

**THE WORLD BANK GROUP ARCHIVES**

**PUBLIC DISCLOSURE AUTHORIZED**

**Folder Title:** Republica de Colombia - Ministerio de Salud - Programa de Consolidacion - La Descentralizacion de la Salud en Colombia - Luz Margoth Pulido B - Xavier Coll - Martha Laverde de Orjuela - April 30, 1992

**Folder ID:** G79932

**Project ID:** P006794

**Dates:** 04/30/1992 - 04/30/1992

**Fonds:** Records of the Latin America and Caribbean Regional Vice Presidency

**ISAD Reference Code:** WB IBRD/IDA LAC

**Digitized:** 6/16/2020

To cite materials from this archival folder, please follow the following format:  
[Descriptive name of item], [Folder Title], Folder ID [Folder ID], ISAD(G) Reference Code [Reference Code], [Each Level Label as applicable], World Bank Group Archives, Washington, D.C., United States.

The records in this folder were created or received by The World Bank in the course of its business.

The records that were created by the staff of The World Bank are subject to the Bank's copyright.

Please refer to <http://www.worldbank.org/terms-of-use-earchives> for full copyright terms of use and disclaimers.



THE WORLD BANK  
Washington, D.C.

© International Bank for Reconstruction and Development / International Development Association or  
The World Bank  
1818 H Street NW  
Washington DC 20433  
Telephone: 202-473-1000  
Internet: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

**PUBLIC DISCLOSURE AUTHORIZED**

Co. W. 2

RETURN TO LATIN AMERICA  
AND CARIBBEAN  
INFORMATION SERVICES 1-5072



**DECLASSIFIED**  
WBG Archives

679932

**Archives**  
The World Bank Group

Republica de Colombia - Ministerio de Salud - Programa de Consolidacion -  
La Descentralizacion de la Salud en Colombia - Luz Margoth Pulido B -

RI996-058 Other # 9 Box # 111770B

**G79932**





(2611-CO)

República de Colombia  
MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA DE CONSOLIDACION

LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD  
EN COLOMBIA

LUZ MARGOTH PULIDO B.  
Consultora

XAVIER COLL  
Oficial Banco Mundial

MARTHA LAVERDE DE ORJUELA  
Coordinadora General  
Programa de Consolidación

Santafé de Bogotá, D.C., Abril 30 de 1992

## CONTENIDO

### PRESENTACION

#### CAPITULO I ANTECEDENTES GENERALES DE LA DESCENTRALIZACION

#### CAPITULO II LA LEY 10 DE 1990 Y LA CONSTITUCION NACIONAL

- Semejanzas y diferencias
- Cuadro comparativo de responsabilidades
- La delegación de las campañas verticales

#### CAPITULO III RECURSOS FINANCIEROS PARA LA SALUD

- Cuadro de síntesis normativa

#### CAPITULO IV PROPUESTAS DE ADECUACION CONSTITUCIONAL - INCIDENCIAS EN LA LEY 10 DE 1990

- La propuesta del DNP: reglamentación de funciones y transferencia de recursos.
- La propuesta de reforma tributaria
- Las propuestas de reforma del sistema de seguros de salud.

#### CAPITULO V POLITICAS DE APOYO A LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD

- Las políticas nacionales
- Las políticas sectoriales
- .- Problemas del sector y estrategias del Ministerio de Salud.

- .- Los Programas Sectoriales
- .- Programas de apoyo al II y III nivel
- .- Programas de apoyo a los municipios
- .- Asesoría a las entidades territoriales

**CAPITULO VI      PROBLEMAS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION**

- Presentación de los problemas
- Propuestas de ajuste al proceso

## PRESENTACION

En cumplimiento del contrato suscrito con El Ministerio de Salud Programa de Consolidación a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-, se presenta el informe final de análisis de "la descentralización de la Salud en Colombia", documento de apoyo para el estudio del Nuevo Crédito por parte del Banco Mundial.

El presente documento fue elaborado conforme a los términos de referencia del correspondiente contrato, de los que se excluyó la síntesis bibliográfica que ya había sido elaborado por un consultor del Programa de Consolidación y el aparte correspondiente al análisis financiero y de costos del sector salud, tema que por su extensión e incidencias demandó la contratación de una consultoría específica y especializada.

La intención de este documento es que sirva de herramienta de consulta para tener una visión global del proceso de descentralización de la salud, con énfasis en los desarrollos y políticas implementadas de la expedición de la Ley 10 de 1990 y en el estudio comparativo de tal ley con las disposiciones de la Constitución de 1991 que inciden en la organización del sector.

Los temas que abarca el estudio son los siguientes:

- Contextualización de la Ley 10 de 1990 en el proceso de descentralización del país.
- Comparación de la ley y la constitución, con presentación de cuadros síntesis sobre responsabilidades y recursos del sector y un análisis sobre el tema de la delegación de las campañas verticales.
- Presentación de las propuestas de adecuación constitucional existentes hasta la fecha.
- Presentación de las políticas nacionales y sectoriales de apoyo a la descentralización.
- Relación de los problemas registrados en el proceso de descentralización de la salud y presentación de algunas sugerencias de ajuste legal y global del proceso.

La delimitación de estos temas surgió de necesidades de información detectadas en las dos comisiones de trabajo realizadas con el oficial encargado del Banco Mundial y la coordinadora del Programa de Consolidación.

El acopio de la información que sustenta el documento requirió la consulta de documentos elaborados por el Ministerio y el Programa de Consolidación y la asistencia -en calidad de veedor- a reuniones de trabajo y eventos. Se acopió también información mediante el diálogo con funcionarios de otras entidades que suministraron información verbal y documental sobre las propuestas de adecuación constitucional y las políticas de apoyo a la descentralización.

## CAPITULO I

### EL PROCESO DE LA DESCENTRALIZACION EN COLOMBIA REFERENTE DE LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD

#### 1. Antecedentes Generales de la Descentralización

Desde 1968 se empieza a producir en Colombia un cambio normativo tendiente a modernizar la estructura estatal, especialmente para responder a su papel de supremo director de la economía.

Hacia mediados de la década de los setenta, los estudios de misiones internacionales, los diferentes planes de desarrollo y los intentos de reforma constitucional, sugieren una revisión de la férrea estructura centralista de funcionamiento estatal; la última se malogra por los defectos jurídicos que condujeron a su declaratoria de inexecutable en 1977.

En los 80s el país se enfrenta a la necesidad de adecuar las políticas públicas y la estructura estatal a las exigencias internacionales de ajuste y existencia de un Estado eficiente, como garantía para la negociación.

En lo interno se evidencia la urgencia de dar salida a los problemas políticos y sociales que se repesaron con los acuerdos del Frente Nacional y que se manifiestan en la aparición persistente de movimientos no institucionales que de fondo plantean la solución a problemas en el manejo y cobertura de los servicios públicos y la fiscalización ciudadana de los mismos, la apertura de la concepción y formas de vida política y la búsqueda de soluciones para atacar las causas estructurales de la pobreza crítica.

De su parte el tema de la autonomía de los entes territoriales, es un planteamiento que aunque frustrado normativamente, ha venido ganando espacio desde la Presidencia de Alfonso López Michelsen.



La ineficiencia estatal y los costos políticos, administrativos y económicos que le demanda a la Nación enfrentar los cerca de 200 paros cívicos que se suceden desde 1970 (75 de ellos en el período de Belisario Betancur, quien emprende la tarea reformadora), ponen de presente la necesidad de revisar y adecuar la estructura del gasto y de los servicios públicos y desnacionalizar o descentralizar los conflictos dirigidos contra el Estado Central, que es quien tiene a su cargo la prestación de una considerable cantidad de servicios básicos.

De otro lado, los puntos de convergencia con las Farc y el M-19 son recogidos por las Comisiones de trabajo que operan en el Gobierno Betancur y dentro de ellos adquiere fuerza la propuesta de abrir espacios de participación ciudadana en la vida política y administrativa.

## **2. La Reforma Descentralizadora**

Belisario Betancur recoge los estudios de las misiones internacionales que visitaron el país en el período presidencial anterior, que apuntan a la búsqueda de la eficiencia fiscal y administrativa, y animado por los resultados de los diálogos de paz recogidos por las comisiones de trabajo que operan en su mandato, impulsa un paquete de medidas que buscan reestructurar el Estado Central, fortalecer los municipios y empezará a vincular el concepto de cogestión ciudadana. Esta tarea es completada en el período presidencial subsiguiente y se resume así:

### **A. En lo fiscal**

En una primera etapa se aborda la tarea de sanear las finanzas municipales y fortalecerlas. Se expiden las Leyes 14 de 1983 que reestructura los impuestos predial, de industria y comercio, circulación y tránsito, timbre y consumo de gasolina, licores y cigarrillos, y la Ley 12 de 1986 que ordena la cesión gradual del IVA a los municipios.

Complementaria de este cuadro básico, la Ley 10 de 1990, para fines de la dotación de recursos para la salud, ordena la transferencia directa de los recursos del situado fiscal a los niveles seccional y local, una vez que se cumplan los requisitos en ella contemplados. Además la ley fija un tope del 4% para la transferencia de los recursos ordinarios de la Nación al Sector (situado) incrementable anualmente hasta en un 0.5%.

## La Constitución de 1991:

Remata este fortalecimiento fiscal la Nueva Constitución que para hacer efectivo el principio en ella consagrado, de que no habrá traslado de funciones sin asignación suficiente de recursos, amplía las transferencias de la Nación a los otros entes territoriales, dándole destinación específica al situado fiscal para atender salud y educación (hasta el nivel medio), y prevee que él mismo se incrementará anualmente hasta que permita atender adecuadamente tales servicios (art.356). Se distribuyen tales recursos de la siguiente manera: un 15% por partes iguales entre los departamentos y los distritos especiales, el 85% restante se asignará teniendo en cuenta las necesidades actuales y potenciales de los servicios de salud y educación, así como los factores de esfuerzo fiscal y administrativo de la respectiva entidad territorial. Se destinan también a estos servicios las rentas obtenidas por los monopolios de suerte y azar (art.336) (para salud) y las del monopolio de licores (salud y educación preferentemente).

En cuanto a la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación (tributarios y no tributarios, con excepción de los recursos de capital), ésta alcanzará el 22% mínimo en el año 2.002, partiendo de un 14% en 1983. ?

Con las regalías por la explotación de un recurso natural no renovable, que no se distribuyan a los departamentos y municipios en cuyo territorio se adelanten las explotaciones, se creará un Fondo Nacional de Regalías, cuyos recursos se distribuirán entre las entidades territoriales para la promoción de la minería, la preservación del ambiente y la financiación de proyectos regionales de inversión.

Se observa que la normatividad constitucional favoreció a los municipios, entendiendo que ellos son la base del ordenamiento territorial y social y puso el énfasis en la financiación de los servicios de salud y educación, garantizando que rentas que legalmente le habían sido asignadas a esos servicios, no puedan ser modificadas u orientadas a otros servicios públicos.

## B. En lo Administrativo

La descentralización de los conflictos y la prestación de los servicios públicos que son del origen de un buen porcentaje de aquellos, es una tarea que demanda la readecuación del Estado Central, que implica la liquidación de algunas entidades (Instituto de Construcciones Escolares, Instituto de Fomento Municipal) y la adscripción de sus funciones en forma directa a los municipios.

En una primera etapa se considera oportuno readecuar la administración de las entidades territoriales y es así como se expiden las Leyes 03 de 1986, 22 de 1985 y 11 de 1986, que junto con sus decretos reglamentarios constituyen el estatuto básico de los departamentos, las intendencias y comisarias y los municipios, respectivamente. En tales normas se recogen los desarrollos político-administrativos y fiscales que se habían implementado hasta 1986, época por la cual sólo se habían logrado avances en materia de descentralización política, como se verá posteriormente.

En un segundo momento, que se inicia con la expedición del Decreto-Ley 87 de 1987, denominado el "estatuto de la descentralización", se aborda el tema planteado de la readecuación del Estado central y la transferencia de funciones y responsabilidades administrativas, especialmente a los municipios.

Se traslada a los municipios la prestación de servicios en materia de salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable, asistencia técnica rural, financiación y construcción de obras deportivas, adjudicación de baldíos, definición de programas de desarrollo rural integrado, adecuación de terrenos para desarrollo urbano, administración de inmuebles de su propiedad, construcción y mantenimiento de puertos y muelles fluviales, construcción y conservación de vías urbanas de las ciudades capitales. Se prevee igualmente que contribuirán a cofinanciar la construcción de caminos vecinales.

La transferencia de estas funciones implica la liquidación de entidades del orden nacional, la reestructuración de otras y la disminución de los presupuestos. El Estado central se reserva, para algunos sectores, las funciones de asesoría y cofinanciación (obras públicas, salud, educación, proyectos rurales), y para otras la capacitación y asistencia (sector agropecuario).

La descentralización también se ocupó de materias como el transporte urbano (Decreto 080/87) y el Bienestar familiar (Decreto 081/87). Esta onda de la municipalización de los servicios también se refirió a la transferencia de funciones típicamente jurisdiccionales a la policía administrativa local (Ley 23 de 1991).

La Ley 10 de 1990, por su parte, concretó el proceso de la descentralización de la salud, definiendo y asignando las responsabilidades administrativas y financieras de las entidades administrativas y de los ciudadanos y comunidades organizadas, en lo referente a gestión y control de los servicios de salud.

La Constitución de 1991, recoge toda esa experiencia normativa y la plasma en los desarrollos constitucionales que tienen como eje los siguientes principios constitucionales:

- República unitaria, descentralizada y con autonomía de sus entidades territoriales y participación de las comunidades.
- El municipio es la célula básica de la organización político-administrativa del Estado.
- No habrá descentralización de funciones sin previa asignación de los recursos fiscales para su atención.
- Los servicios públicos son inherentes a la finalidad del Estado.
- El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado.

### **C. En lo Político**

La atención de los conflictos sociales, demandó una mayor ampliación de los espacios de vida democrática. Podría afirmarse que la apertura democrática fue el origen de la reforma descentralizadora. Tímida en la concepción de participación ciudadana en la gestión pública, la reforma legal supuso un avance respecto de la democracia representativa, a escala local: los ciudadanos pueden elegir sus alcaldes, lo que supone que el monopolio del bipartidismo puede verse afectado, como en efecto sucedió en la primera elección de alcaldes populares en las que los alcaldes cívicos ganaron un amplio espacio.

La participación ciudadana se abre como posibilidad en el caso de las juntas administradoras locales y de las consultas populares, de la ejecución de obras mediante contrato y la presencia de usuarios en las juntas directivas de las entidades municipales descentralizadas.

Formas menos mediatizadas por la voluntad de las autoridades locales, se dan con la conformación de los comités que propicia el Plan Nacional de Rehabilitación, con las formas de participación en salud, previstas en la Ley 10 de 1990 y con la atención de niños por las "madres comunitarias". En todos estos casos se ha evidenciado una dinámica más permanente Estado-Comunidad.

A partir de 1991 el multipartidismo es un hecho que ya no solo se infiere de la elección popular de alcaldes, sino una institución constitucional; igual sucede con la participación ciudadana que se hace imperativa en el sector salud, en el control y gestión de los servicios públicos, en la confección de los planes de desarrollo, en el manejo del medio ambiente y de la educación y en la ampliación de los mecanismos de democracia representativa, extendida a los gobernadores.

Es facultativa tal participación para los ciudadanos, en algunos mecanismos de reforma constitucional y legal, en la presentación de iniciativas populares legislativas de obligado trámite por las corporaciones regionales. Continúa siendo facultativa de las autoridades locales y nacionales la convocatoria de consultas populares, cabildos y referendos locales y la división territorial en comunas y corregimientos, en cuya administración habrá representantes elegidos por las comunidades (excepto para el Distrito Capital de Santa Fé de Bogotá, que es obligatoria).

Esta descentralización política vista conjuntamente con la administrativa, implica una redefinición del ejercicio del poder político o en realidad una "desconcentración" del poder político, que implica que dentro de la concepción de Estado Unitario, en que los organismos centrales se reservan el ejercicio de los poderes fundamentales, éstos pueden ser permeados por las formas y mecanismos de intervención de las entidades regionales (planeación) y de la ciudadanía (reformas constitucionales y legales, consultas populares, iniciativa legislativa). En el ámbito seccional y local, la atribución de funciones que antes cumplían organismos centrales, con autonomía administrativa, con participación ciudadana y apoyo financiero de la nación, indica dos hechos de importancia: 1) Que aunque el papel titular del Estado Central, que fundamenta la república unitaria se mantiene, él reconoce la personería de tales entidades y los poderes que le son inherentes, y 2) que el concepto moderno de ciudadano ha empezado a tener vigencia en nuestras instituciones. (El ciudadano en la concepción moderna participa en la orientación del Estado y en la conformación de la voluntad general), con lo cual hace ruptura el estado paternalista tradicional colombiano.

## CAPITULO II

LA LEY 10 DE 1990 Y LA  
CONSTITUCION NACIONAL

En términos generales se puede afirmar que la Constitución recogió y amplió el espíritu de la Ley 10 y que no se presentan contradicciones insuperables entre las disposiciones de los dos textos. Los desarrollos legales que sobrevengan para reglamentar las disposiciones de la Carta fundamental, podrán alterar las disposiciones legales vigentes, especialmente en materia fiscal.

El paralelo entre los dos textos que recoge los puntos de coincidencia y los aspectos de modernización constitucional se resume así:

**a. Coincidencias**

- Declaratoria de los servicios de salud como servicio público, lo cual posibilita la intervención del Estado en el sector y otorga garantías para acceder a la prestación del servicio.
- Prestación del servicio por el Estado y los Particulares.
- Organización descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.
- Atención básica gratuita y obligatoria en el grado que determine la ley.
- Deber de las personas de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- Destinación parcial de las rentas de los monopolios de licores al sector salud.
- Existencia de la carrera administrativa para todos los empleos excepto los de libre nombramiento y remoción, los trabajadores oficiales y los demás que se determinen legalmente.

- Fijación del situado fiscal con base en los ingresos ordinarios de la Nación. (La Ley no excluye los recursos de capital como si lo hace la constitución).
- Indicación de los principios de universalidad, subsidiariedad y concurrencia en la prestación de los servicios (los dos últimos previstos de manera genérica en la constitución al determinarse la distribución de competencias entre la nación y las entidades territoriales).
- Además del principio de universalidad indicado expresamente en los dos textos, la Constitución estableció los de solidaridad y eficiencia, vinculados de manera implícita en la ley.

#### **b. Modificaciones Constitucionales**

- Se facultó a la ley para establecer los aportes para la salud a cargo de las entidades territoriales, potestad no prevista en la ley.
- Se modificaron los criterios de distribución del situado fiscal que respetaba la ley y sus normas reglamentarias, y se dispuso sobre el particular lo siguiente:
  - . En lugar de distribuir un 30% entre las entidades territoriales se distribuirá el 15%
  - . El 85% restante se distribuirá en proporción al número de usuarios potenciales y actuales, atendiendo el esfuerzo fiscal ponderado y la eficiencia administrativa. El factor socioeconómico de los municipios, previsto en la ley, desaparece como criterio de distribución.
- La Constitución restringe el alcance de la asistencia pública a la atención de menores de un año y de los ancianos en caso de indigencia, cuando ellos no estén cubiertos por la seguridad social, que es también un servicio público de cobertura universal. La ley se reservaba el derecho de determinar los casos y personas destinatarios de los servicios de beneficencia y asistencia, servicios que hoy se subsumen en el concepto de seguridad social.

- El establecimiento del principio de que no habrá descentralización de responsabilidades sin asignación de recursos fiscales "suficientes" para atenderlos, podría en la práctica modificar los plazos fijados en la ley para la asunción de los servicios por las entidades territoriales, haciendo graduable la descentralización.
- La destinación de la totalidad de las rentas de los monopolios de juego y azar a la salud, elimina las restricciones que establece la ley (loterías y apuestas permanentes) hechas para respetar lo dispuesto por distintas leyes sobre asignación de esos ingresos a otras responsabilidades estatales, como asistencia y beneficencia social.
- El precepto constitucional que indica que no habrá rentas de destinación especial distintas a las allí previstas, podría afectar los ingresos del sector salud que tenían destinación específica en otras normas, ya que solo serán válidas las destinadas a entidades de previsión social y a las antiguas intendencias y comisarías. Es el caso de lo percibido por los impuestos de anotación y registro.
- El medio ambiente, tratado en la ley como un factor de la salud, recibe constitucionalmente la categoría de servicio público independiente, lo cual puede en la práctica prestarse para duplicidad de esfuerzos institucionales, ya que es previsible la creación de entes administrativos especialmente encargados del manejo de este nuevo servicio.

Las modificaciones constitucionales demandan una revisión de las normas legales, ya que se hace necesaria la reestructuración de las entidades de beneficencia y asistencia social y los criterios de recepción y distribución de las rentas de destinación especial a los servicios de salud. Esas modificaciones requieren un proceso de ajuste normativo vía Congreso de la República, y mientras éste no se opere, el fortalecimiento de los recursos del sector salud no será una realidad.

