejía	Abril 2000.
138	El conflicto armado en Colombia. Una aproximación a la teoría de juegos.	Yuri Gorbaneff Flavio Jácome	Julio 2000.
139	Determinación del consumo básico de agua potable subsidiario en Colombia.	Juan Carlos Junca Salas	Noviembre 2000.
140	Incidencia fiscal de los incentivos tributarios	Juan Ricardo Ortega Gabriel Armando Piraquive Gustavo Adolfo Hernández Carolina Soto Losada Sergio Iván Prada Juan Mauricio Ramirez	Noviembre 2000.

---



---

ARCHIVOS DE ECONOMIA

---

No	Título	Autores	Fecha
141	Exenciones tributarias: Costo fiscal y análisis de incidencia	Gustavo A. Hernández Carolina Soto Losada Sergio Iván Prada Juan Mauricio Ramírez	Diciembre 2000
142	La contabilidad del crecimiento, las dinámicas transicionales y el largo plazo: Una comparación internacional de 46 países y una presentación de casos de economías tipo: EEUU, Corea del Sur y Colombia.	Alvaro Zarta Avila	Febrero 2001
143	¿Nos parecemos al resto del mundo? El Conflicto colombiano en el contexto internacional.	Juan Carlos Echeverry G. Natalia Salazar Ferro Verónica Navas Ospina	Febrero 2001
144	Inconstitucionalidad del Plan Nacional de Desarrollo: causas, efectos y alternativas.	Luis Edmundo Suárez S. Diego Mauricio Avila A.	Marzo 2001
145	La afiliación a la salud y los efectos redistributivos de los subsidios a la demanda.	Hernando Moreno G.	Abril 2001
146	La participación laboral: ¿qué ha pasado y qué podemos esperar?	Mauricio Santamaría S. Norberto Rojas Delgadillo	Abril 2001
147	Análisis de las importaciones agropecuarias en la década de los Noventa.	Gustavo Hernández Juan Ricardo Perilla	Mayo 2001
148	Impacto económico del programa de Desarrollo alternativo del Plan Colombia	Gustavo A. Hernández Sergio Iván Prada Juan Mauricio Ramírez	Mayo 2001
149	Análisis de la presupuestación de la inversión de la Nación.	Ulpiano Ayala Oramas	Mayo 2001
150	DNPENSION: Un modelo de simulación para estimar el costo fiscal del sistema pensional colombiano.	Juan Carlos Parra Osorio	Mayo 2001
151	La oferta de combustible de Venezuela en la frontera con Colombia: una aproximación a su cuantificación	Hernando Moreno G.	Junio 2001
152	Shocks fiscales y términos de intercambio en el caso colombiano.	Ómer ÖZAK MUÑOZ.	Julio 2001
153	Demanda por importaciones en Colombia: Una estimación.	Igor Esteban Zuccardi	Julio 2001
154	Elementos para mejorar la adaptabilidad del mercado laboral colombiano.	Mauricio Santa María S. Norberto Rojas Delgadillo	Agosto 2001
155	¿Qué tan poderosas son las aerolíneas colombianas? Estimación de poder de mercado de las rutas colombianas.	Ximena Peña Parga	Agosto 2001

---



---

ARCHIVOS DE ECONOMIA

---



---

No	Título	Autores	Fecha
156	Elementos para el debate sobre una nueva reforma pensional en Colombia.	Juan Carlos Echeverry Andrés Escobar Arango César Merchán Hernández Gabriel Piraquive Galeano Mauricio Santa María S.	Septiembre 2001
157	Agregando votos en un sistema altamente desistitucionalizado.	Francisco Gutiérrez Sanín	Octubre 2001
158	Eficiencia -X en el Sector Bancario Colombiano	Carlos Alberto Castro I	Noviembre 2001
159	Determinantes de la calidad de la educación en Colombia.	Alejandro Gaviria Jorge Hugo Barrientos	Noviembre 2001
160	Evaluación de la descentralización municipal. Descentralización y macroeconomía	Fabio Sánchez Torres	Noviembre 2001
161	Impuestos a las transacciones: Implicaciones sobre el bienestar y el crecimiento.	Rodrigo Suescún	Noviembre 2001
162	Strategic Trade Policy and Exchange Rate Uncertainty	Fernando Mesa Parra	Noviembre 2001
163	Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Avances y resultados de la descentralización Política en Colombia	Alberto Maldonado C.	Noviembre 2001
164	Choques financieros, precios de activos y recesión en Colombia.	Alejandro Badel Flórez	Noviembre 2001
165	Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. ¿Se consolidó la sostenibilidad fiscal de los municipios colombianos durante los años noventa.	Juan Gonzalo Zapata Olga Lucía Acosta Adriana González	Noviembre 2001
166	Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. La descentralización en el Sector de Agua potable y Saneamiento básico.	Maria Mercedes Maldonado Gonzalo Vargas Forero	Noviembre 2001
167	Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. La relación entre corrupción y proceso de descentralización en Colombia.	Edgar González Salas	Diciembre 2001
168	Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Estudio general sobre antecedentes, diseño, avances y resultados generales del proceso de descentralización territorial en el Sector Educativo.	Carmen Helena Vergara Mary Simpson	Diciembre 2001
169	Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Componente de capacidad institucional.	Edgar González Salas	Diciembre 2001
170	Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Evaluación de la descentralización en Salud en Colombia.	Iván Jaramillo Pérez	Diciembre 2001