El paralelo entre las responsabilidades genéricas asignadas por la constitución de 1991 y las normas de descentralización de la salud vigentes, puede observarse en el Cuadro No.1



ENTIDAD RESPONSABLE	ANTECEDENTES DE LA LEY 10 DECRETO 77/87	LEY 10/90	CONSTITUCION DE 1991
Nación	<p>Art. 8<sub>o</sub> asigna al Ministerio de Salud el control y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y sistemas de disposición de aguas residuales y desechos sólidos.</p> <p>Art. 9<sub>o</sub> asigna al Ministerio de Obras lo relacionado con saneamiento básico imponiéndole a la Dirección Competente la obligatoriedad de prestar asistencia técnica a los municipios.</p> <p>Art. 20. El Fondo Nacional Hospitalario asesorará técnica y financieramente a los municipios para asumir las funciones que se les atribuye. (Idem art. 14 Ley 10/90)</p>	<p>Art. 1<sub>o</sub>. Asigna a la Nación el Servicio Público de la Salud en asocio con las Entidades Territoriales, las Entidades Descentralizadas y los particulares autorizados. Fija las facultades inherentes al poder interventor del Estado.</p> <p>Art. 2<sub>o</sub>. Establece que la asistencia pública en salud se prestará por el Estado o los particulares, con intervención de aquel para definir formas de "Prestación del Servicio y Beneficiarios".</p> <p>Art. 6<sub>o</sub> b) La Nación continuará prestando los servicios en el caso del Instituto Nacional de Cancerología.</p> <p>Art. 8<sub>o</sub>. La Dirección Nacional del Sistema de Salud estará a cargo del Ministerio de Salud, que formulará las políticas y dictará las normas científicas y de control de factores de riesgo aplicables a todo el sector y las administrativas, obligatorias para el subsector oficial. (hay normas reglamentarias).</p> <p>Art. 9<sub>o</sub>. Además, el Ministerio de Salud elaborará los planes nacionales de sector, programará la destinación de los recursos que corresponden a las entidades territoriales, vigilará, coordinará y asesorará las instituciones del sector, adelantará campañas nacionales, autorizará la prestación de servicios y elaborará la estructura de cargos y grados del sector, expedirá las normas de referencia y contrareferencia, pudiendo delegar algunas de estas funciones. (hay normas reglamentarias)</p> <p>Art. 16 - La Nación</p>	<p>Normas generales de competencia estatal:</p> <p>Art. 49: Establece que la atención en salud y el saneamiento básico son servicios públicos a cargo del Estado, quien debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prestación y recuperación de la salud. Compete también al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud y el saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.</p> <p>Prevé que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</p> <p>La Ley establecerá las competencias territoriales y fijará los aportes a su cargo.</p> <p>Art. 365: El Estado asegurará la prestación eficiente de los servicios públicos.</p> <p>Art. 366: Objetivo fundamental de la actividad estatal es la solución de las necesidades insatisfechas de salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable.</p>

ENTIDAD RESPONSABLE	ANTECEDENTES DE LA LEY 10 DECRETO 77/87	LEY 10/90	CONSTITUCION DE 1991
Municipios y Distritos Especiales	<p>Art. 18: Corresponde al Municipio y al Distrito Especial de Bogotá, asumir a más tardar el 1º de enero de 1990, en relación con el primer nivel de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La construcción de obras civiles y el mantenimiento de las instituciones del primer nivel.</li> <li>- Suministrar su dotación básica.</li> <li>- Iguales funciones para los centros de atención del anciano.</li> </ul> <p>(Estas funciones las adelantaba el Fondo Nacional Hospitalario)</p> <p>Art. 21 - Para la construcción de centros y dotación del primer nivel, se requerirá aprobación del Ministerio de Salud. (modificado por el artículo 14 de la Ley 10 que exige tal aprobación para instituciones diferentes al primer nivel)</p>	<p>responderá por el pago del pasivo prestacional de las entidades nacionales que se supriman.</p> <p>Art. 60 a) - Corresponde a las municipalidades y entidades descentralizadas adscritas y a las asociaciones municipales, dirigir y prestar todos los servicios de salud del primer nivel de atención (hospitales locales, centros y puestos de salud)</p> <p>b) A los distritos especiales y áreas metropolitanas o sus entidades descentralizadas, corresponde además la dirección y prestación de los servicios del segundo y tercer nivel (Hospitales Universitarios o Especializados) (Decretos reglamentarios 1760 y 1762/90)</p> <p>Art. 12: La Dirección Local del Sistema tendrá a su cargo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinar y supervisar el servicio.</li> <li>- Programar la distribución de recursos</li> <li>- Contribuir en la formulación de planes locales de salud y sugerir aquellos que deban incluirse en el nivel nacional.</li> <li>- Supervisar los recaudos locales en coordinación con las entidades u organismos competentes de la localidad.</li> <li>- Estimular la participación comunitaria.</li> <li>- Adelantar las políticas de personal.</li> <li>- Cumplir y hacer cumplir las directrices del Ministerio.</li> <li>- Promover la integración funcional.</li> <li>- Administrar el Fondo Local del Salud y administrar sus</li> </ul>	<p>Art. 311 - Al municipio le corresponde prestar los servicios públicos que determine la Ley.</p>

ENTIDAD RESPONSABLE	ANTECEDENTES DE LA LEY 10 DECRETO 77/87	LEY 10/90	CONSTITUCION DE 1991
Departamentos	Art. 18 - Los departamentos, intendencias y comisarias podrán concurrir a la prestación de servicios de sus municipios.	<p>recursos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercer las funciones que se le delegen.</li> <li>- Crear mecanismos de desconcentración.</li> <li>- Estimular la atención preventiva, familiar y extrahospitalaria.</li> <li>- Diagnosticar el estado de salud-enfermedad.</li> <li>- Controlar los factores de riesgo y el medio ambiente.</li> <li>- Inspeccionar, controlar y vigilar las instituciones que prestan servicios.</li> <li>- Establecer tiempos y campos de práctica educativa a ser previstos en los planes de formación en coordinación con las entidades u organismos competentes de la localidad.</li> <li>- Establecer los planes de seguridad social de afiliación y de promoción en coordinación con las entidades u organismos competentes de la localidad.</li> <li>- Fijar recaudaciones por licencias, registros y certificaciones.</li> </ul> <p>Art. 6<u>o</u> b) Los departamentos, intendencias y comisarias y sus entidades adscritas tendrán a su cargo la dirección y prestación de los servicios de salud de 2<u>o</u> y 3<u>o</u> nivel (hospitales regionales)</p> <p>Art. 11 - Las Direcciones Seccionales de Salud tendrán a su cargo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las entidades del sector de su territorio.</li> <li>- Coordinar y supervisar la prestación del servicio.</li> </ul>	<p>Art. 298 - Los departamentos ejercen funciones administrativas, de coordinación, de complementariedad de la acción municipal, de intermediación entre la nación y los municipios y de prestación de los servicios que determine la Constitución y las Leyes.</p> <p>Art. 300. Numeral 10: las asambleas regularan, en concurrencia con el municipio y conforme a la Ley, lo concerniente a la salud. (entre otras materias)</p>

ENTIDAD RESPONSABLE	ANTECEDENTES DE LA LEY 10 DECRETO 77/87	LEY 10/90	CONSTITUCION DE 1991
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programar la distribución de los recursos conforme a cantidad, calidad, costos y eficiencia de los servicios y entidades prestatarias.</li> <li>- Contribuir a la planeación del sector y sugerir propuestas a incluir en el plan nacional en coordinación con las entidades u organismos competentes.</li> <li>- Estimular la participación comunitaria.</li> <li>- Supervisar el recaudo de los recursos con destinación a salud.</li> <li>- Ejecutar y adecuar las políticas y normas del Ministerio.</li> <li>- Desarrollar planes educativos con énfasis en integración docente-asistencial y administración y mantenimiento hospitalario.</li> <li>- Autorizar provisionalmente la prestación de servicios de salud.</li> <li>- Promover la integración funcional.</li> <li>- Administrar el Fondo Seccional.</li> <li>- Exigir la adopción de los sistemas contables previstos en normas superiores para las transferencias.</li> <li>- Fijar derechos para expedir permisos, licencias, registros y certificaciones.</li> </ul>	

## DESCENTRALIZACION DE LA SALUD

CUADRO No. 1

Síntesis Normativa de las Responsabilidades en Materia de Salud

ENTIDAD RESPONSABLE	ANTECEDENTES DE LA LEY 10 DECRETO 77/87	LEY 10/90	CONSTITUCION DE 1991
Comunidad		de la salud y contribuir a la planeación y gestión del servicio.	
		Art. 1º d) El Estado organizará y establecerá las modalidades de participación comunitaria (decreto reglamentario 1416 de 1990)	Art. 49 - Los Servicios de Salud se organizarán ..... con participación de la comunidad.
		Art. 30. c) La comunidad participará en el diagnóstico y planeación de la salud, en la toma de decisiones, en la administración y gestión de la misma.	
Particulares		Art. 70 - Las instituciones privadas prestarán los servicios en los niveles y grados de complejidad que autorice el Ministerio de Salud o la entidad delegataria (norma desarrollada en el Capítulo III de la Ley)	Art. 49 - Los particulares pueden prestar servicios de salud bajo la vigilancia y control del Estado.
Organismos Nacionales Adscritos		1. Superintendencia Nacional de Salud: es autoridad técnica en materia de inspección, vigilancia y control. Interviene en los siguientes temas (Decreto 1472/90)	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguros Sociales Obligatorios.</li> <li>- Entidades de Previsión y Cajas de Compensación.</li> <li>- Medicina Prepagada</li> <li>- Recaudo de Impuestos para el sector.</li> </ul>	
		2. Fondo Nacional Hospitalario:	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesora técnica y financieramente a los municipios para la construcción, dotación y mantenimiento de las instituciones del primer nivel.</li> <li>- Cofinancia planes y</li> </ul>	

ENTIDAD RESPONSABLE	ANTECEDENTES DE LA LEY 10 DECRETO 77/87	LEY 10/90	CONSTITUCION DE 1991
		<p>programas locales de infraestructura física.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Define las normas técnicas que deben cumplir las instituciones hospitalarias en materia de diseño, construcción, <u>equipos</u>, <u>dotaciones</u> y <u>mantenimiento</u> del <u>2o</u> y <u>3o</u> nivel.</li> <li>- Aprueba estudios de factibilidad para construcción de obras civiles públicas y privadas del <u>2o</u> y <u>3o</u> nivel.</li> <li>- Participa en la calificación de entidades hospitalarias.</li> </ul>	
		<p>3. Instituto Nacional de Salud:</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es la entidad encargada de los aspectos científico - Técnicos de la salud.</li> <li>- Elabora productos biológicos y químicos.</li> <li>- Es laboratorio nacional de análisis y control biológico de drogas, alimentos, bebidas cosméticos.</li> <li>- Tiene una red nacional de laboratorios.</li> </ul>	
		<p>4. Instituto Nacional de Cancerología:</p>	
		<p>Formula planes y políticas nacionales de prevención y control de cancer y presta servicios de atención médica y ambulatoria.</p>	
		<p>5. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar:</p>	
		<p>Propicia y fortalece la integración y el desarrollo de las familias, tiene a su cargo la protección del menor de edad. Sus acciones se orientan especialmente hacia los sectores de mayor vulnerabilidad socioeconómica.</p>	

## LA DELEGACION DE LAS CAMPANAS VERTICALES

Desde 1976 el Ministerio de Salud asumió el programa de erradicación de la malaria y creó la Dirección de Campañas Directas, encargada además del control de la Fiebre amarilla, el control del pian y del dengue. (La situación del país en relación con estas enfermedades puede observarse en los mapas y cuadros anexos).

Para la atención de las campañas se cuenta regionalmente con unidades de apoyo encargadas de la acciones específicas, que son coordinadas por la unidad pertinente del Ministerio.

En el año de 1992 se presupuestaron cerca de 9.000 millones de pesos para las campañas, de los cuales aproximadamente el 40% se destina a inversión y el 60% restante a funcionamiento. Este presupuesto no incluye lo referente a atención al cólera, campaña que se maneja por el Despacho del ministro a través de la Oficina de Emergencias y Desastres.

En el contexto de la descentralización, la Ley 10 de 1990 previó que el Ministerio delegaría en las entidades territoriales la ejecución de las campañas nacionales directas y les transferiría los recursos necesarios.

En desarrollo de la norma y con motivo de la reestructuración del Ministerio de Salud, el art.134 del Decreto 1471 de 1990 transformó la Dirección de Campañas Directas en una División que debería funcionar por dos años, tiempo durante el cual el Ministerio adelantaría la celebración de los convenios de delegación con las entidades territoriales. El plazo previsto vence el 8 de julio de 1992 y aún no se han celebrado tales convenios.

### Obstáculos para la delegación

En la fijación del plazo y la temporalidad de la dependencia encargada del manejo de las campañas directas, no pareció estimarse que la delegación, conforme a principios constitucionales (art.211 C.N.) no impide que la entidad delegataria pueda volver a reasumir su responsabilidad. Tampoco se tuvo en cuenta que un presupuesto fáctico de la delegación debió ser que el ente territorial delegatario debería estar en capacidad técnica y administrativa para asumir las nuevas responsabilidades.

Estas apreciaciones sugerían que en la estructura del Ministerio debió considerarse la existencia de una dependencia que permanentemente supervise los desarrollos de la delegación y sea la encargada de la actualización y capacitación del recurso

humano encargado del manejo de las campañas, además de prestar la asesoría científica y técnica que requieran las entidades territoriales y el apoyo para la importación de insumos.

De otra parte la delegación implicaba preparación y concertación con las entidades territoriales, proceso que se ha venido adelantando y que registra avances lentos. Para hacer efectiva esta delegación deben tenerse en cuenta, entre otras, las siguientes consideraciones:

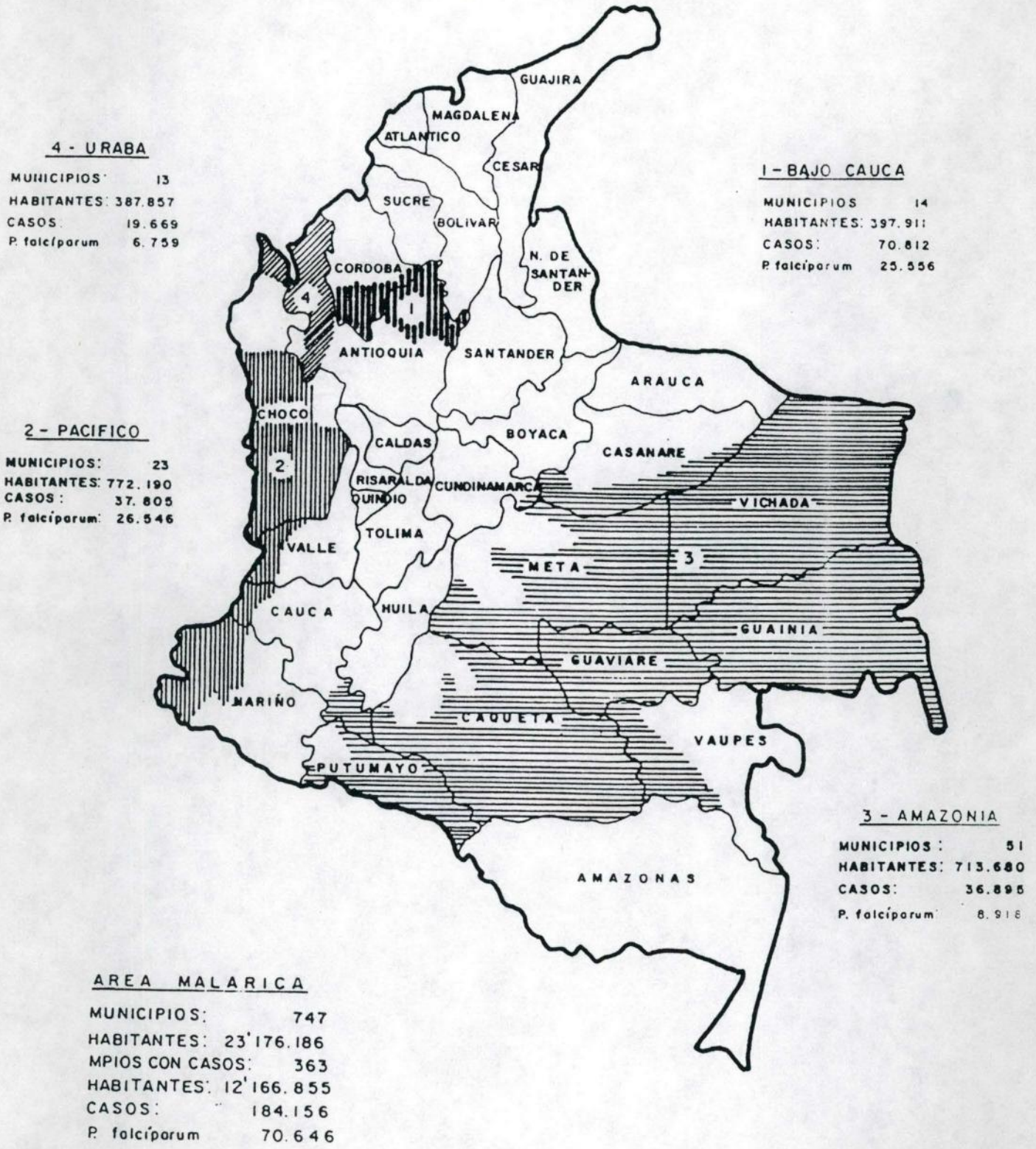
1. Conforme a los mapas de enfermedades tropicales, se observa que las zonas de riesgo abarcan en ocasiones regiones de dos o mas departamentos o corresponden a territorio de varios municipios, por lo cual sería procedente generar formas de asociación territorial que aseguren un manejo más eficiente de los recursos que se entreguen. Esta propuesta implicaría un amplio proceso de negociación.
2. Se estima que en el ámbito municipal lo aconsejable es que la delegación vaya paralela al proceso de descentralización, de manera que la entrega de dineros de las campañas formen parte de los recursos de los fondos locales, lo que aseguraría eficiencia en su manejo y también implicaría un proceso lento de delegación.
3. La asunción de las funciones delegadas debe ser un proceso de toma de conciencia de las necesidades en salud que debería verse reflejada en los diagnósticos y planes sectoriales. Hasta el momento y por tratarse de campañas orientadas desde el Ministerio, las entidades territoriales (con excepciones como en el caso antioqueño de manejo de la malaria) han estado marginadas del conocimiento y manejo de la situación epidemiológica de sus regiones. Por esto la delegación supone un conocimiento previo de los problemas y herramientas a manejar y la creación de una conciencia sobre la necesidad y bondades de manejar directamente los problemas epidemiológicos, trabajo que también significa revisar los plazos legales.
4. Lo anterior es aún más válido si se atiende a que dentro del principio de autonomía territorial la suscripción de los contratos de delegación implica manifestación voluntaria de las entidades territoriales de asumir la responsabilidad. Se ha reportado por la dependencia encargada del Ministerio que esta voluntad es negativa en la casi mayoría de los casos consultados, debido a que los municipios manifiestan preocupación por la forma como deben asumir los recursos humanos que en la actualidad atienden las campañas y ausencia de recursos locales que sirvan de contrapartida para su manejo.



5. En el proceso de atención de las enfermedades tropicales la comunidad juega un papel fundamental, lo que significa que debe continuarse y profundizarse la tarea de educación que se viene adelantando con ella, con el fin de que coadyuve a la asunción de los servicios por las entidades territoriales y las apoyen una vez se produzca la delegación.

El Ministerio de Salud conciente de esta problemática ha planteado al ejecutivo central una modificación a la legislación vigente, mediante la presentación de fórmulas jurídicas para modificar su estructura interna en forma que se consagre la permanencia de la unidad encargada de las campañas directas y se amplie el plazo para la celebración de los contratos interadministrativos de delegación.

# PRINCIPALES REGIONES MALARICAS CON PERSISTENCIA DE TRANSMISION COLOMBIA 1991



## 4 - URABA

MUNICIPIOS: 13  
 HABITANTES: 387.857  
 CASOS: 19.669  
 P. falciparum: 6.759

## 1 - BAJO CAUCA

MUNICIPIOS: 14  
 HABITANTES: 397.911  
 CASOS: 70.812  
 P. falciparum: 25.556

## 2 - PACIFICO

MUNICIPIOS: 23  
 HABITANTES: 772.190  
 CASOS: 37.805  
 P. falciparum: 26.546

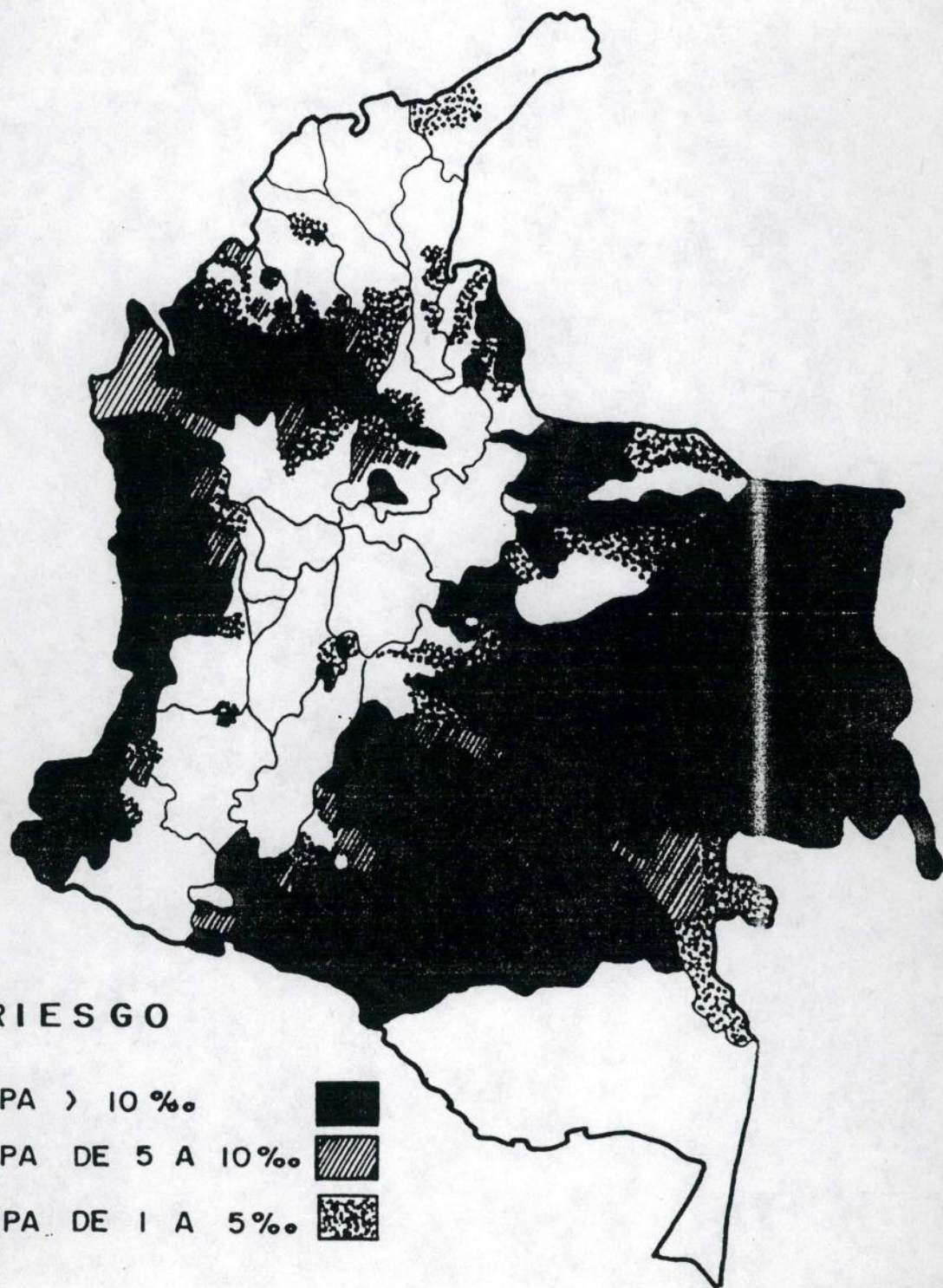
## 3 - AMAZONIA

MUNICIPIOS: 51  
 HABITANTES: 713.680  
 CASOS: 36.895  
 P. falciparum: 8.916

## AREA MALARICA

MUNICIPIOS: 747  
 HABITANTES: 23'176.186  
 MPIO S CON CASOS: 363  
 HABITANTES: 12'166.855  
 CASOS: 184.156  
 P. falciparum: 70.646

# MALARIA EN COLOMBIA SEGUN RIESGO 1991



## RIESGO

ALTO: IPA > 10‰

MEDIO: IPA DE 5 A 10‰

BAJO: IPA DE 1 A 5‰



TABLA 1

Indices de Prevalencia de malaria en Colombia 1959 - 1991

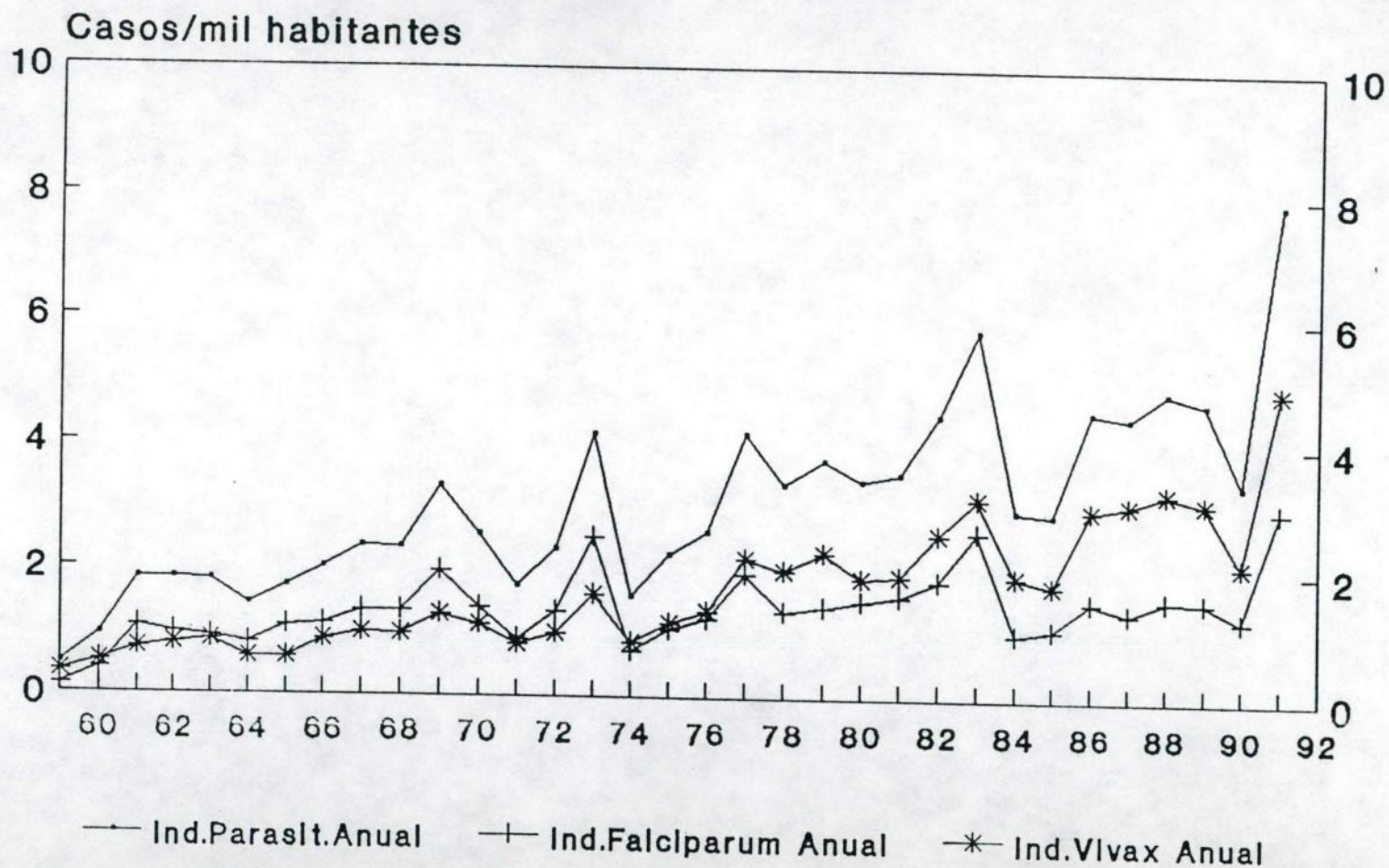
ANOS	POBLACION	MUESTRAS	M.POSITIV	P.falcip.	IPA	IFA	IVA	FRIF
1959	8,729,000	329,288	4,172	1,134	0.5	0.1	0.3	27.2
1960	9,018,368	509,920	8,426	3,595	0.9	0.4	0.5	42.7
1961	9,316,611	570,160	16,974	9,928	1.8	1.1	0.7	58.5
1962	9,624,615	697,245	17,497	9,408	1.8	1.0	0.8	53.8
1963	9,942,999	577,406	17,898	9,074	1.8	0.9	0.9	50.7
1964	10,270,154	499,634	14,728	8,440	1.4	0.8	0.6	57.3
1965	10,610,404	488,366	18,240	11,575	1.7	1.1	0.6	63.5
1966	10,949,390	655,897	22,148	12,206	2.0	1.1	0.9	55.1
1967	11,299,223	824,669	26,570	15,044	2.4	1.3	1.0	56.6
1968	10,859,263	857,439	27,286	15,602	2.5	1.4	1.0	57.2
1969	11,794,673	760,073	38,953	23,225	3.3	2.0	1.3	59.6
1970	12,462,645	680,571	31,889	17,225	2.6	1.4	1.1	54.0
1971	12,873,225	600,204	22,206	11,451	1.7	0.9	0.8	51.6
1972	13,223,912	642,259	30,763	17,549	2.3	1.3	1.0	57.0
1973	13,537,950	628,057	56,119	33,892	4.1	2.5	1.6	60.4
1974	14,152,382	402,434	22,312	10,144	1.6	0.7	0.9	45.5
1975	14,542,280	384,364	32,572	15,566	2.2	1.1	1.2	47.8
1976	14,942,920	385,659	38,839	18,542	2.6	1.2	1.3	47.7
1977	15,354,597	401,621	63,888	29,753	4.2	1.9	2.2	46.0
1978	15,777,616	379,994	53,116	21,197	3.4	1.3	2.0	39.9
1979	16,212,289	399,478	60,738	23,184	3.7	1.4	2.3	38.2
1980	16,658,935	434,864	57,123	25,288	3.4	1.5	1.9	44.3
1981	17,117,889	462,425	60,752	27,474	3.5	1.6	1.9	45.2
1982	17,590,000	503,218	78,226	32,393	4.4	1.8	2.6	41.2
1983	18,101,201	533,482	105,002	47,532	5.8	2.6	3.2	45.1
1984	18,599,889	407,627	55,268	19,273	3.0	1.0	1.9	34.9
1985	19,112,315	334,062	55,791	21,284	2.9	1.1	1.8	38.1
1986	19,638,858	477,503	89,251	30,235	4.5	1.5	3.0	33.9
1987	20,179,911	434,456	90,014	27,450	4.5	1.4	3.1	30.6
1988	20,735,865	510,536	100,850	32,639	4.9	1.6	3.2	32.7
1989	21,318,848	557,129	100,286	33,405	4.7	1.6	3.1	33.3
1990	22,554,801	496,083	99,489	35,322	4.4	1.6	2.8	37.2
1991	23,176,186	740,938	184,156	70,646	7.9	3.0	4.9	38.4

IPA : Indice Parasitario Anual

IFA : Indice de P. falciparum AnualIVA : Indice de P. vivax AnualFRIF: Porcentaje de casos de P. falciparum con relación al Total de casos.

La población corresponde al AREA MALARICA.

# Indices de prevalencia de malaria en Colombia. 1959 - 1991



# CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL PIAN COLOMBIA 1.990



DATOS CENSALES EN JULIO  
DE 1.990

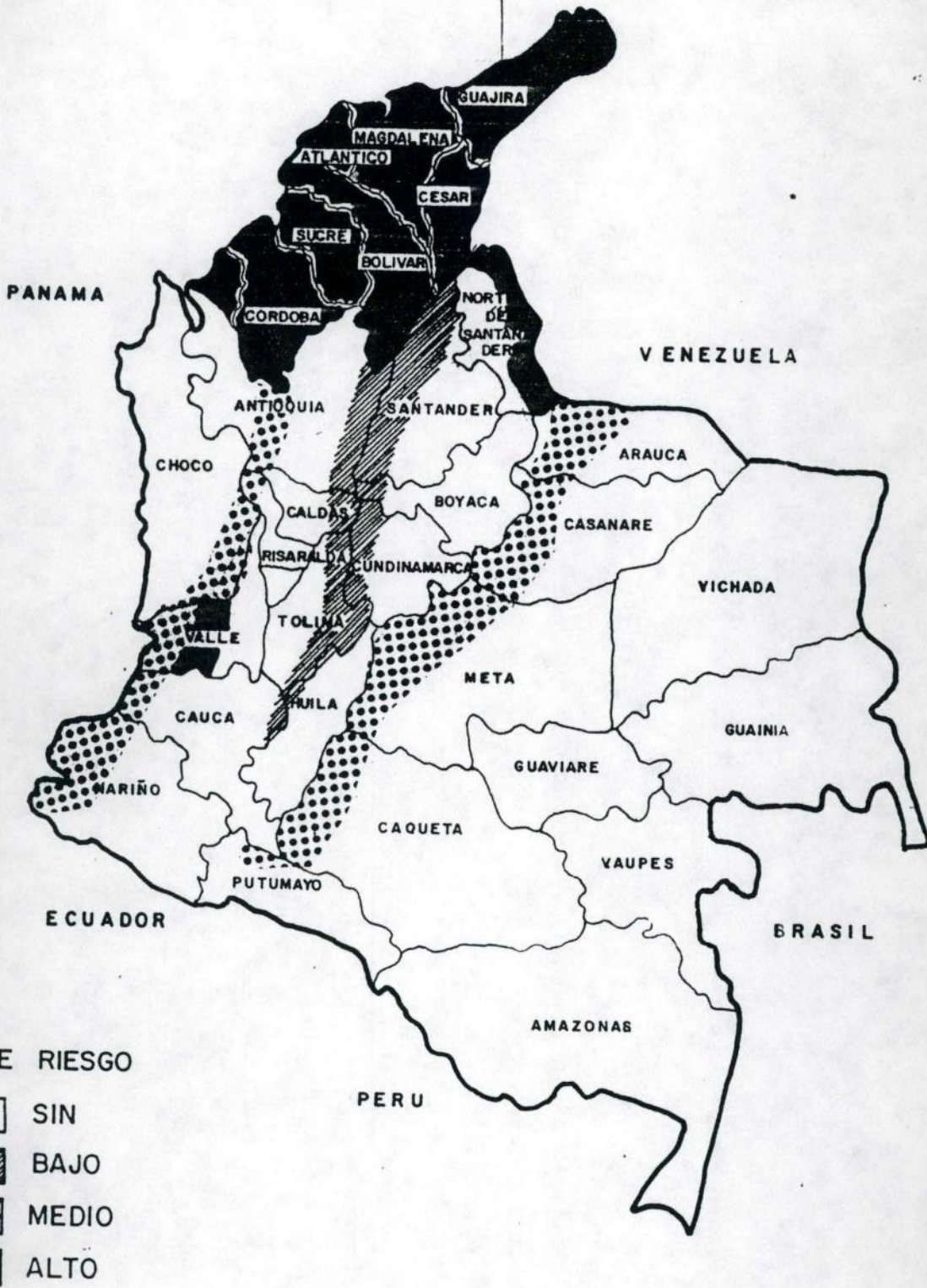
CONCEPTO SECCION	CASA S	POBLACION
ANTIOQUIA	1.731	7.248
CAUCA	12.700	47.635
CHOCO	56.081	231.161
NARIÑO	36.158	204.512
VALLE	45.279	282.761
TOTAL	151.949	773317

CASOS DE PIAN  
 COLOMBIA 1986 - 1991

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	AÑOS					
		1986	1987	1988	1989	1990	1991
Antioquia	Vigia del Fuerte	1	0	0	2	0	0
Subtotal Antioquia		1	0	0	2	0	0
Cauca	Guapi	0	0	1	14	24	0
	Lopez	0	3	2	10	0	0
	Timbiqui	0	0	1	4	5	3
Subtotal Cauca		0	3	4	28	29	3
Choco	Alto Baudó	0	0	0	6	0	0
	Bajo Baudó				8	1	
	Bojaya	1		1	5	5	0
	Condoto					1	4
	Itsmína	1		3	6	16	18
	Jurado				2		
	Nuquí				1		
	Quibdó	2		3	11	14	18
	Riosucio	1					
Tadó	4	2	4	5	7	2	
Subtotal Choco		9	2	11	44	44	43
Nariño	El Charco	1	0	1	0	0	
	Maquí	0	0	0	2	0	0
	Olaya Herrera	0	0	0	0	0	0
	Roberto Payán	1	0	2	2	0	2
	Santa Bárbara	0	0	0	0	0	0
	Tumaco	2	2	2	5	3	0
Subtotal Nariño		4	2	5	9	3	2
Valle	Buenaventura	0	5	3	15	3	8
Subtotal Valle		0	5	3	15	3	8
T O T A L		14	12	23	98	79	54

MAPA - B

# ESTRATIFICACION POR NIVEL DE RIESGO PARA DENGUE - COLOMBIA -



NIVEL DE RIESGO

-  SIN
-  BAJO
-  MEDIO
-  ALTO



CASOS DE DENGUE HEMORRAGICO CONFIRMADOS POR  
EL INTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS) 1990 - 1991

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	No. DE CASOS	
		1990	1991
ANTIOQUIA	Caucasia		1
ANTIOQUIA	Medellin	3	1
ANTIOQUIA	Puerto Berrio	1	
ANTIOQUIA	Remedios	1	
ANTIOQUIA	Vegachi	2	
ARAUCA	Araucita (Panama)	1	
BOYACA	Puerto Boyaca		1
CALDAS	La Dorada		3
CAUCA	Puerto Tejada	1	
CESAR	Valledupar		2
CMARCA	Puerto salgar		1
CMARCA	Villeta	1	1
CORDOBA	Tierralta	2	
GUAJIRA	Buenavista		1
GUAJIRA	Urumita		1
GUAJIRA	Villanueva	1	
GUAVIARE	Sn José Guaviare		1
HUILA	Neiva	1	2
MAGDALENA	Ariguani (El Dificil)	5	
MAGDALENA	Fundación		1
META	Fuente de Oro		1
META	Granada	1	
META	Piñalito	1	
META	Sn Juan Arama	1	
META	Villavicencio		1
NTE SANTANDER	Bochalema		1
NTE SANTANDER	Cucuta	7	55
NTE SANTANDER	El Zulia		1
NTE SANTANDER	Los Patios		6
NTE SANTANDER	Ocaña		1
NTE SANTANDER	Villa del Rosario		6
RISARALDA	Pereira	1	
SANTANDER	Bbermeja		2
SANTANDER	Bucaramanga		1
SANTANDER	El Carmen Chucuri		1
SANTANDER	Lebrija	1	
SANTANDER	Mogotes	1	
TOLIMA	Honda	1	
TOLIMA	Purificación		2
VALLE	Buenaventura	1	
VALLE	Buga	1	
VALLE	Cali	1	1
VALLE	Cartago	2	
TOTAL		38	95

VACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA AÑO 1991

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DE	DE 5 - 14 AÑOS		DE 15 - 44 AÑOS		DE	TOTAL
		1 - 4 AÑOS	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	45 Y + AÑOS	
Antioquia	Apartado	497	663	654	1416	768	308	4306
Antioquia	Medellin			2	9	122	1095	1228
Antioquia	Puerto Berrio					545		545
Antioquia	Turbo	103	173	170	117	93	2345	3001
Boyaca	Puerto Boyaca		2	3	5	269	1	280
Caqueta	Cartagena	82	115	137	159	156	54	703
Caqueta	Milan	164	199	233	203	207	47	1053
Caqueta	San Vicente	169	171	282	288	412	73	1395
Caqueta	Solano	241	109	120	359	419	333	1581
Caqueta	Valparaiso	85	133	116	114	79	25	552
Casanare							14222	14222
Cesar	San Alberto	291	183	133	159	85	47	898
Cesar	Valledupar	512	761	786	734	512	210	3515
Guajira	Barrancas	555	554	603	665	653	271	3301
Guajira	Riohacha	333	268	241	460	409	277	1988
Meta	El Castillo	162	279	273	377	472	257	1820
Meta	La Macarena	93	130	139	219	281	84	946
Meta	Sn Luis d. Cubarral	54	69	90	102	112	95	522
Meta	Villavicencio	11	2	3	10	1394	18	1438
Nte Santander	Cachira	223	128	120	165	85	57	778
Santander	Barrancabermeja	408	281	284	300	372	91	1736
Putumayo	Leguizamo	91	6	11	85	535	2	730
Putumayo	Mocoa	936	645	657	993	1047	357	4635
Putumayo	Orito	460	498	499	505	399	241	2602
Putumayo	Puerto Asis	1218	1380	1410	1356	1719	640	7723
Putumayo	Villagarzon	628	669	642	633	786	346	3704
Putumayo	Valle del Guamez	306	115	129	133	212	24	919
Santander	Carmon de Chucuri	805	1222	1137	1126	1355	558	6203
Santander	Cimitarra	249	288	297	232	1398	137	2601
Santander	Landazuri	16	10	11	8	26	4	75
Santander	La Paz	40	55	76	63	65	31	330
Santander	Puerto Parra	57		40	40	35	38	210
Santander	Puerto Wilches	27	20	63	94	74	80	358
Santander	Rionegro	28	25	28	39	14	11	145
Santander	San Vicente Chucuri	665	704	744	773	885	401	4172
Santander	Simacota	271	348	342	328	425	255	1969
Santander	Sta Helena del Dpon	41	60	67	83	101	71	423
Vichada	Mitu	364	330	325	565	457	160	2201
TOTAL PAIS		10185	10595	10867	12917	16978	23266	84808

## CAPITULO III

## RECURSOS FINANCIEROS PARA LA SALUD

La memoria del Ministerio de Salud 1990-1991 indica el origen y proporción que cubren las fuentes financieras del sector salud, entre 1987 y 1991, así:

1.	Aportes del situado fiscal	aprox.45%	Aportes de la Nación
2.	Rentas cedidas (impuestos a licores, cerveza e impuestos a las loterías)	aprox.30%	
3.	Ventas institucionales de servicios y servicios vendidos a la población	aprox.19%	
4.	Aportes departamentales y municipales	aprox. 6%	

## REORIENTACIONES DE LA LEY 10 DE 1990

La Ley 10 de 1990, en el aspecto financiero, apuntó a los siguientes objetivos básicos:

1. Reorientar la aplicación de las diversas fuentes de financiación del sector, indicando los servicios y orden de asignación de los recursos, creando nuevas fuentes de financiación del sector y fijando criterios para la transferencia de recursos, que tienen como indicadores básicos los niveles de eficiencia y eficacia.
2. Crear los Fondos Seccionales y Locales de Salud, dependientes de las autoridades político-administrativas de cada unidad territorial, encargados de recibir y distribuir los recursos del sector.

3. Separa la Dirección de Salud de las unidades prestatarias de servicios en el nivel hospitalario, con el objeto de que al adquirir esta última independencia patrimonial y administrativa, se fijen criterios de eficacia y eficiencia que permitan canalizar de mejor manera los recursos propios y los que reciben de las Direcciones seccionales de salud.
4. Vincular a los jefes de la administración local y seccional y a la comunidad al manejo y estudio de las fuentes de financiación de los servicios de salud en la zona de su jurisdicción. Es así como la ordenación del gasto en los fondos corresponde a los alcaldes o gobernadores y como se previó que las organizaciones comunitarias den su concepto sobre el plan municipal de inversiones, sean consultadas para la contratación de obras con la misma comunidad o entidades cooperativas y participen de la dirección de las entidades ubicadas en los diferentes niveles de atención.

Para atacar el déficit permanente del sector, la Ley ha adoptado las siguientes medidas concretas:

1. Incrementar el situado fiscal. Aunque no se ha transferido el 4% previsto, en 1991 lo apropiado sobre los recursos ordinarios de la nación alcanzó el 3.98%. La previsión de incrementar anualmente el porcentaje hasta en un 0.5%, pretende que el situado fiscal cubra el 50% del presupuesto nacional del sector.
2. Usar las facultades de intervención y asesorar a las autoridades departamentales para lograr un más ágil recaudo de las rentas cedidas y menores niveles de evasión (de un presupuesto del 72.000 millones para 1991, se lograron hasta octubre adiciones de \$3.000 millones).
3. Crear un monopolio rentístico destinado a la salud, a partir de los juegos de azar diferentes a las loterías y apuestas permanentes. Para ello se creó ECOSALUD, de la cual son socias la Nación y las entidades territoriales o sus organismos descentralizados y cuyos productos se destinarán así:
  - 10% para prestaciones sociales durante los 5 primeros años de la sociedad.

- 40% para los municipios en proporción a las rentas en su territorio, incrementable hasta en un 10% más, después de 5 años.
  - 50% para los municipios en proporción directa a su población e inversa a su desarrollo socioeconómico. (Para 1992 se espera recaudar 48.000 millones = 18,53% del presupuesto de 1991).
4. Atendiendo a que el diagnóstico de la salud indicaba altos porcentajes destinados a cubrir gastos de funcionamiento, se previó la reducción gradual del situado fiscal que se dedicará a esos rubros, hasta lograr en 5 años que tales gastos sean cubiertos con los recursos ordinarios del presupuesto seccional y local o con las rentas cedidas. De esta manera después de un lustro se espera que el situado fiscal se destine únicamente a cubrir la prestación de servicios.
- Para el mismo fin, se prohíbe a las entidades públicas y privadas asumir directamente las prestaciones asistenciales y económicas cubiertas por fondos de cesantía o entidades de previsión y seguridad social.
5. Fijar criterios para la distribución del situado fiscal que corresponde a los departamentos, quienes redistribuirán el 50% de lo recibido a los municipios, atendiendo a criterios de población, categoría socioeconómica y estímulos a los aportes locales, conforme lo determina el reglamento.

La síntesis normativa de los recursos para la salud puede observarse en el Cuadro No.2

## CUADRO No. 2

SINTESIS NORMATIVA  
Recursos para Financiar Servicios de Salud

Entidad Territorial: Nación

Normas Anteriores Ley 10  
- Vigentes -

Partidas del Presupuesto Nacional

Ley 10 de 1990 - Vigente -

## Artículo 42

Crea como arbitrio rentístico de la Nación la explotación monopólica de todos los juegos de suerte y azar diferentes a las loterías.

## Artículo 43

Autoriza la creación de una sociedad de capital público, cuyos costos y gastos no podrán ser superiores al 15% de las ventas netas y cuyo producido se destinará especialmente a los Fondos Locales de Salud (Ecosalud).

Constitución de 1991  
- Por Reglamentar -

## Artículo 356

Establece el principio de que no se podrán descentralizar responsabilidades sin recursos suficientes para atenderlas.

## Artículo 336

Establece que las rentas obtenidas por monopolio de juegos de suerte y azar estarán destinadas a servicios de salud.

De igual forma establece que las rentas del monopolio de licores se dedicarán preferentemente a servicios de salud y educación.

Nota: la proporción en que participan estos servicios y las entidades territoriales, requiere reglamentación legal; mientras ello suceda continúan vigentes las normas del Decreto 1222/86 y las de la Ley 10/90.

Entidad Territorial: Departamentos, Intendencias, Comisarías y Distrito Especial de Bogotá

Normas Anteriores Ley 10  
- Vigentes -

## RENTAS CEDIDAS POR LA NACION

Decreto 1222/86

Corresponden a impuestos nacionales, pero su producto es cedido a Departamentos, Intendencias y Comisarías.

## Impuesto al Consumo de Licores

Determinados según el precio promedio nacional al detal. Destinados a gastos de funcionamiento de hospitales universitarios y regionales.

Ley 10 de 1990 - Vigente -

## Artículo 33

Prevé que las rentas cedidas del recaudo seccional, se apliquen prioritariamente a los gastos de funcionamiento de la infraestructura utilizada en el segundo y tercer nivel y en último lugar a los gastos de funcionamiento de los organismos de dirección de los Servicios de Salud.

Constitución de 1991  
- Por Reglamentar -

Recaudados por la Nación y girados a Servicios Seccionales de Salud.

Distribuidos en proporción al consumo con base en contratos de compra-venta y constancias de despachos y entregas.

Tarifas del impuesto:

35% sobre licores nacionales y extranjeros.

10% Sobre vinos extranjeros

5% Sobre Vinos nacionales.

**Impuesto sobre el Consumo de Cerveza**  
Gravamen del Ocho por ciento (8%) sobre el valor de facturación al detallista.

Percibido también por el Distrito Especial de Bogotá.

Destinado a funcionamiento de hospitales, conforme a planes seccionales y con aprobación de Minsalud.

**Impuesto sobre Eventos Hípicos, Deportivos y Similares:**

Incluye a Bogotá.

Destinado exclusivamente a construcción, dotación, sostenimiento y reparación de instituciones asistenciales y hospitalarias. (Para estas últimas no menos del 85%, exceptuando a Bogotá).

#### **RENTAS PROPIAS DE DESTINACION ESPECIFICA A SALUD (Decreto 1222/86)**

**Juegos de Apuestas Permanentes  
Creados por Loterías o Beneficencias**

La Totalidad de los ingresos netos se entregarán a los programas de los Servicios Seccionales de Salud, que destinarán no menos de un 30% a programas de acueductos y alcantarillados en poblaciones de menos de 100.000 habitantes.

#### **Artículos 39 - 41**

Para fines de control de los sujetos pasivos de las rentas destinadas a salud, se impusieron obligaciones que tienen que ver con la presentación y aprobación de sus presupuestos y contabilidad, con la presentación ante la Superintendencia Nacional de Salud de la declaración de ventas y del pago del impuesto cedido.

#### **Artículo 44**

El impuesto sobre cerveza se causa en el momento de la entrega por el productor.

Se amplía el impuesto a sifones y a productos destinados a publicidad, promoción, donaciones y comisiones. El ocho por ciento (8%) del impuesto destinado a salud se determinará con base en el consumo en la respectiva jurisdicción y se girará directamente a los Fondos Seccionales.

#### **Artículo 48**

El Ministerio de Salud adoptará un reglamento tarifario para la prestación de servicios.

## Loterías

Su producido de dedica a beneficencia.

### Estampillas Prodesarrollo Departamental

Una porción del producido se destinará a creación de infraestructura sanitaria. (Las Asambleas determinarán la proporción).

#### Artículo 191

Ordena apropiar a las entidades beneficiarias del Situado Fiscal, de recursos propios para gastos de funcionamiento en salud, un porcentaje no inferior al apropiado en 1972 (14 años atrás).

### Situado Fiscal

#### Decreto 1222/86

Porcentaje de los ingresos ordinarios de la nación para atención de servicios en Departamentos, Intendencias y Comisarias y el Distrito Especial de Bogotá.

- Artículo 185 y Sig. -

El 26% de los porcentajes asignados se dedicarán a gastos de salud pública que no correspondan a campañas sanitarias nacionales y que no sean dirigidas y administradas por la Nación. (monto reformado por la ley 10/90).

Recursos administrados por seccionales de salud con sujeción a planes nacionales del Ministerio de Salud. (modificado por la Ley 10/90).

(Ver Anexo Nº 2 Sobre Evolución del Situado Fiscal a partir de 1986)

#### Artículo 32

Establece que a partir de 1991 el Situado Fiscal de la Salud no podrá ser inferior al 4% de los recursos ordinarios de la Nación, pudiendo aumentarse anualmente hasta en un 0.5%.

#### Artículo 37

Fija las prioridades de aplicación del Situado así:

1. Servicios básicos de salud y asistencia pública.
2. Gastos de funcionamiento de infraestructura del primer nivel.
3. Prestaciones Sociales.
4. Gastos de funcionamiento de la infraestructura del segundo nivel.
5. Gastos de funcionamiento de la infraestructura del tercer nivel.

Se prevé que las asignaciones actuales de gastos de funcionamiento administrativo, en un plazo de cinco (5) años deben cubrirse con rentas cedidas y recursos propios de las entidades territoriales.

#### Artículo 356

Amplia el Situado Fiscal a los Distritos Especiales de Santa Marta y Cartagena y lo mantiene para los departamentos y el Distrito Capital.

Prevé el aumento anual del Situado Fiscal hasta llegar a un porcentaje que permita atender adecuadamente los servicios.

El Situado Fiscal se asignará así:

- 15% Por igual entre entidades beneficiarias
- 85% atendiendo:
  - Número de usuarios actuales y potenciales.
  - Esfuerzo Fiscal.
  - Eficiencia Administrativa.

Cada cinco años estos porcentajes podrán revisarse

Nota: la disposición constitucional implica una revisión legal de la Ley 10 de 1990, mientras tanto ésta continua vigente.



## Entidad Territorial: Municipios

## Normas Anteriores Ley 10

Los centros y puestos de salud locales eran dependencias del hospital que determinara el Servicio Seccional y por lo tanto presupuestalmente estaban ligados a las Seccionales de Salud aun cuando atendían el 80% de los pacientes con sólo el 21% del gasto.,

Los municipios podía destinar de recursos propios lo necesario para la construcción y dotación de instalaciones del primer nivel de atención conforme al Artículo 18 del Decreto 77 de 1987.

La Ley 12 de 1986 prevé que un porcentaje de la recibido por el IVA, se destine a gastos de inversión y funcionamiento municipal.

Dentro de los gastos de inversión considera el mantenimiento y dotación de la planta física de los puestos de salud.

## Ley 10 de 1990 - Vigente -

## Artículo 34

Prevé que no menos del 50% de los recursos del Situado Fiscal que reciben los departamentos, intendencias y comisarias, se distribuirá entre los municipios de su jurisdicción, atendiendo a criterios de población cubierta, categoría socioeconómica y estímulos a los aportes locales, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud.

La transferencia de tales fondos se hará de manera directa a los municipios, según la distribución antes prevista y una vez que hayan acreditado el cumplimiento de los requisitos de la Ley (Ver Cuadro N°1 Anexo Sobre el Estado del Proceso).

## Artículo 43

Los municipios recibirán del monopolio rentístico de la nación (Ecosalud) los siguientes porcentajes:

- 40% en proporción a rentas que ascienden al 50% después de 5 años.
- 50% en proporción directa a su población y en proporción inversa a su desarrollo socioeconómico.
- Los pagos nunca serán inferiores al 14% de las rentas mensuales y se girarán a los Fondos Locales de Salud.
- Del producto resultante de las apuestas en juegos deportivos se asignará el 40% para los Servicios Locales de Salud.
- Cuentan además los municipios con los recursos ordinarios que se destinan para salud y con la recuperación de costos por aplicación de las tarifas que reglamente el Ministerio de Salud.

Constitución de 1991  
- Por Reglamentar -

## Artículo 356

Al prever que el situado fiscal lo recibirán los Departamentos y Distritos Especiales para la prestación directa o a través de los municipios, de los servicios de salud y que la Ley definirá los niveles de atención a los que se dirige el situado, es claro que la norma constitucional acoge el criterio de la Ley 10 de 1990 de que el situado se puede girar directamente a las localidades.

## Artículo 357

Prevé la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación, en el porcentaje que determine la Ley y con aplicación a las áreas de interés social que ella misma priorice.

Al ser las necesidades básicas insatisfechas, un criterio de asignación, se prevé que una parte de tales recursos sea destinada a cubrir necesidades de salud insatisfechas.

Tal participación se incrementará anualmente del 14% en 1993 hasta alcanzar un mínimo de 22% en el 2002.

## CAPITULO IV

LAS PROPUESTAS DE ADECUACION CONSTITUCIONAL - POSIBLES  
INCIDENCIAS EN LA LEY 10 DE 1990

Las iniciativas de reforma legal que recogen las disposiciones constitucionales relacionadas con los aspectos de funciones territoriales y financieros de la salud y con el tema de la seguridad social, están contenidas en las siguientes propuestas presentadas hasta el momento:

- 1o. La relativa a transferencia de recursos del Departamento Nacional de Planeación (DNP) que será presentada al Concejo Nacional de Política Económica y Social (CONFES). Ella incluye la delimitación de responsabilidades de los niveles territoriales.
- 2o. La Reforma Tributaria que en algunos de sus apartes hace relación a los recursos de destinación específica a salud y que actualmente cursa en el Congreso.
- 3o. Las propuestas sobre seguridad social cuyo trámite se encuentra suspendido por decisión presidencial.

I. LA PROPUESTA DEL DNP: REGLAMENTACION DE FUNCIONES Y  
TRANSFERENCIA DE RECURSOS

El documento que se encuentra en discusión parte de los siguientes supuestos:

- a. El reordenamiento de funciones entre los tres niveles de la administración (nación, departamento y municipio) debe ser articulado en cuanto a la distribución de responsabilidades.
- b. Los recursos transferidos y las rentas propias de las entidades territoriales deben guardar relación con las responsabilidades transferidas, favoreciendo a las entidades más pobres conforme al criterio de asignación por necesidades básicas insatisfechas (NBI).
- c. La descentralización debe tener en cuenta las ventajas funcionales de las entidades; en especial los municipios deben ser crecientemente responsables de la prestación de los servicios sociales básicos, con apoyo, asistencia y evaluación del departamento y la nación, particularmente esta última por ser responsable de garantizar los servicios básicos mínimos (la disposición constitucional confiere esta responsabilidad al Estado en general y no a la nación en particular, esto es, que cualquier instancia estatal es responsable de tal garantía).

- d. El proceso de descentralización debe ser gradual, con asesoría y asistencia técnica de la nación a los departamentos e incluso llegando a administrar transitoriamente los recursos mientras se adecúan institucionalmente los entes territoriales para asumir sus funciones. De la misma manera deben proceder los departamentos ante los municipios.

#### Funciones territoriales en materia de salud

El proyecto en relación con las responsabilidades de las entidades territoriales, introduce algunas reformas en relación con las funciones previstas en la ley 10 de 1990. La propuesta se presenta así:

Corresponde a la Nación (a través del Ministerio de Salud):

- Formular las políticas y objetivo de desarrollo del sector
- Asignar los recursos que deben ser transferidos a las entidades territoriales (en el texto del proyecto esta función la asume realmente el DNF).
- Prestar asistencia técnica y asesoría a las entidades territoriales bajo la coordinación del DNF (Esta coordinación solo sería explicable durante los cuatro años que se tienen previstos para la ejecución del Sistema de Apoyo Institucional a los Municipios, que se describirá en el capítulo de políticas de apoyo, cuya dirección técnica corresponde a ese Departamento Administrativo.)
- Intervenir en la administración de los recursos del situado fiscal cuando los departamentos o distritos no hayan acreditado el cumplimiento de los requisitos para el manejo autónomo o cuando tal autonomía sea suspendida en virtud de la evaluación del servicio o del uso de los recursos.
- Prestar asesoría y asistencia técnica a las entidades territoriales para la construcción de infraestructura y equipamiento hospitalario y cofinanciar estas actividades a través de la Financiera de Desarrollo Territorial (FINDETER) (Estas funciones se vienen adelantando por el Fondo Nacional Hospitalario, entidad que se propone liquidar).
- Impulsar y coordinar las campañas y programas nacionales de prevención en salud.

Por su parte la Ley 10 de 1990 al establecer que la dirección del Sistema de Salud recae en el Ministerio de Salud, precisa un mayor número de funciones que se derivan de tal calidad y que le confieren potestad para expedir normas obligatorias sobre manejo de personal, normas científicas, autorizaciones a entidades privadas, régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes y coordinación interinstitucional.

La indefinición que sobre el mismo particular se observa en las funciones de las otras entidades territoriales, de no subsanarse con la remisión expresa a lo estatuido en la Ley 10, hace presumir que en la autonomía territorial se subsumen esas competencias, a menos que se aplique el principio conforme con el cual se mantendrían vigentes las normas de la ley 10 que no sean contrarias a la nueva ley, puesto que esta expresamente no la deroga.

Corresponde a los departamentos:

- Asegurar la prestación de los servicios de salud de segundo y tercer nivel y contratar los servicios que se presten a través de los hospitales con entidades privadas y ejecutar las campañas nacionales cuando le sean delegadas.  
Para asumir los servicios que venía prestando la nación se prevee la celebración de contratos con el Ministerio de Salud que deberán suscribirse en los plazos que se fijen mediante decreto presidencial, término al cabo del cual si no se han celebrado los asumen automáticamente y mediante resolución del Ministerio en la que se determinarán los recursos de todo orden que quedan a cargo del departamento.
- Actuar como intermediario entre la nación y el municipio.
- Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y demás entidades del sector y coordinar y complementar la acción municipal, armonizando sus actividades con las del departamento y contribuyendo a la prestación de los servicios a cargo del municipio (se recoge el principio de subsidiaridad de la ley 10 conforme con el cual la Dirección seccional asumirá provisionalmente la prestación de los servicios municipales mientras estos se descentralizan).

Con la Ley 10 los departamentos adquirieron similares funciones y se le confirió la dirección y administración de los 107 hospitales regionales y 11 universitarios con capacidad de atención de 18.000 camas y cerca de 40.000 funcionarios. Para asumir estas responsabilidades se debían efectuar los ajustes

institucionales que permitieran la creación de la Dirección Seccional y el fondo seccional de salud. Los plazos para esta adecuación eran de 5 años para los departamentos y 7 para las antiguas intendencia y comisarías. El decreto presidencial que fije los plazos para asumir los servicios seguramente revisará los de la ley 10, ya que se propone que los mismos no vayan más allá de 1996, y que se fijen atendiendo la capacidad administrativa y operativa de las entidades territoriales.

**Corresponde a los municipios:**

- Adelantar acciones de promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación en el primer nivel de atención, así como la prestación de servicios médicos a través de los hospitales locales, centros y puestos de salud y la vigilancia y control del saneamiento ambiental. La prestación de estos servicios se hará directamente o mediante contratación con entidades privadas.

Idénticas responsabilidades se fijaron en la ley 10, excepto la relativa a la vigilancia y control del saneamiento ambiental que no fue expresa pero que se colegía al señalarse el saneamiento ambiental como un factor de la salud. En virtud de esta ley los municipios deberían asumir la administración de 3.000 centros y puestos de salud y más de 500 hospitales locales, con cerca de 12.000 camas y 30.000 funcionarios.

**Corresponde a los Distritos Especiales:** (Santa Fé de Bogotá, Santa Martha y Cartagena).

- Además de las responsabilidades fijadas para la generalidad de los municipios, asumirán la prestación de los servicios en el segundo y tercer nivel de atención, también de manera directa o mediante contratación con entidades privadas.
- Adelantar las campañas nacionales que les delegue la Presidencia de la República. Este mecanismo de delegación no tiene en cuenta que la responsabilidad de las campañas recae en el Ministerio de Salud y es a quien compete la coordinación y control de las mismas. Se observa que la delegación recae únicamente en distritos y departamentos y no está prevista para los municipios; sobre el particular la ley 10 no establecía restricciones.
- Al igual que los departamentos, deben asumir la prestación de los servicios de las entidades nacionales, mediante la suscripción de contratos con el Ministerio de Salud en el plazo que fije el Decreto Presidencial o mediante resolución del Ministerio si no se han acogido a él.

### La transferencia de recursos

Los recursos transferidos a las entidades territoriales desde el nivel nacional son de dos clases: el situado fiscal con aplicación exclusiva a salud y educación y las llamadas transferencias municipales para atención de servicios sociales básicos (salud, educación, vivienda, justicia, recreación, etc).

Las propuestas del DNP sobre el tema de las transferencias han tenido variaciones. La primer propuesta, conocida en el mes de febrero de 1992, estaba sustentada en un documento que para estimar las transferencias tenía en cuenta el plan de desarrollo 1991 - 1994. La segunda propuesta que fundamenta el presente análisis no contempla porcentajes y los deja a discrecionalidad del legislador. Por estimarlo de interés, se anexan las proyecciones de costos y financiación del sector salud que se extractaron de la primera versión del DNP y se incluye un cuadro de proyecciones de recursos elaborado por el DNP en esa oportunidad.

Las fuentes de financiación del sector salud provienen de los siguientes rubros, que son desarrollados en la propuesta del DNP en lo que hace a las transferencias nacionales:

- El situado fiscal
- Las transferencias a los municipios.
- Los recursos de Ecosalud
- Las rentas departamentales
- Los recursos propios de los departamentos y municipios.

#### 1. El situado fiscal

Las siguientes son algunas observaciones generales sobre la propuesta:

Es pertinente anotar que el situado fiscal es el porcentaje de ingresos corrientes de la nación que se destina a salud y educación. En la propuesta no es discriminado por sectores, dejando tal asignación a lo que resulte de los planes sectoriales que presenten los departamentos. En la segunda versión del proyecto de ley no se indica el porcentaje a transferir; en la propuesta inicial se preveía que el situado fiscal se aumentaría en dos puntos anuales a partir de 1993, iniciando en 1992 en un 12%, para estabilizarse en 1996 en el 19%.

También del documentos inicial del DNP se toma el dato según el cual de estos porcentajes la mayor dedicación corresponde a educación en una proporción similar a la que históricamente se ha mantenido (2/3). Allí se observaba que salud tendría aproximadamente el 33% del situado fiscal y educación el 67% restante, esto siguiendo las directrices

del plan de desarrollo 1991-1994.

Se recogen esos estimativos por considerar que la propuesta que lleve el CONPES al Congreso debe ser congruente con el plan de desarrollo del Presidente y además por el interés de compararlos con lo dispuesto en la ley 10. En esta última se establece que el situado fiscal para la salud no puede ser inferior al 4% de los ingresos corrientes de la nación, porcentaje que puede incrementarse hasta en 0.5% si tales ingresos aumentan.

Al promediar el porcentaje de recursos ordinarios que correspondería a la salud conforme a la propuesta original del DNP, encontramos que en 1992 la transferencia es del 3.96%, en 1993 el 4.62% y en 1995 el 5.26%. Estos porcentajes en relación con lo previsto en la ley 10 y en el supuesto de que se diera el incremento del 0.5%, serían inferiores al 6% promedio que podría haberse transferido en 1995. Este ejercicio tiene por objeto observar como la ley 10 podría permitir una mayor amplitud en la transferencia de recursos para el sector, además de que daba mayores seguridades para la financiación del sector al establecer un mínimo de transferencia, diferenciable de educación.

Con la ley 10 el situado fiscal se asigna en un mínimo del 50% a los municipios, con el fin de garantizar recursos para el primer nivel de atención, dado que para los otros niveles se da un apoyo a través de las rentas cedidas y otros ingresos del departamento. La distribución debe efectuarse en la proporción indicada por las seccionales y los giros se efectúan a la seccional, a menos que los municipios acrediten la totalidad de los requisitos de adecuación institucional, caso en el que los giros son directos.

La propuesta parte de que el situado fiscal se asigna a los departamentos y distritos, sin fijarles porcentaje de distribución a los municipios, dándoles libertad de programar tal distribución. Los giros a los municipios se harán de manera directa y no estarán atados al cumplimiento de requisitos de adecuación; solo se requiere la creación del fondo local de salud.

Tampoco se contemplan en el proyecto las aplicaciones del situado fiscal, como si lo hace la ley 10 para evitar que éste se dedique a gastos de funcionamiento y orientarlo preferentemente a atención de servicios del primer nivel.

**Criterios de distribución del situado fiscal:** Los criterios propuestos, que recogen la fórmula constitucional, son:

- a. un 15% se asigna por partes iguales entre los 32 departamentos y los 3 distritos.

## CUADRO No. 3

## SECTOR OFICIAL DE SALUD

FINANCIACION DEL GASTO  
(millones de pesos)

FUENTE	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
1. Aportes Nacionales	3.618	4.649	3.948	4.123	3.872	3.917	3.865	4.406	4.411	5.374	5.225
1.1 Funcionamiento	2.524	2.981	2.948	3.202	3.178	3.031	2.975	3.388	3.626	4.057	3.917
- Situado Fiscal	1.322	1.842	1.962	2.063	2.065	2.276	2.029	2.754	2.869	3.163	3.157
- Otros	1.202	1.139	986	1.139	1.113	755	946	634	757	894	760
1.2 Inversión	1.094	1.668	1.000	921	694	886	890	1.018	785	1.317	1.308
1.2.1 R. Ordinarios	908	830	846	804	515	387	434	438	698	938	892
1.2.2 Crédito externo	186	838	154	117	179	499	456	580	87	379	416
2. Rentas Seccionales	2.236	2.420	2.490	2.783	2.849	2.823	2.945	3.049	3.519	3.375	3.565
2.1 Impuestos	1.231	1.299	1.359	1.625	1.558	1.472	1.557	1.737	2.045	1.980	2.222
.Licores	292	355	321	318	304	247	395	540	760	829	958
.Cervezas	323	383	432	459	421	418	432	476	515	466	561
.Beneficiencia y lot.	515	504	518	549	450	430	431	410	424	362	382
.Apuestas perman.				104	131	113	94	107	116	114	113
.Registro y anotación	1	57	88	195	252	264	205	204	230	209	208
2.2 Dpto. Municipio y Departamento	142	114	118	111	96	102	59	54	132	174	167
Municipio	117	114	118	111	95	74	52	48	50	70	67
Otros	nd.	nd.	nd.	nd.	1	8	1	2	75	99	95
2.3 Venta de Servicios	25	nd.	nd.	nd.	nd.	20	6	4	7	5	5
	863	1.007	1.013	1.047	1.195	1.249	1.329	1.258	1.342	1.221	1.176
3. Rentas propias entid.	15	43	37	34	42	49	45	23	31	29	23
4. Total Salud	5.869	7.112	6.475	6.940	6.763	6.789	6.855	7.478	7.961	8.778	8.813

FUENTE: DNP-DISAL.



- b. un 45% se distribuye en proporción a los usuarios actuales, definidos según registro de consultas por primera vez en el sistema de salud pública de las entidades territoriales (los servicios seccionales han estimado que este criterio no recoge el amplio trabajo que en el área de promoción se adelanta).
- c. un 15% en relación con los usuarios potenciales, definidos por los déficits de salud medidos entre la población pobre, según datos del DANE.
- d. un 15% de acuerdo con el esfuerzo fiscal medido como la relación entre los recursos tributarios propios (contribuciones obligatorias) y el situado fiscal recibido.
- e. 10% restante conforme a eficiencia administrativa medida por la relación entre indicadores de salud (índices de mortalidad infantil) y los costos por funcionario de las dependencias responsables.

Se observa que los componentes d y e favorecen a los departamentos y distritos más desarrollados administrativamente. Sobre el particular las direcciones seccionales de salud indican que la eficiencia y el esfuerzo fiscal deben medirse históricamente, en relación con los avances que registren las unidades territoriales -individualmente analizadas- en un periodo de tiempo determinado.

**Procedimiento para la transferencia:** La propuesta indica que el Ministerio de Hacienda señalará el monto del situado fiscal y el DNP lo comunicará a los departamentos y distritos, para que éstos en el curso de un mes entreguen los planes de los dos sectores, que deben incluir las propuestas de distribución a los municipios. Los planes regresan al DNP quien los somete a consideración de los ministerios de salud y educación. El consolidado del situado se discutirá en un comité en el que participan los ministerios del ramo y los de gobierno y hacienda y en el que solamente se podrán hacer modificaciones a la distribución intrasectorial. Una vez aprobado pasa al CONPES para aprobación y para que se integre con las transferencias municipales de modo que ingrese al proyecto de ley presupuestal que el gobierno tramita ante el Congreso. Aprobada la ley de presupuesto el Ministerio de Hacienda hará los giros a las diferentes entidades territoriales incluidos los municipios.

A su vez la programación que hacen los departamentos para la

Is this OK?  
 Having the amount decided before  
 the plan seems a rather well thought  
 way of proceeding

transferencia a municipios y comunidades indígenas, debe tener en cuenta la población con necesidades básicas insatisfechas, el número de familias inscritas y atendidas, las consultas por primera vez y la evolución de índices de vacunación completa para niños y la reducción de hospitalizaciones por enfermedades prevenibles. Esta transferencia tendrá como base la información que suministre el DANE en armonía con el Ministerio del ramo y el DNP. Los giros mensuales serán hechos por el Ministerio de Hacienda a los fondos especiales que creen los municipios y a partir de 1994 para hacer estos giros es condición indispensable que los municipios hayan demostrado, a través del departamento, el cumplimiento de la destinación de los recursos del situado en el año anterior.

En este procedimiento la primer observación tiene que ver con la no consideración de los planes locales de salud para asignar los recursos del situado fiscal (previsión si contenida en el proyecto original). Por esta vía se vulneran claras disposiciones constitucionales relativas a la planeación en el ámbito local y se coloca nuevamente a los municipios en dependencia con las entidades centrales de poder, vulnerando su autonomía política y administrativa. Al no existir la consideración de los planes locales de salud para fijar el situado y si para las transferencias municipales directas, como se verá más adelante, se crea un caos para que las municipalidades proyecten los recursos globales de financiación de salud y educación.

Ahora bien, dado que la asignación y giro de los recursos municipales del situado no obedece a otros criterios que la información suministrada por el Dane, es obvio que desaparecerían los requisitos de acreditación de la ley 10 que tienden a incentivar la adecuación municipal para garantizar la prestación de los servicios de salud.

Aplicación de la transferencia entre 1992 y 1995: el proyecto de ley formula un regimen de transición para la distribución del situado entre 1992 y 1995. En 1996 se aplicarían los criterios ya reseñados. Durante el periodo de transición se aplicarían los siguientes criterios:

- a. los departamentos y distritos tendrán un situado fiscal equivalente a lo distribuido en 1992 en pesos constantes (12%).
- b. A partir de 1993 la diferencia entre los incrementos anuales y el básico de 1992, se asignará siguiendo los criterios indicados con las siguientes precisiones:

Para usuarios actuales:	1993	25%
	1994	30%
	1995	35%
	1996	45%

Para usuarios potenciales:	1993	35%
	1994	30%
	1995	25%
	1996	15%

Las disminuciones en el porcentaje de usuarios potenciales obedecen al criterio de que la cobertura anual efectiva se incrementará como consecuencia del mejoramiento en la eficiencia.

**Gradualidad del proceso:** La propuesta formula el principio de autonomía territorial en la administración de los servicios de salud y educación y en la destinación de las rentas del situado, pero somete a las entidades a la auditoría y evaluación de la Nación. Para alcanzar la anterior autonomía los departamentos y distritos deberán:

-Poner en marcha, en coordinación con el DANE, un sistema de información elaborado conforme a criterios definidos por el DNP con la colaboración del Ministerio del ramo.

-Definir los procedimientos de programación, evaluación, control y seguimiento de los programas.

-Elaborar concertadamente con el Ministerio y presentar anualmente a la Nación planes sectoriales que justifiquen plenamente las necesidades de financiación y las metas de cobertura y calidad de las responsabilidades asumidas.

-Realizar, con la asistencia de los ministerios, los ajustes institucionales requeridos (conferir autonomía a las instituciones hospitalarias y de prestación de servicios, organizar la dirección y el fondo especial de salud. Queda entendido que en este punto también se incluyen los contratos para asumir los servicios e instituciones que dependen de la Nación).

Adquirida la autonomía puede la Nación realizar la administración transitoria de los recursos del situado fiscal, si en la evaluación se detecta que la calidad o cobertura del servicio han disminuido o que las transferencias no han sido debidamente aplicadas. Esta administración se ejerce también cuando las entidades territoriales no han adquirido la autonomía.

## 2. Ecosalud

Conforme a disposición constitucional sobre la destinación de las rentas de los monopolios de suerte y azar, los recursos netos de Ecosalud se distribuirán así:

- un 15% para el pago de prestaciones sociales o para contribuir a la reorganización de las instituciones de utilidad común, conforme a las reglas que expida el Presidente a quien se le otorgan facultades temporales para legislar sobre el tema.

La ley 10 previó para el pago de prestaciones un 10% durante los 5 primeros años de existencia de la sociedad, sin discriminar como distribuir este porcentaje entre departamentos y municipios.

- un 25% entre todos los municipios en proporción al número de habitantes con NBI.
- un 40% entre todos los municipios en relación directa al grado de pobreza municipal en relación con el promedio nacional, tomando la mortalidad infantil como uno de los indicadores básicos.

La ley 10, por su parte, asigna un 50% teniendo en cuenta criterios de pobreza y población.

- el 20% restante se distribuye entre todos los municipios en proporción a los recaudos y ventas de Ecosalud. La ley 10 asigna a este factor 40% en los primeros 5 años y 10 puntos más de allí en adelante.

Como se observa, los ingresos por Ecosalud, tanto en el proyecto como en la ley 10, refuerzan el presupuesto municipal, situación que viene siendo cuestionada por las direcciones seccionales quienes ven en esta sociedad un riesgo de disminución de ingresos para la atención de los servicios de 2o y 3er nivel, al considerar que pone en peligro la venta de sus loterías.

Refuerza este argumento de desfinanciación de tales niveles la previsión del proyecto de que los recursos de Ecosalud se destinen al primer nivel y a las actividades de referencia de pacientes entre municipios. Esta apreciación no tiene en cuenta que el situado fiscal según la propuesta no tiene orientación preferencial al primer nivel como la tenía la Ley 10 y que siendo los departamentos quienes presentan los planes de distribución, pueden asegurar los recursos que demandan los niveles que atienden.

### 3. Las transferencias de ingresos corrientes a los municipios

La transferencia para inversión social a los municipios será igual al 14% de los ingresos corrientes de la nación en 1993, hasta alcanzar como mínimo el 22% en el año 2002, según el ordenamiento constitucional.

La propuesta del DNF recoge el mínimo constitucional de tal

suerte que el incremento anual propuesto a partir de 1993 es de un punto, y plantea que a partir de 1996 -como mínimo- el 70% de los recursos recibidos por esta transferencia se destinen al cubrimiento de los servicios básicos de salud, educación, vivienda y saneamiento básico, debiendo los municipios asignar contrapartidas para ampliar cobertura y calidad de los servicios. Del 30% restante dispondrán las localidades para atender los demás servicios (vivienda, recreación, justicia, etc.).

Entre 1993 y 1995 podrán dedicar un porcentaje máximo del 30% en el primer año y del 10% en el último, para cubrir gastos de funcionamiento.

Se propone que en salud el porcentaje de la transferencia que se le asigne, se destine al pago de médicos, enfermeras y demás personal especializado, o para subsidiar a la población pobre en el primer nivel de atención. También puede destinarse a la construcción, dotación y mantenimiento de infraestructura hospitalaria y de centros y puesto de salud y a la promoción de la salud, a restaurantes escolares y al bienestar materno infantil o a programas de la tercera edad y de deficientes físicos o mentales.

Supone lo anterior que tratándose de la transferencia municipal si operan los planes locales, lo que no se previó en el situado fiscal.

El control posterior de las transferencias y del control del gasto, lo asumiría el DNP previo reporte municipal a las oficinas de planeación departamentales. Este control admite fiscalización comunitaria y aplicación de sanciones por el DNP que pueden llevar a la asunción temporal de la administración de los recursos por la nación.

**La fórmula de distribución:** Siguiendo los lineamientos constitucionales se propone la siguiente distribución:

- un 60% atendiendo criterios de pobreza absoluta (40% en proporción directa al número de habitantes con NBI) y de pobreza relativa (20%).
- el 40% restante así: porcentaje de población 20%; eficiencia fiscal 6%; eficiencia administrativa 6%; progreso en la calidad de vida 4% y el 4% restante asignable a los municipios con población inferior a 50 mil habitantes que se distribuirá siguiendo los mismos criterios.

**La fórmula transitoria:** Se propone que entre 1993 y 1995 se aplique una fórmula según la cual a cada municipio se le asignará la misma cantidad de 1992 en pesos constantes, con

aumentos reales en cada año que tengan en cuenta los criterios de distribución y lo que sobre el particular determine el DNF.

La distribución y giro de los recursos se hará siguiendo el mismo procedimiento del situado fiscal. No se aclara la conformación del comité que precede al Conpes y se entiende que en este caso se elimina el paso por la instancia departamental.

El esquema que orienta el procedimiento de asignación de las transferencias se presenta en anexo.

## II. LA PROPUESTA DE REFORMA TRIBUTARIA

### 1. Regimen de las entidades territoriales

La propuesta gubernamental presentada al congreso al finalizar el primer trimestre de 1992, afirma que la autonomía tributaria de las entidades territoriales está destinada a complementar la transferencia de recursos y a asignar recursos fiscales para la descentralización de responsabilidades.

Los aspectos directamente relacionados con el sector salud son los siguientes:

- Pasan a ser de propiedad de los departamentos las rentas que perciban por concepto de:
  - . impuesto sobre consumo de licores y vinos
  - . impuesto sobre consumo de cervezas y sifones.

Estas rentas hasta la fecha forman parte de las llamadas rentas cedidas, ya que son de la nación pero apropiadas por los departamentos.

En el caso de las rentas de licores, constitucionalmente destinadas de manera preferente a salud y educación, se propone eliminar el impuesto sobre las ventas (IVA) que hoy afecta la producción e importación, para integrarlo al impuesto sobre el consumo, estableciendo una tarifa unificada a nivel nacional del 30% que implica una reducción del impuesto vigente cercana al 57% y en otros casos mayor. En la exposición de motivos se afirma que esta reducción no afectaría a los departamentos pues ella se compensaría con un posible aumento en la importación de licores, al paso que se desincentivaría el contrabando. De no ser así, queda el recurso de utilizar la facultad conferida a los departamentos para fijar una sobretasa al consumo, aplicable al productor o al importador. Se mantiene el impuesto a las ventas (IVA) para el distribuidor.

- En cuanto a cervezas se establece igualmente un impuesto al consumo del 48%, aplicable a productores e importadores.
- El impuesto de registro y anotación que se destina parcialmente a salud puede registrar un aumento del 11 al 20 por mil, aumento que según la exposición de motivos incrementará recaudos en 23.000 millones anuales.
- Para salvaguardar los recursos destinados a salud, el proyecto en su artículo 51 propone que "En ningún caso, la suma que los departamentos destinen a los servicios seccionales de salud, por concepto del recaudo sobre el consumo de licores, o por concepto de otros impuestos, podrá ser inferior en su conjunto a la participación que a dichos servicios seccionales les haya correspondido en 1991 por concepto de la cesión vigente a su favor, en relación con el impuesto sobre las ventas cedido a su favor que por la presente ley se elimina".

No se determina que la destinación se haga en pesos constantes, lo que podría llevar a que en la realidad haya disminución de los recursos de salud.

La eliminación del IVA como renta cedida no significa que no se cobre por el distribuidor secundario en el caso de licores y cervezas; surge entonces el interrogante de quien percibe este impuesto, situación que no queda clara en el proyecto.

- En el orden municipal se registra la desaparición del IVA, de carácter nacional, para algunos servicios determinados taxativamente y su transformación en un impuesto de carácter local, el ILVA. Este entra a formar parte de los recursos propios y por lo mismo sale de las transferencias dentro de las cuales salud tiene un porcentaje de aplicación.

El ILVA, que no puede ser superior al IVA, grava servicios de espectáculos públicos, publicidad, clubes sociales, parqueaderos, bares, restaurantes, hoteles y similares, revelado, fotografías y fotocopias, peluquería, gimnasios, salas de belleza y similares, lavandería, tintorería, juegos electrónicos, cintas de video y similares y servicios de vigilancia.

- También en el ámbito municipal se facultad a las localidades para que previa consulta a las comunidades afectadas, establezcan la "contribución de interés comunitario" para la construcción de obras de interés específico de un sector de la comunidad, barrio o zona. De aprobarse la iniciativa, los recursos serán manejados por organizaciones cuyos miembros son de elección popular.

Este mecanismo podría contribuir a financiar obras del sector salud.

## 2. La reforma tributaria en el ámbito nacional:

Para sanear las finanzas del estado central y acopiar mayores recursos para las transferencias se proponen una serie de medidas, entre las que se reseñan las relacionadas con el sector salud:

- El IVA que se propone unificar y aplicar para todos los productos (excepto los de la canasta familiar) y ubicarse en el 18%, no se aplicaría a productos farmacéuticos y a los servicios de salud, aun cuando estaría presente en el impuesto pagado por los insumos.
- La calidad de contribuyentes se hace extensiva a las empresas industriales y comerciales del Estado, como es el caso de Ecosalud, lo que incidiría en los recursos netos a transferir para salud. Esta medida afectaría también a las entidades de economía mixta y sociedades industriales que prestan servicios de acueducto, alcantarillado y salud pública.
- Se fija un impuesto sobre concursos hípicos, del 1% sobre el producto de las ventas, con destino a Ecosalud o a la entidad que el gobierno señale, para aplicarse a salud (esta medida fortalecería el sector). Se faculta a las entidades territoriales para fijar una sobretasa para el mismo fin, que no podrá exceder del 2%; lo anterior sin perjuicio del impuesto nacional de ganancias ocasionales.

Los efectos de todas estas medidas sobre el sector salud aun no han sido calculados. Se espera que al finalizar el primer semestre del año el Congreso haya adelantado la discusión de la propuesta gubernamental, aunque la aspiración del gobierno es que para ese momento se expida la ley pertinente.

### III LAS PROPUESTAS DE REFORMA DEL SISTEMA DE SEGUROS DE SALUD

En versión preliminar de un estudio presentado por Fedesarrollo en Abril de 1992, se resumen las tres propuestas de reforma sobre el tema de los seguros de salud, que son iniciativas para desarrollar el precepto constitucional que indica que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio y que garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social. Estas propuestas fueron presentadas por el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguros Sociales y el Departamento Nacional de Planeación y el resumen que aquí se hace de las mismas, se remite al mencionado estudio, del que se extractan las siguientes ideas centrales:



## 1. La propuesta del Instituto de Seguros Sociales

Esta propuesta plantea la existencia de un Fondo Unico Nacional Público en el que recae la responsabilidad y el aseguramiento del sistema, agrupando recursos y riesgos para hacer vigente los principios de solidaridad y equidad y mantener el equilibrio del sistema y sus finalidades. De otro lado existiría un aparato de prestación de servicios, compuesto por los hospitales y un conjunto de organizaciones prestadoras de los servicios personales de salud (que son intermediarias entre los asegurados, los hospitales y el Fondo Unico).

Esta iniciativa se identifica por las siguientes propuestas:

- Creación del Seguro Obligatorio de Salud Integral (SOSI).
- Existencia de un Fondo Unico Público Nacional. Se considera que la privatización no implica una reducción de los costos del sistema.
- Prevalencia del principio de solidaridad en el sistema, en factores como los ingresos, las regiones, los diferentes grupos de edades y entre sanos y enfermos.
- Evaluación comunitaria del riesgo (riesgo promedio y no riesgo grupal) para asegurar la solidaridad.
- Competencia en la prestación de los servicios personales de salud.
- Existencia de subsidios a la demanda para quienes no puedan pagar el servicio.
- Aporte al sistema de acuerdo a la capacidad de pago de los afiliados y no atendiendo al riesgo.
- Derecho de todos los usuarios a un mismo paquete integral de servicios, independiente de su contribución.
- Libre escogencia de la organización prestadora de servicios
- Diferenciación en las labores de aseguramiento y ejecución (Fondo Unico y entidades prestadoras del servicio).
- Participación del sector privado en la ejecución.
- Necesidad de garantizar la promoción y prevención.
- Cobertura universal a partir de la descentralización.
- Gradualidad del proceso de cobertura universal.
- Empresarialización de las diferentes actividades de salud.

El gráfico 1 ilustra el esquema de funcionamiento de la propuesta y el cuadro 1, a su vez muestra el análisis financiero de la misma.

## 2. Propuesta del Ministerio de Salud

Genéricamente la propuesta del Ministerio concibe un sistema en el que por un lado existe una dirección general y un fondo de solidaridad que mantiene el equilibrio, el curso y

los propósitos y, de otro lado, un conjunto de agencias aseguradoras y de múltiples proveedores de los servicios ubicados en el ámbito seccional y municipal. Enfatiza igualmente en la solidaridad y universalidad y en menor grado en la eficiencia y plantea la adecuación del sistema a la estructura actual del sistema de salud concebido en la ley 10 de 1990.

Las características de la iniciativa son las siguientes:

- El sistema sería descentralizado con énfasis en el municipio.
- creación de un seguro de salud de afiliación universal y obligatoria.
- Como servicio público el seguro conformaría un paquete básico integral para todo el país, con las variaciones que se desprendan de las diferencias locales y regionales.
- El sistema se fundamenta en la cooperación entre el sector público y el privado.
- Goza de autonomía administrativa y financiera
- Debe estar dotado de una estructura flexible y competitiva en un mercado regulado.
- El sistema es solidario tanto fiscal como parafiscalmente.
- Trata de identificar e implementar componentes de un programa de eficiencia y calidad de los servicios.
- Fundamenta el sistema de salud en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
- Existe libertad de elección para que el usuario acuda a las entidades prestadoras de servicio.

El esquema de funcionamiento de la propuesta y la presuestación financiera se observan en el gráfico y cuadro No.2.

### 3. Propuesta del DNF

Son características fundamentales de esta propuesta:

- Existencia de dos subsectores, público y privado. El primero se organiza alrededor de los fondos locales y seccionales de salud, se ocupa de la población pobre del país y entrega un servicio subsidiado. El privado se fundamenta en la medicina prepagada, regulada y en competencia y se dirige a la población no pobre del país. Se aconseja que en el largo plazo se debe ir hacia un único sistema que debe ser el de prepago competitivo y regulado.
- El énfasis se coloca en el aumento de eficiencia, impulsada a partir de la competencia que prevalece especialmente en el subsector privado.
- Existe solidaridad fiscal notoria en el subsistema oficial y no existe aun consenso sobre la parafiscal propuesta en

algún momento a modo de creación de un fondo regional de compensación. En el sector privado la solidaridad es relativa ya que los servicios son iguales para grupos que pagan igual cotización.

-El aumento de cobertura podría darse por un mejoramiento de la eficiencia en el subsistema oficial o a través de las facilidades y la atracción que genere el sistema de prepago.

-El subsidio estatal debe dirigirse a la demanda y no a la oferta de servicios.

-La forma de pago del subsidio en el nivel hospitalario sería por costos estándar y en atención primaria por familia inscrita.

-el subsistema oficial presenta poca o ninguna regulación a las agencias que en él intervendrían, al contrario de lo que sucedería con el privado que debe regularse en cuanto al tamaño de la población a cubrir -se reconocen las economías de escala-, los usuarios no pueden ser rechazados y pueden elegir libremente la agencia a la que se afiliarán.

-En todos los caso deben pagarse tarifas moderadas o franquicias como elemento de control al uso excesivo de los servicios médicos.

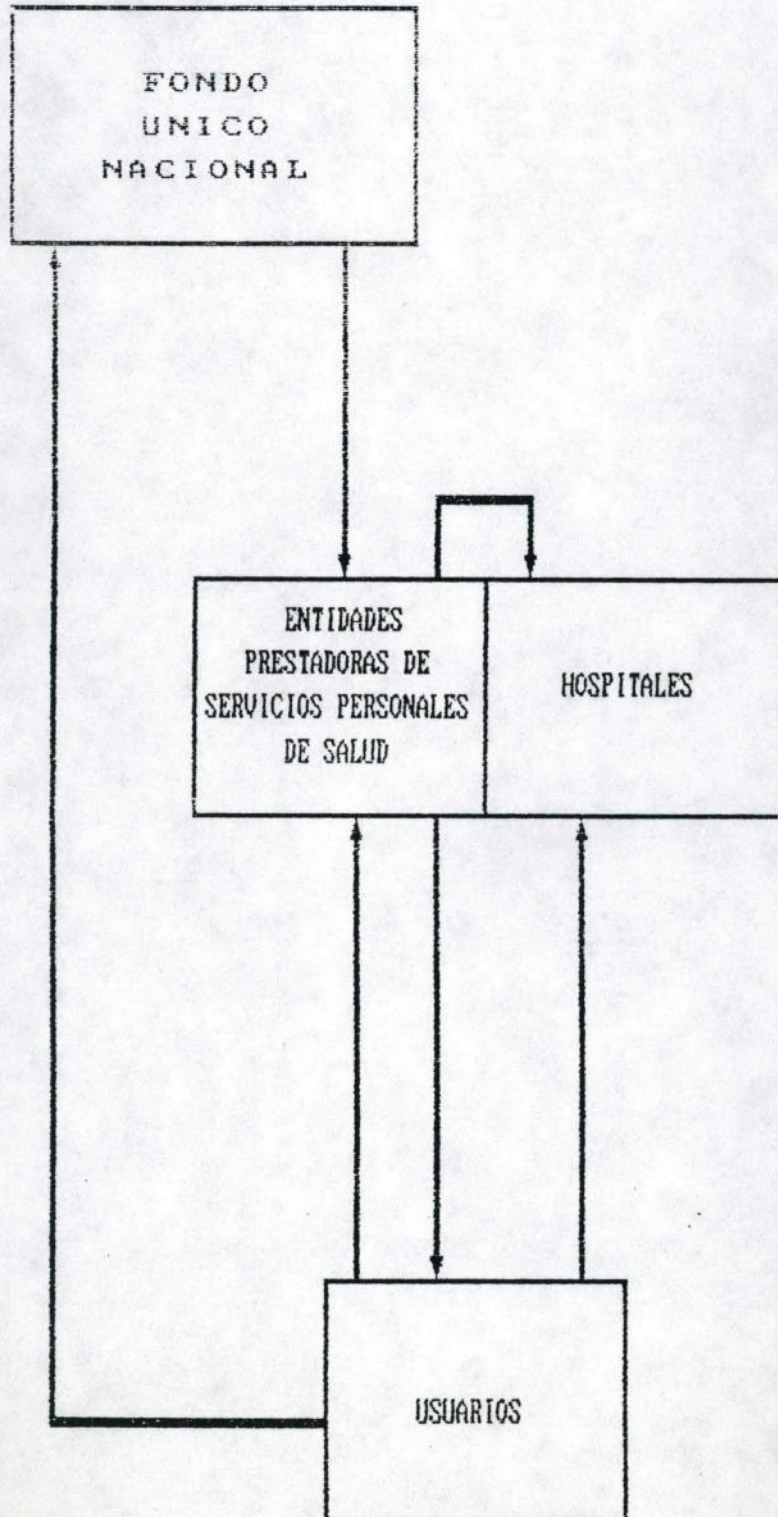
-Se plantea un paquete estándar obligatorio, con unos mínimos de calidad y servicio.

-La atención de urgencias será obligatoria para todas las entidades hospitalarias independientemente del subsistema y de la forma de pago.

El Gráfico 3 ilustra la propuesta y el cuadro No.3 las previsiones sobre financiación del subsistema oficial.

Gráfico 1  
PROPUESTA I. S. S.

(Fedesarrollo)



Cuadro 1  
PROPUESTA ISS - ANALISIS FINANCIERO

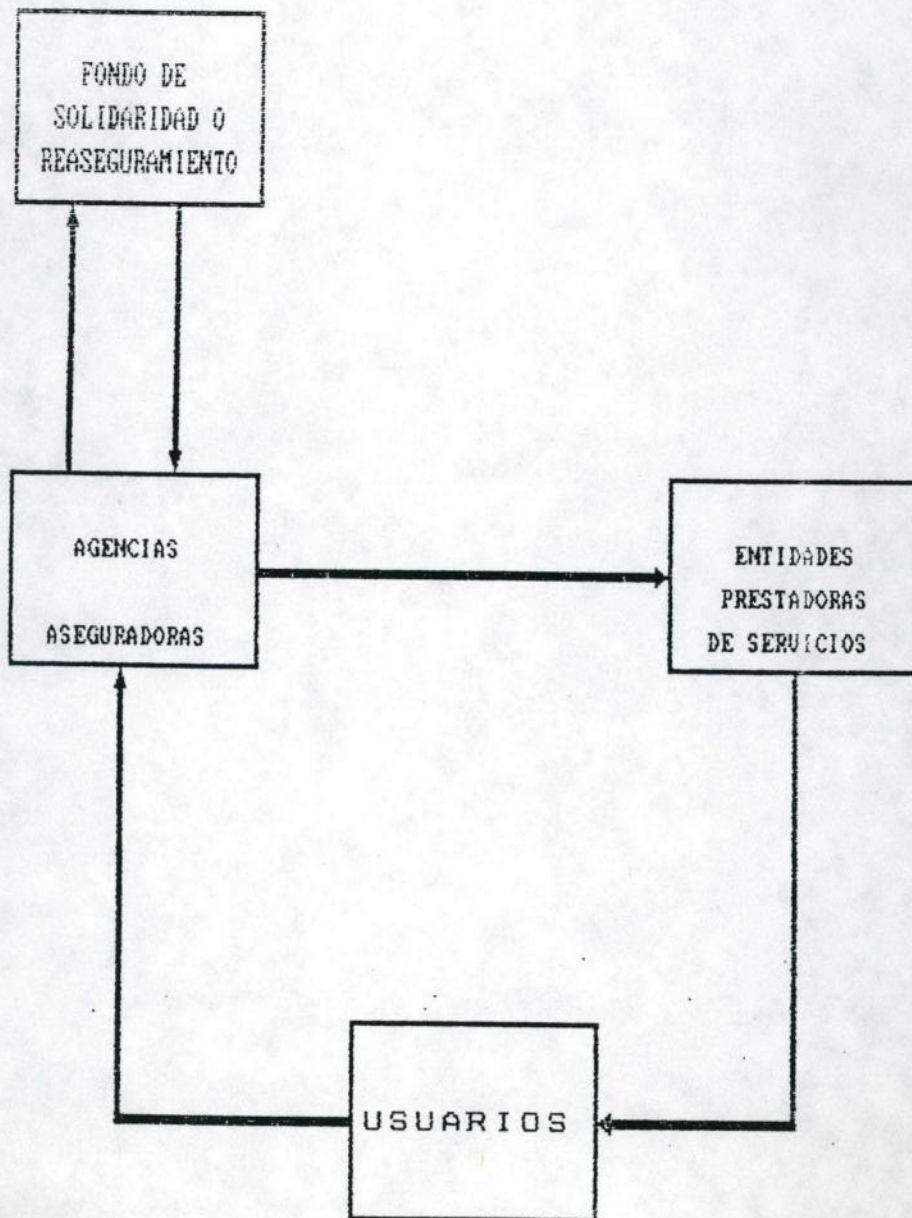
GRUPO No.	COBERTURA FAMILIAR DENOMINACION	POBLACION	100% COSTO 1991 (\$ MILES)	100% POSIBLES INGRESOS	OBSERVACIONES
1	INDIGENTES	3,297.817	116,190.337		
2	DESOCUPADOS FAMILIARES	1,094.875 1,347.791	38,575.183 47,486.046		
3	INFORMALES FAMILIARES	4,701.818 5,787.938	165,656.803 203,923.525	67,606.179	APORTE POR FAMILIA SIN IMPORTAR NUMERO: \$1200/MS
4	INDEPENDIENTES FAMILIARES	1,175.454 1,446.984	41,414.183 50,980.864	176,035.991	SE CALCULA INGRESO PROMEDIO: 2 SALARIOS MIN(1991) CON MED. FAM. (APORTE 12%)
5	ASALARIADOS NO CUBIERTOS FAMILIARES	3,244.329 3,993.769	114,305.821 140,710.466	364,403.033	SE ESTIMA INGRESO PROMEDIO: 1.5 SALARIOS MIN (1991) CON MED. FAM. (APORTE 12%)
6	AFILIADOS FAMILIARES	3,476.060 3,409.452	122,470.284 120,123.517	435,480.797	SALARIO PROMEDIO ASEGURADO ISS - 91: \$87.000 CON MED. FAM. (APORTE 12%)
	APORTES FISCALES			200,000.000	SE EXCLUYE INVERSION EN INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE
	CAJAS DE COMPENSACION			40,000.000	CORRESPONDE AL 25% DEL TOTAL DE INGRESOS DESTINADOS A SALUD
	VENTA SERVICIOS			72,000.000	VENIA DE SERVICIOS DE LOS ACTUALES HOSPITALES PUBLICOS
	ECOSALUD			50,000.000	SE ESTIMA EL PRODUCIDO ANUAL DE ECOSALUD
	T O T A L E S	32,976.287	1,161,837.029	1,405,526.000	
			* \$35,232.50 por beneficiario		

Fuente: ISS; Propuesta para la prestación de servicios personales de salud dentro de la seguridad social. Febrero 4 de 1992.

Gráfico 2

(Fedesarrollo)

# PROPUESTA MINISTERIO DE SALUD



Cuadro 2  
GASTOS SEGUN SECTORES, 1991 (1)  
Millones de \$

SECTOR	Número familias	Particulares	Estado	TOTAL
Medicina privada	700	49.000		49.000
Seguro social	1.982	138.740		138.940
FFAA	205	14.350		14.350
Subtotal	2.887	202.090		202.090
Miseria (2) (95%)	1.397	4.889	92.901	97.790
NBI (65%)	1.361	33.344	61.926	95.270
NBS (40%)	484	20.328	13.552	33.880
Subtotal	3.242	58.561	168.379	226.940
TOTAL	6.129	260.651	168.379	429.030

PIB 1991 (Proyectado): \$26.65 billones 0.63% 1.61%

(1) Incluye atención básica gratuita cuyo valor familia año es de \$12.000.

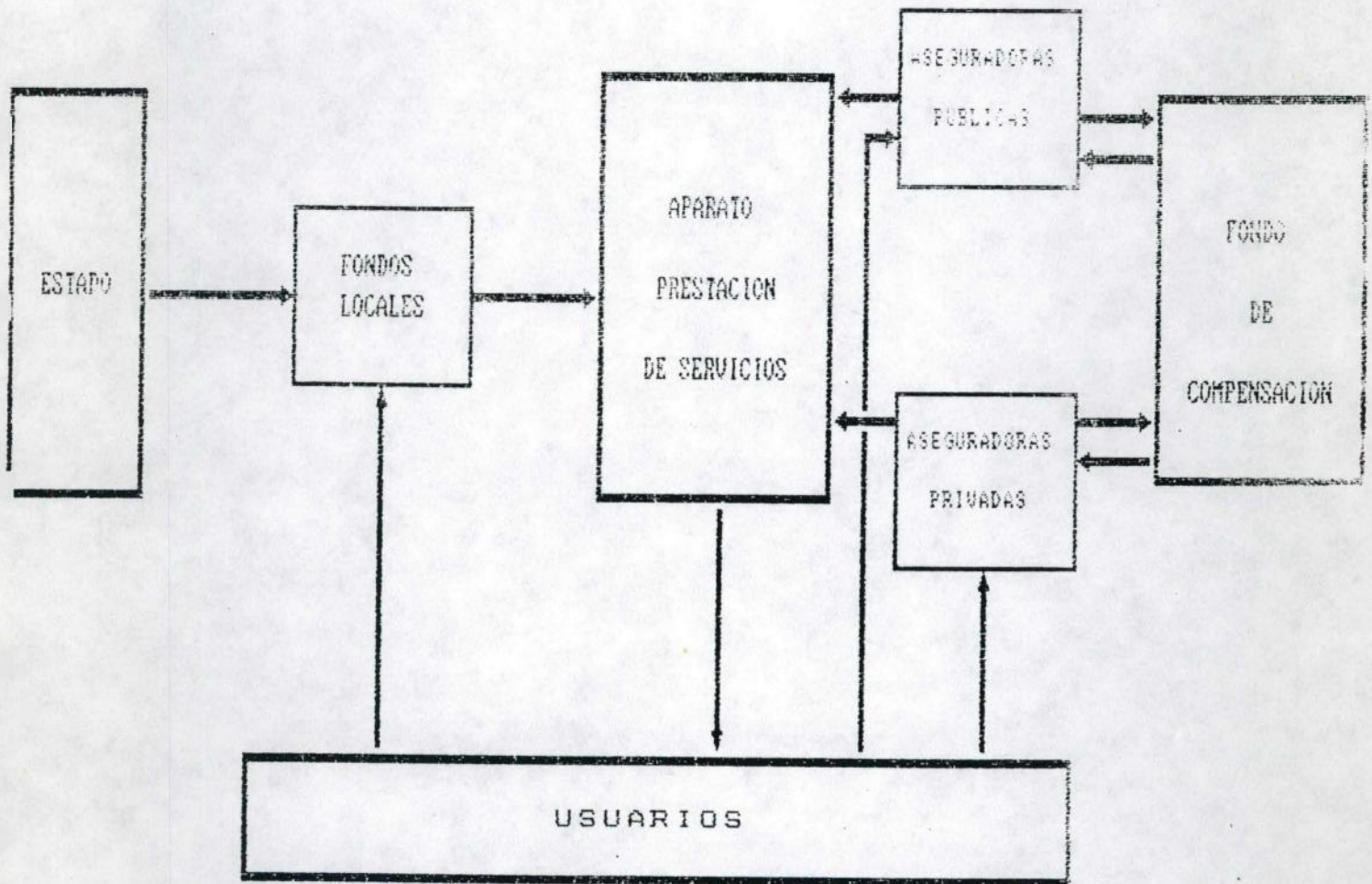
(fedesarrollo)

Gráfico 3  
PROPUESTA D.N.P.

(Fedesarrollo)

SUBSISTEMA  
PUBLICO

SUBSISTEMA  
PRIVADO





Cuadro 3  
FINANCIACION DEL SISTEMA DE SALUD, D.N.P.

COTIZACION PROMEDIO POR FAMILIA	12.02	8.42	9.43
FINANCIACION			
I. RENTAS FISCALES			
. RENTAS SECCIONALES	116.524		
. SITUADO FISCAL	145.662		
. ECOSALUD	39.200		
. SUBTOTAL FINANCIACION FISCAL	301.386	301.386	301.386
II. INGRESOS POR COTIZACIONES	878.276	935.268	1047.251
III. CO-PAGOS	61.122	61.122	61.122
VII. TOTAL FINANCIACION	1240.784	1297.776	1409.759
COSTO FINANCIACION	18.336	75.328	187.311
INGRESO FAMILIAR PROMEDIO MENSUAL	158.391	240.742	210.129

(Fedesarrollo)

## CAPITULO V

## POLITICAS DE APOYO A LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD

Las políticas de apoyo a la descentralización de la salud deben estimarse como el conjunto de acciones tanto nacionales como sectoriales que permitirán a las entidades territoriales asumir las responsabilidades legales y constitucionales. En el presente capítulo se exponen los programas tanto nacionales como sectoriales que difieren de las propuestas de adecuación constitucional vistas en el capítulo IV.

## I. LAS POLITICAS NACIONALES

El gobierno nacional expidió en 1991 el Decreto 1542, por el cual se creó el Sistema de Apoyo al Desarrollo Institucional de los Municipios, que tiene como propósito coordinar actividades públicas y privadas de apoyo a los municipios para consolidar la autonomía local, fortalecer la capacidad de gestión y generar condiciones para el desarrollo integral de las localidades.

El Sistema se estructuró a partir de la creación de comités de coordinación a nivel nacional y departamental y previó la creación de comités municipales. En estos comités participan entidades públicas y privadas que apoyan la labor de los municipios. Su composición está descrita en el texto del Decreto que se anexa.

En el nivel nacional la secretaría técnica del comité la ejerce el DNP y la presidencia recae en la Secretaría de Administración Pública de la Presidencia de la República. En el nivel departamental el comité se adscribe al despacho del gobernador, quien lo preside y la secretaría técnica la ejerce la Oficina de Planeación Departamental. En ambas instancias se previó la creación de Unidades Técnicas de Apoyo.

La estructura del sistema puede observarse en el esquema que se acompaña.

## DESARROLLOS DEL SISTEMA: EL PROGRAMA BASICO (P.D.I.)

Los instrumentos centrales del sistema están conformados por:

1. La creación de un sistema de información que registre las demandas y ofertas de apoyo a los municipios y que estructure los indicadores que aseguren el seguimiento y evaluación de las acciones que se ejecuten.
2. El diseño y ejecución de programas de desarrollo institucional integral y de desarrollo sectorial.

Desde el nivel nacional se ha formulado y encuentra en ejecución el Programa Básico de Apoyo al Desarrollo Institucional de los Municipios - P.D.I., cuya unidad ejecutora se vinculó a la estructura de la Unidad de Desarrollo Territorial del DNP.

Este programa busca fortalecer la capacidad de gestión de las localidades con poblaciones inferiores a 100 mil habitantes (más de 900), a través de un conjunto de acciones a adelantar en un período inicial de cuatro años, con el fin de fortalecer a las localidades en las siguientes áreas:

- Planeación
- Gestión de proyectos
- Organización administrativa (finanzas, sistemas de información, etc.)
- Participación comunitaria

Los recursos para la ejecución del programa básico ya han sido asegurados y son los descritos en el cuadro anexo.

Para 1992 el programa tiene como meta cubrir 600 municipios en una fase inicial de diagnóstico de necesidades de desarrollo institucional, que permita posteriormente presentar los programas de apoyo que se desarrollarán con cofinanciación municipal.

Para adelantar esta fase de diagnóstico se están formando 365 agentes de apoyo pertenecientes a instituciones públicas y privadas nacionales y departamentales o regionales (Corpes, departamentos, ONGs, SENA, universidades, sectores indígenas, representantes locales y comunitarios, etc.).

Los agentes de apoyo están siendo capacitados para el manejo de las guías y herramientas que permitan efectuar el diagnóstico, para establecer la demanda municipal en los aspectos de gestión indicados y detectar la oferta de servicios y su calidad, con el fin de confeccionar los inventarios que irán a alimentar el sistema de información y permitirán crear los indicadores de diagnóstico y evaluación.

**LOS PROGRAMAS SECTORIALES** (educación, salud, vivienda, etc.) incluyen las iniciativas de las entidades sectoriales tanto del orden nacional como departamental para ajustar sus actividades a las necesidades de las municipalidades.

En el área de salud, el Ministerio asumiría responsabilidades sobre las acciones de fortalecimiento institucional municipal del sector, que se canalizarán a través del sistema, para armonizar la política sectorial de apoyo y asesoría técnica a la descentralización. Concertar con el PDI estas políticas, le

permitirá a la dirección del sistema de salud dar cobertura a los municipios medianos y pequeños, que no están dentro de la programación de actividades diseñada conforme a los plazos de la ley 10. Las iniciativas que se estudiarán conjuntamente con el DNF para lograr tal armonía, tendrían en cuenta en principio:

-Contribuir a la realización del diagnóstico municipal, aportando información sectorial que identifique necesidades detectadas de servicio y conocimiento que se tenga sobre la oferta de servicios de apoyo a las localidades por parte de entidades públicas y privadas.

- Que el diseño de programas resultantes del diagnóstico se haga con fundamento en las necesidades de apoyo detectadas y vinculando a los oferentes de servicios.

- Que las políticas sectoriales que se relacionen con los aspectos de gestión priorizados, se armonicen con las del PDI para evitar duplicidad de esfuerzos.

Para concertar estos y los demás aspectos susceptibles de armonización en el contexto del sistema, e identificar otras áreas de cooperación, ya se están efectuando acercamientos entre el Ministerio de Salud y la unidad responsable del FDI.

CUADRO N° 4

RECURSOS DE FINANCIACION DEL PROGRAMA BASICO DE APOYO  
AL DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LOS MUNICIPIOS

PERIODO 1991 - 1995  
(MILLONES DE PESOS)

BANCO MUNDIAL	\$ 5.000.00
PRESUPUESTO NACIONAL	1.000.00
PNUD	62.50
FIR	1.400.00
SIP - PNR	1.500.00
ESAP - SENA	2.000.00
DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS	4.000.00
T O T A L	\$ 14.962.50

## II . LAS POLITICAS SECTORIALES

### A . PROBLEMAS Y POLITICAS DE SALUD (1)

El Ministerio de Salud en su memoria 1990 - 1991 denominada la "Revolución de la Salud", enfatiza en que es urgente un nuevo enfoque en el modelo de atención que permita superar la orientación curativa y el énfasis hospitalario, en un contexto de contribuir a realizar el tránsito hacia una nueva cultura de la salud y coadyuvar con las entidades territoriales el mejoramiento de la prestación del servicio.

Se ubica la renovación de la cultura salud como la estrategia fundamental para superar los problemas de la salud, a partir de examinar el patrón epidemiológico que revela como una tercera parte de las muertes son producto de la violencia y que las otras causales importantes de mortalidad - enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer - reflejan problemas de estilo de vida y comportamiento social.

La estrategia complementaria es la promoción de la participación para mejorar la eficiencia del sector.

La renovación propuesta conducirá, conforme a lo expresado en el informe ministerial, a transformar el estilo de vida y lograr una relación armónica con el medio ambiente social y natural.

El mismo informe identifica como los principales problemas de la salud en Colombia, los siguientes:

---

(1) Datos tomados de la Memoria 1990 - 1991, "La Revolución de la Salud", Ministerio de Salud de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C., Diciembre de 1991.

## LOS DIEZ PROBLEMAS MAS GRAVES DE LA SALUD EN COLOMBIA

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. El deterioro de la salud en nuestro país se relaciona principalmente con la desnutrición, la falta de higiene, el medio ambiente insalubre, el desamor y la violencia. Así, la tercer parte de las muertes son resultado de los altísimos niveles de violencia que caracterizan a las relaciones entre los individuos y entre los grupos sociales. Las otras causas importantes de mortalidad -las enfermedades diarreicas, las cardiocerebrovasculares, las respiratorias y el cáncer- también reflejan problemas de estilos de vida y de comportamiento social.</p> <p>2. La persistencia de numerosas infecciones que se pueden erradicar, muestra la deficiente acción de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p> <p>3. Más de la mitad de la población carece de agua potable en sus viviendas y de servicios de alcantarillado.</p> <p>4. Sólo un tercio de la población se beneficia de los servicios médico-asistenciales y éstos siguen orientándose hacia la atención curativa concentrada en los hospitales.</p> <p>5. La pobreza de los puestos y centros de salud, y de las entidades hospitalarias locales, ocasiona la subutilización de los mismos y la congestión de los hospitales regionales y universitarios, donde la atención es más costosa.</p> | <p>6. La cuarta parte de la población no disfruta de los beneficios del desarrollo de la industria farmacéutica en razón del altísimo costo que tienen los medicamentos.</p> <p>7. La falta de complementariedad entre las instituciones públicas y las de seguridad social que prestan servicios de salud, da pie a la excesiva oferta dirigida a un grupo de la población; a la inequidad en el gasto para la atención en salud; a la dispersión de los recursos y a la ineficiencia en las entidades.</p> <p>8. La Irracional utilización de los recursos, la falta de coordinación y de planeación, el déficit presupuestal y la ausencia de mecanismos evaluativos, son los problemas crónicos de las entidades prestadoras de servicios del sector público en salud.</p> <p>9. Las partidas aprobadas para la salud en los presupuestos de las entidades territoriales son mínimas, cuando existen. Y de otra parte, hay negligencia para el recaudo de los recursos cedidos por la Nación a los departamentos, por concepto de rentas de las loterías y licoreras.</p> <p>10. La participación de la comunidad en la planificación, gestión y control de los servicios de atención en salud es insuficiente o se ve obstaculizada por el personal del sector.</p> |
|--|--|

Para abordar la solución de los problemas planteados, se proponen los siguientes **OBJETIVOS**:

- Mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud en el nivel local, a través del desarrollo del Plan Nacional de Atención Primaria.
- Poner en marcha reformas institucionales que permitan la organización de servicios eficientes, con cobertura universal y buena calidad.
- Promover acciones para que los municipios y departamentos asuman la responsabilidad en la dirección, prestación y financiación de los servicios de salud, mediante el impulso del proceso de descentralización.
- Mejorar la gestión y administración de las instituciones para aumentar su eficiencia en el manejo y uso de los recursos y dar utilización racional a la infraestructura y dotación hospitalaria.
- Desarrollar los servicios hospitalarios de urgencias, de tal manera que se organicen las redes de atención, según la demanda y oferta de servicios, que faciliten el transporte y la atención oportuna de los pacientes.
- Aumentar la disponibilidad y calidad de medicamentos esenciales, promocionar su uso adecuado y mejorar la provisión de insumos básicos de salud en las unidades prestatarias.
- Promover y apoyar el desarrollo de la ciencia y la tecnología, de tal manera que se busquen respuestas tecnológicas acordes con la realidad del sector.
- Promover la modernización curricular en las ciencias de la salud, la actualización y perfeccionamiento del personal institucional y la formación de investigadores.
- Desarrollar una cultura que promueva cambios en el estilo de vida y en los comportamientos individuales y colectivos, de tal manera que contribuyan a mantener sana a la población.



- Estimular la participación de la comunidad en la gestión y control de las instituciones de prestación de servicios y en la solución de problemas locales de salud.
- Ampliar los programas de complementación alimentaria, orientándolos a la población de mayor pobreza para reducir la desnutrición severa y disminuir los riesgos de desnutrición leve.
- Ampliar la disponibilidad de recursos para el sector y mejorar la administración financiera, con el fin de lograr la completa ejecución de la política de salud.

### Estrategias Globales

Para el cumplimiento de tales objetivos el Ministerio ha definido las **ESTRATEGIAS** a desarrollar en el período 1991 - 1994, así:

**Mejoramiento de la eficiencia.** Con el fin de mejorar la eficiencia del subsector público de salud, se actuará en tres campos: primero, impulsar y ampliar el alcance de las reformas institucionales y financieras contempladas en la Ley 10 de 1990, a través de la descentralización del sistema, la organización de los Fondos Seccionales y Locales de Salud y la especialización del Ministerio del ramo. Segundo, diseñar e implementar un modelo de aseguramiento público a través de un sistema de medicina prepagada u otro mecanismo, para subsidiar la demanda de la población de menores ingresos. Y, finalmente, desarrollar un programa de mejoramiento de la atención o gestión hospitalaria, que mejore el sistema de producción a través de estímulos a los hospitales que cualifiquen su gestión y de la formación de administradores y gerentes.

**Departamentos sanos con municipios saludables.** Este programa -que está en etapa inicial- se inspira en los principios de promoción de la salud y se enmarca en la estrategia global de "**Salud para todos en el año 2000**". Consiste en la propuesta de un marco conceptual y de acción para mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población en cada entidad territorial, como complemento idóneo del proceso de descentralización de los servicios.

**Fortalecimiento de los servicios a nivel local.** Se busca extender la cobertura y mejorar la calidad de los servicios del primer nivel, donde se realiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y donde se brinda la consulta y la hospitalización de baja complejidad. Se eliminarán de esta manera los sesgos existentes en la utilización inequitativa de la infraestructura para lograr, en cambio, un diseño institucional más acorde con las necesidades del país.

**Desarrollo de los servicios de urgencias.** Consiste en la racionalización y fortalecimiento de los servicios de urgencias para mejorar la calidad de la atención, ordenar la demanda y maximizar la utilización de los recursos y la infraestructura disponible. Se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos: estructurar una red nacional de urgencias; fortalecer la infraestructura física de los servicios; actualizar y educar al personal para mejorar la calidad de la atención; desarrollar campañas promocionales y educativas con el fin de impulsar la adecuada utilización de los servicios y, por último, descongestionar los hospitales de alta complejidad.

**Optimización de la infraestructura hospitalaria.** Para contribuir al fortalecimiento de la autonomía municipal en la gestión de la salud básica y asegurar una mejor oferta local de servicios, se consolidará y ampliará el programa de cofinanciación de las inversiones relacionadas con la construcción, dotación y mantenimiento de la infraestructura de salud, complementado con asistencia técnica.

**Medicamentos e insumos de salud.** Tiene el propósito de aumentar la disponibilidad y calidad de esos productos esenciales a precios razonables y promocionar su uso adecuado. Para ello, se persiguen los siguientes objetivos: reestructurar el mercado farmacéutico de acuerdo con las necesidades de salud, actuando tanto sobre la producción y distribución de medicamentos como sobre la disponibilidad, el manejo racional, el control de calidad, la legislación y los precios; y garantizar la disponibilidad permanente de medicamentos esenciales e insumos para la salud en los puestos y centros de salud y los hospitales locales, para la prestación de servicios del primer nivel de atención.

**Desarrollo del recurso humano de la salud.** Comprende la revisión curricular, la capacitación, actualización y educación continua del personal de salud. Igualmente, el fortalecimiento de la capacidad planificadora del Ministerio, con el fin de formar recursos que respondan a las necesidades y características del desarrollo del sector.

**Investigación y desarrollo tecnológico.** Busca promover y apoyar aquellas áreas que contribuyan a la solución de los problemas de salud. Sus objetivos son los siguientes: identificar las prioridades de investigación en el sector salud, como una contribución al proceso de planeación y orientación nacional y regional; impulsar el proceso de consolidación de la actividad científica y de las comunidades investigadoras en el sector y, finalmente, promover la formación del recurso humano para la investigación. La constitución del programa de investigación en ciencias de la salud, como parte del nuevo Sistema de Ciencia y Tecnología, será la base institucional y financiera para su desarrollo.

**Educación para la salud.** El elemento fundamental de la política que reforzará las acciones educativas del Equipo Extramural de salud, es la utilización de los medios de comunicación social para incidir en los conocimientos, actitudes y prácticas en materia de salud, nutrición y uso de medicamentos.

**Nutrición.** La prioridad de la política en ésta materia será erradicar la desnutrición severa y disminuir los niveles de desnutrición leve encontrados en los grupos de población más pobre. Las mujeres gestantes y en período de lactancia y los niños menores de siete años serán la población objeto prioritaria. Para el cumplimiento de tales lineamientos se desarrollarán los programas de Madres gestantes y de Niños menores de un año, de Hogares de Bienestar, atención a la población escolar, Centros de Atención Integral al Pre-escolar, CAIP, de producción de bienestarina y de vigilancia epidemiológica, alimentaria y nutricional.

**NOTA:** El diagnóstico de la problemática de la salud fue el resultado de los análisis que precedieron la expedición de la Ley 10 de 1990 y en su estudio intervinieron no sólo los funcionarios del Ministerio sino también representantes regionales y nacionales de las instituciones públicas y privadas del sector, además de las consultas a líderes comunitarios. Ese proceso se extendió a la formulación de las estrategias, que han venido siendo revisadas a medida que el proceso de descentralización ha mostrado sus resultados.

De esta manera la directiva ministerial sin duda corresponde a un consenso existente sobre la manera más idónea de abordar los problemas del sector salud.

## B. LOS PROGRAMAS SECTORIALES

Para desarrollar las estrategias indicadas, el Ministerio ha formulado programas que permitirán apoyar la prestación de los servicios en los diferentes niveles y el proceso de descentralización de las entidades territoriales. Son ellos:

### 1. Programa de apoyo al 2o. y 3er. nivel de atención:

Dirigido a mejorar la gestión de las instituciones hospitalarias, en mayo de 1991 entró en ejecución el proyecto de "Gerencia Hospitalaria" financiado con recursos del Banco Mundial. Este proyecto cubre a 40 hospitales de 2o. y 3er nivel de 5 regiones geográficas del país y a 14 clínicas del Instituto de Seguros Sociales.

En el programa se ha pasado de la fase de diagnóstico de las necesidades de las instituciones para entrar en la etapa de asesoría técnica de expertos vinculados a universidades que adelantan programas de Administración Hospitalaria o de Salud. Esta parte del programa deberá concluir en 1992.

De concederse un préstamo BID, al anterior programa le sucederá el proyecto de "Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia", de cuyo resumen ejecutivo se han extractado las principales características:

El proyecto tiene dos componentes: el de mejoramiento de la gestión hospitalaria y de las instituciones de salud y otro de preinversión.

Mediante el componente de gestión se pretende desarrollar sistemas y procedimientos de gestión en áreas funcionales de 30 centros de adiestramiento seleccionados; producir material de entrenamiento técnico, crear modelos de sistemas de procedimientos de gestión que se reproducirán en las 33 seccionales de salud, en 156 hospitales de 2o. y 3er nivel, en el nivel central del Ministerio de Salud y en el Fondo Nacional Hospitalario.

Con el componente de preinversión se busca elaborar un catastro físico y funcional de los equipos fijos de los hospitales de 2o. y 3er nivel, llevado a un sistema de información cuyo manejo central estará a cargo del Fondo Nacional Hospitalario. Se pretende también adelantar estudios técnicos para la rehabilitación de 12 redes de servicios de salud y sus hospitales, enmarcados dentro de la política sectorial de atención a zonas urbanas marginadas y sectores rurales.

## 2. Programas de apoyo a los municipios

Aunque el plan de acción del Ministerio abarca la programación de acciones en las diferentes áreas definidas en el Plan de la Salud 1991-1994, se identifican en este aparte programas que forman parte de una estrategia clara de apoyo a las municipalidades.

### a. El sistema de información computarizado

Durante 1989 y 1990 se realizó un proyecto denominado RADA, correspondiente al estudio de requerimientos y análisis de alternativas para el desarrollo de un sistema de información computarizado en salud para el nivel local. Este proyecto tuvo como objetivos la identificación de requerimientos de información para la toma de decisiones en el nivel local y el análisis de diferentes alternativas de automatización que tuvieran en cuenta la variedad de instituciones prestatarias de salud en el subsector oficial y el diverso grado de desarrollo y recursos de los municipios.

El estudio propuso la creación del Sistema Integrado y Computarizado de Información (SIIS) del nivel local, estructurado sobre la información acopiada en un estudio de caso y con capacidad de anticipar los requerimientos de información gerencial de las direcciones local, seccional y nacional del sistema, conforme a lo dispuesto en la Ley 10.

El sistema tendría tres subsistemas:

- de información administrativa
- de información gerencial (planeación y control)
- de información para la prestación de servicios.

En la actualidad el Ministerio adelanta conversaciones con el "Trade and Development Program (TDP)" del gobierno de Estados Unidos, con el fin de iniciar la fase II del proyecto que prevee el análisis del sistema existente, el diseño del nuevo sistema y su software, las respectivas aplicaciones pilotos, la adquisición de equipos y la capacitación del personal.

### b. Los recursos del nuevo crédito del Banco Mundial

El Ministerio ha presentado al Banco Mundial la solicitud de un crédito para financiar una propuesta tendiente a poner en marcha el nuevo modelo de salud basado en sistemas locales de salud descentralizados (SILOS), que privilegia las acciones de promoción, rehabilitación y fomento de la salud en el contexto de la atención primaria.

Se proyecta ejecutar un programa que contempla los siguientes componentes:

1. Diseñar y probar modelos de atención y servicios, de medicina prepaga para el sector informal de la población, de sistemas de información (ya previstos en el estudio RADA), de cofinanciación a los municipios en programas de inversión y de redes de servicios. También se espera crear metodologías de identificación, formulación, seguimiento y control de microproyectos comunitarios de salud y ambiente.
2. Ofrecer capacitación al recurso humano de la salud o de aquel que incide en las acciones del sector incluidas las comunidades. En este aspecto existiría un punto de armonización con el P.D.I. en cuanto a la capacitación de los oferentes de servicios a los municipios.

Este componente se relaciona, igualmente, con una de las áreas del Plan Nacional de Atención Primaria, planteado en el Plan de la Salud, que proyecta la capacitación de 3.000 equipos de salud familiar y comunitaria coordinados por las direcciones locales de salud, la selección y capacitación de 50.700 voluntarios que actuarán como gestores de la salud y la promoción y conformación de 5.000 unidades comunitarias de salud y ambiente (Documento DNP-2531-UDS- MINSALUD, mayo de 1991).

3. Diseñar, producir y editar material educativo audiovisual y publicaciones e impresos para apoyar los componentes del programa.
4. Apoyar el desarrollo de infraestructura de servicios y dotación y de equipos extramurales. Se prevee igualmente el apoyo a organizaciones comunitarias que desarrollen acciones de promoción y fomento de la salud, como las boticas comunitarias.
5. Prestar asistencia técnica a los SILOS.

### 3. Asesoría a las entidades territoriales

El programa de Consolidación del Ministerio de Salud, ha centrado sus esfuerzos de los tres últimos años en prestar la asesoría a los departamentos y municipios para que asuman los servicios de salud que les confiere la ley 10. Sus actividades han estado contextualizadas en el programa de Municipios Saludables para el nuevo Departamento en el que le compete la labor de asesoría para la adecuación jurídico administrativa de las entidades territoriales y la formulación de orientaciones para la planeación local de la salud y la concreción de pautas que permitan hacer operativo el proceso y crear condiciones de concertación entre los agentes de la descentralización, incluida la comunidad.

En esta labor se ha privilegiado la asistencia a los municipios que se encuentran dentro de los plazos de ley para asumir los servicios y extendido la asesoría a aquellos otros que voluntariamente han iniciado su proceso de acreditación de requisitos.

A partir de 1992, año en que el programa de Consolidación culmina sus actividades por convención con el Banco Mundial, las dependencias de la estructura interna del Ministerio de Salud asumirán las funciones de asesoría, para lo cual se han creado cinco comités, cuyos miembros están siendo preparados para continuar las tareas previstas en el plan de trabajo anual, plan que parte de las siguientes premisas:

-El nuevo sistema de salud tiene como eje el municipio descentralizado en el nuevo departamento, descentralización que requiere un proceso jurídico, fiscal, administrativo, técnico y social.

-Se considera que el espacio fundamental para la concreción de la promoción de la salud es el municipio, en un marco de coordinación interinstitucional.

-La dinámica y proceso hacia la promoción de la salud, debe darse en el espacio local y desarrollarse a todos los niveles, sin la pretensión de que el centro tiene la pauta definitiva.

-Las instituciones políticas se han flexibilizado para propiciar un proceso social.

-Las normas constitucionales y la elección de gobernadores son factores que pueden dar mayor soporte a la tarea de descentralización.

## CAPITULO VI

### **PRINCIPALES PROBLEMAS PARA LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD**

Los principales problemas detectados en el curso de los últimos años por el Programa de Consolidación del Ministerio de Salud, para fines de la descentralización del sector, y resumidos por el Consultor Adolfo Rodríguez Bernal, en su informe de octubre de 1991, pueden sintetizarse así:

#### **1. PROBLEMAS POLITICOS PARA MEJORAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

- 1.1 Visión política y legalista en detrimento de este proceso social y del carácter científico-técnico para la prestación del servicio.
  - a. Intromisión política en la administración con la participación de concejales y diputados en las Juntas directivas de los hospitales.
  - b. Los nombramientos políticos desvirtúan los principios de carrera administrativa.
  - c. Inoperancia de la gestión hospitalaria al ocuparse solo de los cargos y recursos.
- 1.2 Comportamiento autoritario y carencia de una mentalidad de concurrencia y concertación.
  - a. Ausencia de concertación entre fuerzas económicas y sociales y el sector político en materia de planes y recursos a través de los alcaldes y gobernadores.
  - b. Entre las entidades públicas, en ejercicio de los principios de subsidiariedad y de complementariedad y con las entidades privadas para la prestación de servicios.



c. Entre los entes territoriales y la Nación, en función de políticas, planes y programas de inversión y de cofinanciación.

1.3 Indefinición de políticas y del concepto de participación comunitaria y ciudadana.

a. Falta de capacidad de participación de las comunidades.

b. Manipulación política de las comunidades

c. Falta de recursos para la movilización de las comunidades.

## **2. DIFICULTADES PARA LA ORGANIZACION DE LAS DIRECCIONES SECCIONALES O LOCALES DE SALUD.**

2.1 Carencia de una visión científico-técnica de la estructura para la prestación de los servicios de salud.

a. Se otorga poca importancia al saneamiento básico o ambiental (extramuralmente) con relación a la prestación de los servicios de salud.

b. No se tiene en cuenta la convergencia de distintas instancias de la administración territorial en la salud (agua, obras públicas, educación, plazas, mataderos, basuras, etc).

c. No hay conciencia sobre el Diagnóstico que no es solo para salud sino que sirve de base a la Planeación Territorial.

2.2 No se comprende aún las implicaciones del desarrollo desigual y desequilibrio del país.

a. Falta de originalidad en la copia cuando sin mediar diagnóstico previo se copian formas organizativas de otros niveles de desarrollo, introduciendo graves errores.

- b. Carencia de análisis para elegir entre opciones de dirección, señalando ventajas y desventajas.
  - c. Paternalismo y ausencia de creación de formas asociativas para la prestación de servicios por parte de entidades territoriales menos desarrolladas.
- 2.3 Concepción burocrática y autoritaria de los funcionarios vinculados a la prestación de los servicios de salud.
- a. Percepción de pérdida de poder y falta de compromiso de los funcionarios del nivel central y de las seccionales.
  - b. Conversión de la carrera administrativa en un fin en si mismo y no en un medio para mejorar la eficiencia.
  - c. Dependencia y falta de iniciativa de los funcionarios locales para dinamizar el proceso.

### **3. PROBLEMAS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD**

#### 3.1 Instituciones Públicas

- a. Creación como institutos del orden municipal o departamental cuando no hay concertación previa.
- b. La Conformación de las Juntas Directivas no siempre tiene en cuenta las directrices legales.
- c. Las Reformas estatutarias no se han adelantado

#### 3.2 Instituciones Privadas de Salud

- a. No se ha dado cumplimiento de requisitos en término de un año fijado por la ley.
- b. El proceso revocatoria o concesión de personería jurídica ha sido lento como consecuencia de la también lenta adecuación del proceso de descentralización.

c. El régimen contractual es poco desarrollado

### 3.3 Instituciones indefinidas jurídicamente

a. Los procesos de disolución y liquidación no han sido abordados

b. Existen problemas en la gestión hospitalaria por ausencia de enfoque empresarial, sin adopción de un presupuesto por programas, contabilidad de costos, auditorías internas, etc.

c. Se presentan dificultades para el cálculo y monto de recursos para atender los pasivos prestacionales y otras obligaciones de este tipo de entidades.

## **4. PROBLEMAS DE LOS INSTRUMENTOS FINANCIEROS Y PRESUPUESTALES, DE PLANEACION, DE EVALUACION Y CONTROL.**

4.1 déficit crónicos entre otras razones por el manejo inadecuado de los recursos territoriales.

a. Manejo clientelista de las rentas cedidas y del impuesto de anotación y registro.

b. Necesidad de superar el concepto de asistencia pública y de liquidar las beneficencias.

c. Falta de calidad en el uso de los recursos y propiciar niveles competitivos aumentando ingresos por venta de servicios y uso del monopolio rentístico de la nación.

d. Creación de Consejos Asesores entre funcionarios para la repartija burocrática y de contratación con rechazo a la participación comunitaria.

e. Preocupaciones por el manejo de los fondos en círculos cerrados con juntas administradoras, con funciones y en ocasiones dependiendo de institutos descentralizados, en contravía de lo ordenado por la Ley 10 de 1990.

#### 4.2 Visión sectorial, burocrática e institucional de la Planeación.

- a. No se examina los planes como instrumentos de concertación con las fuerzas económicas y sociales y con otras instancias de la administración.
- b. El problema de la incapacidad para asumir la función de planeación se traduce en la carencia de una visión integral de la salud, primero, y de ésta con respecto al plan territorial respectivo.
- c. Inexistencia de planes de funcionamiento e inversión e incapacidad para captar recursos.

#### 4.3 Evaluación y control

- a. No se diferencia entre el principio de equidad para asignar los recursos y el del control de la eficiencia que tiene que ver con el uso de los recursos.
- b. No existe una visión articulada de los niveles de control nacional, departamental, municipal; ni de los aspectos sujetos a control fiscal y de gestión; ni de la necesidad de abrir espacios a la veeduría ciudadana de la contratación pública y de la participación de la comunidad en procesos de control social.
- c. Necesidad de cambiar los indicadores de eficiencia y de organizar la contabilidad de costos y el presupuesto por programas para garantizar un control efectivo.

### **5. DEFICIENCIAS EN LA ADMINISTRACION DEL PERSONAL**

#### 5.1 Perspectiva burocrática de la carrera administrativa

- a. Falta de un enfoque organizacional de los funcionarios en torno a sus valores, comportamiento e intereses.

b. Se desvirtúan los principios de la carrera

5.2 Problemas y dificultades a nivel territorial:

a. Las diferencias de las escalas salariales dificultan la asunción del recurso humano y generan dificultades en la concertación.

b. Frente a plantas de personal y nomenclatura de cargos, clasificación adopción del régimen de carrera administrativa.

5.3 Régimen prestacional

a. Carencia de estudios actuariales para calcular el pasivo prestacional. El estudio contratado con la Previsora aún no se ha culminado.

b. Las diferencias entre las entidades territoriales son una explicación del lento proceso de cálculo.

c. Se dificulta proceso de negociación con el personal que ha de transferirse de un ente territorial a otro, por las diferencias existentes entre las entidades territoriales.

### PROPUESTAS DE AJUSTE AL PROCESO

Al analizar la ley 10 de 1990 y recoger experiencias conocidas en la labor de asesoría, se puede formular las siguientes observaciones-propuesta:

1. No se previó un proceso de gradualidad y transición de la descentralización hacia el nivel local que le permitiera a los municipios asumir gradualmente funciones mediante fórmulas que, por ejemplo, posibilitaran a los alcaldes, en su calidad de directores de los servicios locales, celebrar convenios interadministrativos con las direcciones seccionales de salud, para fines del manejo directo de los recursos y servicios que el servicio seccional les delegue.

Este vacío ha generado que pasados tres años desde la reforma, en gran parte del territorio nacional se mantenga intacto el tradicional funcionamiento del sistema de salud en el que los municipios no tienen una vinculación directa. Esto a pesar de que cerca del 60% de las entidades locales de categoría 2 han dado pasos hacia la acreditación de requisitos, lo que demuestra el interés en el proceso en las localidades que tienen alguna fortaleza presupuestal. En otras categorías de municipios se percibe ausencia de interés en asumir las responsabilidades sin transferencia de recursos suficientes para su atención.

También se han dado situaciones en que los alcaldes asumen la dirección local de la salud y proceden a efectuar nombramientos sin que estas medidas estén precedidas de las adecuaciones institucionales pertinentes y con ausencia de recursos para atender los gastos de funcionamiento del servicio, lo que suscita problemas de índole laboral.

2. De su parte, Luis Fernando Maldonado, consultor del programa de Consolidación, en documento de trabajo, observa que las experiencias de los municipios y departamentos acreditados (Cali, Pasto, Manizales y Santa Martha y el Departamento del Valle), demuestran que el apoyo al proceso de descentralización debe involucrar otros aspectos que logren conjugar las premisas legales con las propuestas constitucionales, reorientando el proceso en cuatro aspectos: el diagnóstico de la situación de salud, la elaboración del plan seccional y local de salud, el desarrollo de las adecuaciones jurídico administrativas y la promoción y organización de la participación de la comunidad.

- El diagnóstico debe ver la situación del nivel de atención de la salud, el perfil epidemiológico del municipio y la

situación organizacional administrativa en el seno del antiguo sistema, para construir las estrategias necesarias que permitan al proceso de descentralización aplicarse como un proyecto general del municipio.

- Los planes en la fase inicial no puede pretenderse que sean modelos acabados, por la escasa experiencia que tienen la mayoría de las entidades territoriales en su confección. Un modelo guiado desde el centro no tendría en cuenta las particularidades regionales, por lo cual es aconsejable que no se piense en la utilización de matrices y que se incentive la formulación de planes o estrategias que sean capaces de dar respuesta a las necesidades detectadas en el diagnóstico.

-Las orientaciones jurídico administrativas deben conjugar la autonomía territorial de organización con la garantía al nivel central de que el proceso no se convierta en una nueva fuente de problemas de puestos y dineros. En este sentido juega papel importante la delimitación de las responsabilidades y la definición de la naturaleza de las instituciones, ya que estas son premisas para el cumplimiento de las estrategias que se diseñen.

-La participación comunitaria debe definirse en un contexto que le permita a las comunidades asumir responsabilidades y coadyuvar a la toma de decisiones que garanticen una adecuada y precisa prestación del servicio de salud.

La anterior propuesta de readecuación, da una visión de conjunto que supera el énfasis que existe en la acreditación de requisitos y apunta a un proceso global que garantice la eficiencia y eficacia en la prestación del servicio.

## PROCESO DE DESCENTRALIZACION

### Evaluación Cuantitativa

#### *Totales*

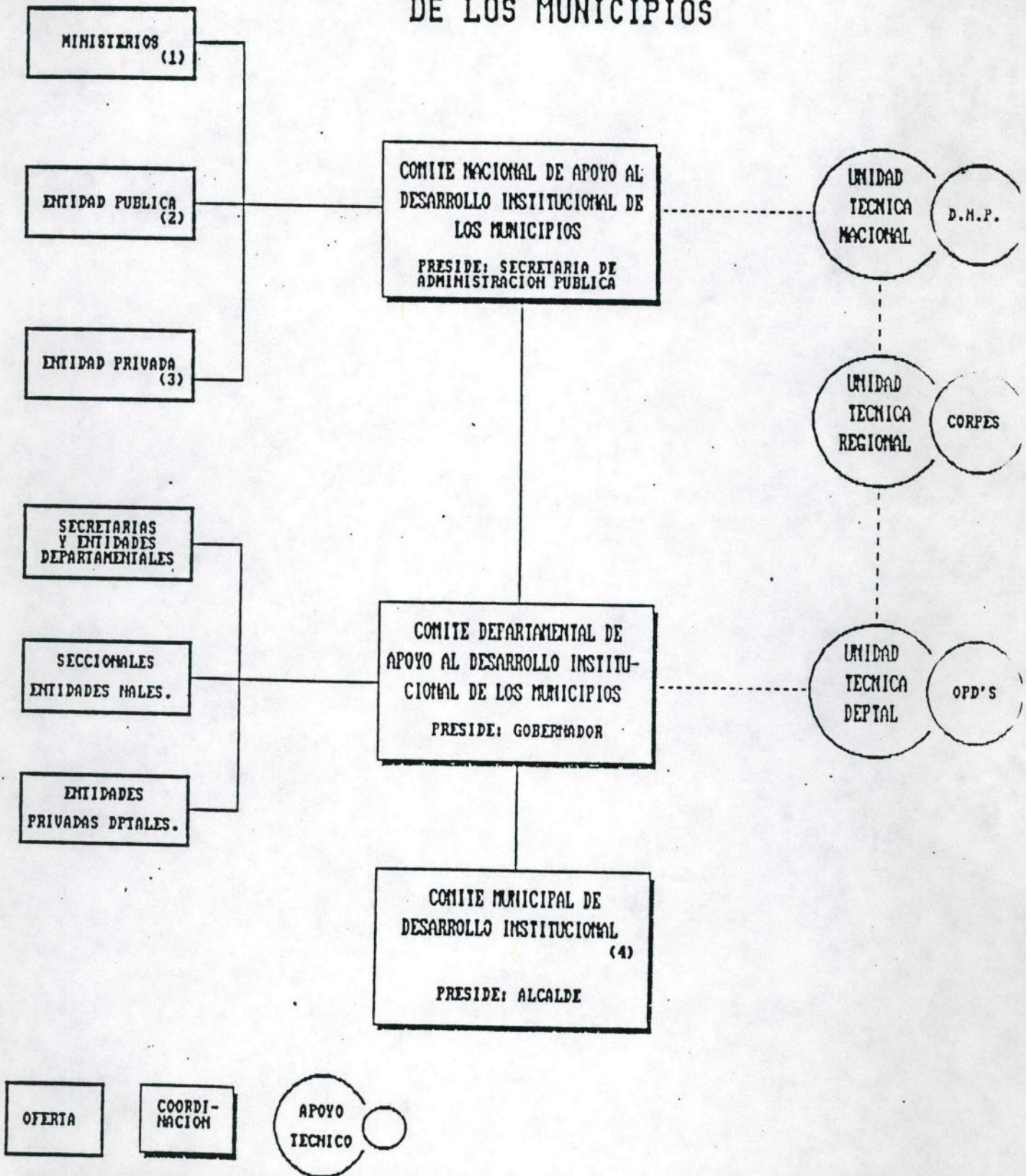
ENTES TERRITORIALES	ACTOS ADMINISTRATIVOS Y DE DIRECCION			CARRERA ADMINISTRATIVA						INSTITUCIONES DE NATURALEZA JURIDICA			FONDOS DE CESANTIAS			FONDOS LOCALES Y/O SECCIONALES			
				ADOPCION			INSCRIPCION			MANUAL CARGOS									
	Si	P	No	Si	P	No	Si	No	Si	No	Si	P	No	Si	P	No	Si	P	No
a. Nivel Departamental 32 Departamentos	6 18.6	15 46.8	11 34.5	17 53.1	7 21.8	8 25.05	18 53	4 47	8 25.0	24 75	5 48	10 31.2	17 20.7	9 26.1	3 9.3	20 64.6	10 31.2	6 48.1	15 20.7
b. Municipios Categorías 1 y 2 55 Municipios	19 34.5	21 38.1	15 27.6	18 34.1	22 38.5	15 27.6	20 37.9	35 62.1	10 18.1	45 81.8	9 16.9	21 38.1	25 44.9	14 25.4	6 10.9	35 63.6	26 47.2	7 12.7	22 40
c. Municipios Categorías 3, 4 y 5 956 Municipios	40 4.1	21 2.1	870 93.7	22 2.3	28 3.1	881 94.6	15 1.6	916 98.4	5 0.52	926 96.8	10 1.0	18 1.88	903 97.2	30 3.1	18 1.88	883 95	35 3.6	10 1.0	886 95.4

P: En Proceso

Fuente: Programa de Consolidación  
Abril 30 de 1992



# SISTEMA DE APOYO AL DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LOS MUNICIPIOS



- (1) SALUD, EDUCACION, AGRICULTURA, Y OTROS QUE ADELANTEN PROGRAMAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL MUNICIPAL
- (2) ESAP, SEMA, SIP (P.M.R.), FINDEIER, IGAC, AI-PAS Y OTROS QUE ADELANTEN PROGRAMAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
- (3) UNIVERSIDADES, CONSULTORES, ASESORES, ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES, ETC.
- (4) DEMANDA DE NECESIDADES DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

DECRETO NUMERO 1542

DE 19...

18 JUN 1991

Por el cual se crea el Sistema de Apoyo al Desarrollo Institucional de los Municipios

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,

en uso de sus facultades constitucionales y legales y, en especial, de las que le confieren los artículos 120 de la Constitución Política y lo. y 2o. del decreto-ley 1050 de 1968,

DECRETA:

I. DISPOSICIONES PRELIMINARES

Artículo 1o. Creación del Sistema. Créase el Sistema de Apoyo al Desarrollo Institucional de los Municipios, con el propósito de coordinar actividades de las entidades públicas y privadas que les prestan apoyo y de determinar, con base en los programas de desarrollo institucional que sean adoptados por las autoridades competentes, acciones y recursos que permitan consolidar la autonomía local, fortalecer la capacidad de gestión del municipio y generar las condiciones necesarias para el desarrollo económico, político y social.

Artículo 2o. Definición de desarrollo institucional. Para los efectos de este decreto se entiende que el desarrollo institucional de los municipios es un proceso emprendido por las autoridades y la comunidad municipales para convertirse en unidades de gestión del bienestar económico y social de su localidad, al cual prestarán ayuda entidades públicas y privadas, por medio del Sistema de Apoyo que este decreto establece.

Artículo 3o. Objetivo del Sistema. El objetivo del Sistema de Apoyo al Desarrollo Institucional de los Municipios es coordinar y racionalizar las acciones y el uso de los recursos de entidades públicas y privadas que se dedican a fortalecer la capacidad de gestión municipal.

II. CONFORMACION DEL SISTEMA

Artículo 4o. Estructura del Sistema. La coordinación de las entidades y la elaboración de los programas de desarrollo institucional se llevarán a cabo mediante comités que se constituirán en los diferentes niveles administrativos, así:

- a) Un Comité Nacional de Apoyo al Desarrollo Institucional de los Municipios, adscrito al Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, integrado por el Secretario de Administración Pública de la Presidencia, quien lo presidirá; el Secretario de Integración Popular de dicha entidad, en su calidad de coordinador del Plan Nacional de Rehabilitación, o su delegado; el Jefe del

Departamento Nacional de Planeación o su delegado, quien ejercerá la secretaría técnica del comité; el Director de la Escuela Superior de Administración Pública o su delegado; el Director del Servicio Nacional de Aprendizaje o su delegado; el Presidente de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (FINDETER) o su delegado; un Alcalde elegido por la Federación Colombiana de Municipios; y un representante de las organizaciones no gubernamentales escogido por la Federación Colombiana de Organizaciones no Gubernamentales. A las reuniones de este Comité podrán ser invitados representantes de los Ministerios, Departamentos Administrativos o entidades descentralizadas nacionales que desarrollen acciones de apoyo al desarrollo institucional de los municipios en sus respectivos sectores.

- b) Un Comité Departamental de Apoyo al Desarrollo Institucional de los Municipios, adscrito al despacho del Gobernador, presidido por éste e integrado, además, por el Jefe de la Oficina de Planeación Departamental, quien ejercerá la secretaría técnica del Comité; un representante del organismo regional de planificación; el Director Regional del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA); el Director Regional de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP); un delegado de las universidades de la región; un representante de los Alcaldes, escogido por éstos; el delegado del Plan Nacional de Rehabilitación, donde éste actuare; un representante de las organizaciones no gubernamentales que apoyen a los municipios, donde éstas actuaren; y representantes de entidades públicas que realicen actividades para promover o apoyar el desarrollo institucional de los municipios en la región.

**Artículo 5o. Funciones del Comité Nacional.** El Comité Nacional de Apoyo al Desarrollo Institucional de los Municipios cumplirá, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Asistir al Gobierno Nacional en la definición de las políticas para promover el desarrollo institucional a que este decreto se refiere.
- b) Realizar la coordinación global de las acciones de apoyo al desarrollo institucional municipal y determinar la forma de adecuar las respuestas de las entidades del nivel nacional a los requerimientos de los municipios y departamentos.
- c) Garantizar, a través de la unidad técnica nacional, el seguimiento y la evaluación de los programas de desarrollo institucional puestos en marcha a través del Sistema.
- d) Velar porque los recursos de las entidades del sistema y del presupuesto nacional se utilicen racional y eficientemente.
- e) Las demás que fuere necesario cumplir, a nivel nacional, para la realización del objetivo a que se refiere el artículo 3o. de este decreto.

**Artículo 6o. Funciones de los Comités Departamentales.** Los Comités Departamentales de Apoyo al Desarrollo Institucional de los Municipios cumplirán, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Recoger las demandas y necesidades de desarrollo institucional de los municipios de su jurisdicción, en orden a solucionarlas.

- b) Identificar las ofertas de apoyo disponibles en los niveles departamental y nacional del sistema y realizar los ajustes que ellas requieran para adaptarlas a las necesidades municipales.
- c) Asistir al Gobernador en la coordinación de las entidades nacionales que prestan apoyo al desarrollo institucional de los municipios y que operan en el Departamento, así como de las que están vinculadas o adscritas a éste para el cumplimiento de dicha función.
- d) Definir, en función de las necesidades locales, programas de asistencia a los municipios y de capacitación a sus servidores y comunidades.
- e) Apoyar a los municipios en la elaboración del diagnóstico de necesidades y en la formulación del programa municipal de desarrollo institucional, y ofrecerles la capacitación y asesoría requeridas para hacer efectivos los objetivos y propósitos del mismo.
- f) Velar porque los recursos de las distintas entidades del sistema en el orden departamental, se utilicen racional y eficientemente.
- g) Las demás que fueren necesarias, a nivel departamental, para la realización del objetivo a que se refiere el artículo 3o. de este decreto.

Artículo 7o. Posibilidad de crear Comités Municipales. Dentro de la autonomía que la Constitución y la ley les reconocen y con el propósito de participar en el sistema que este decreto establece, los municipios podrán constituir comités de desarrollo institucional conformados por las autoridades y los representantes de las entidades oficiales y organizaciones cívicas y comunitarias que consideren convenientes.

Cuando así lo dispongan los municipios, sus comités de desarrollo institucional podrán cumplir, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Coordinar, las acciones de entidades públicas y privadas que presten apoyo al desarrollo institucional de su municipio.
- b) Colaborar con la Administración Municipal en la elaboración del diagnóstico de necesidades de desarrollo institucional.
- c) Apoyar a las autoridades municipales en la ejecución del programa de desarrollo institucional.
- u) Velar porque los recursos destinados al desarrollo institucional del municipio se utilicen racional y eficientemente.
- e) Las demás que fueren necesarias para la realización del objetivo a que se refiere el artículo 3o. de este decreto.

### III. UNIDADES TECNICAS DE APOYO

Artículo 8o. Unidades Técnicas del Nivel Nacional y Departamental. Los Comités Nacional y Departamentales, deberán constituir

unidades técnicas de apoyo, que aseguren el cumplimiento de las decisiones y programas adoptados por ellos.

La unidad técnica del comité nacional tendrá un coordinador, cuyo nombre será convenido entre el Jefe del Departamento Nacional de Planeación y el Secretario de Administración Pública de la Presidencia de la República.

Las Unidades Técnicas de los Comités Departamentales estarán adscritas a las oficinas de planeación correspondientes.

**Artículo 9o. Unidades Técnicas Regionales.** A nivel regional habrá una Unidad Técnica de Apoyo al Desarrollo Institucional Municipal que se encargará de asistir a los departamentos y de establecer las relaciones entre éstos y las instancias del orden nacional encargadas de prestar apoyo al desarrollo institucional municipal.

#### IV. INSTRUMENTOS DEL SISTEMA

**Artículo 10o. Sistema de Información y Programas.** El Sistema de Apoyo al Desarrollo Institucional Municipal dispondrá de un sistema de información en el cual se registren las demandas de los municipios, las ofertas de apoyo y los indicadores que aseguren el seguimiento y evaluación de las acciones que se emprendan o ejecuten.

Dichas acciones se deberán expresar en programas de apoyo al desarrollo institucional.

**Artículo 11o. Programa Nacional.** A nivel nacional se elaborará un programa de apoyo al desarrollo institucional de los municipios que tendrá, entre otros, los siguientes objetivos:

- a) Fomentar el desarrollo institucional de los municipios, en especial de aquellos con población menor de 100.000 habitantes, apoyando la adopción y ejecución de programas prácticos y efectivos de desarrollo institucional.
- b) Fortalecer el Sistema de Apoyo al Desarrollo Institucional de los Municipios en todos sus niveles para que pueda cumplir sus responsabilidades ante éstos.

El programa nacional señalará los lineamientos para la elaboración de los programas departamentales, así como las estrategias y acciones específicas que deberán desarrollar las entidades nacionales para apoyar el desarrollo institucional de los municipios.

**Artículo 12o. Programas Departamentales.** En cada departamento se elaborará un programa de apoyo al desarrollo institucional de los municipios que deberá definir:

- a) Los objetivos, estrategias, recursos y acciones específicas para apoyar el desarrollo institucional de los municipios de su jurisdicción, teniendo en cuenta los lineamientos del programa nacional y las necesidades de apoyo identificadas para el cumplimiento de los programas municipales.
- b) Las acciones que deban emprenderse con el propósito de mejorar la capacidad de los organismos y entidades departamentales para responder a las necesidades de apoyo de los municipios.

Artículo 13o. Posibilidad de adoptar programas municipales. Dentro de la autonomía que la Constitución y la ley les reconocen y con el propósito de participar en el sistema que este decreto establece, los municipios podrán adoptar programas de desarrollo institucional que orienten las acciones que emprendan en la materia y sirvan de guía a las entidades que les presten ayuda.

Cuando así lo dispongan los municipios, sus programas de desarrollo institucional podrán referirse a:

- a) Un diagnóstico de la capacidad de gestión del municipio y de las necesidades de ampliación y mejoramiento de la misma, elaborado con la participación de la comunidad.
- b) Las metas de corto y mediano plazo que puedan lograrse con el pleno empleo de los recursos existentes en el municipio.
- c) La identificación de los recursos disponibles, actuales y potenciales, del municipio para el mejoramiento de su capacidad institucional y de gestión.
- d) Las medidas que deben aplicarse para el logro de las metas propuestas.
- e) Las formas de seguimiento y evaluación para verificar el cumplimiento de las metas propuestas y sus efectos en el desarrollo municipal.
- f) La precisión del apoyo y la cuantificación de los recursos requeridos de parte de las entidades que prestan ayuda al desarrollo institucional de los municipios.

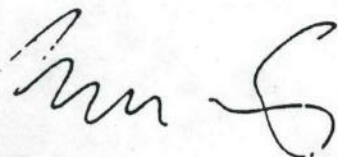
Artículo 14o. Programas Sectoriales. Los programas sectoriales de apoyo al desarrollo institucional de los municipios serán formulados por los respectivos Ministerios o Departamentos Administrativos y coordinados a través del sistema que crea este decreto.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior, los comités departamentales y nacional de apoyo al desarrollo institucional coordinarán con los organismos y entidades de sus respectivos niveles, la ejecución de las acciones que se definan en los programas sectoriales.

Artículo 15o. Vigencia. Este decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá, D.E., a los **10 JUN 1991**

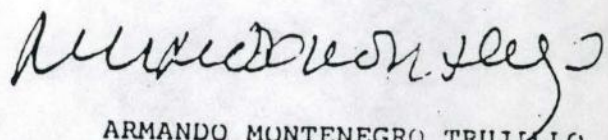
x: 

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA  
PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA



FABIO VILLEGAS RAMIREZ

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION



ARMANDO MONTENEGRO TRUJILLO

*en la 46.*

CUADRO No.4

RECURSOS DE FINANCIACION DEL PROGRAMA BASICO DE APOYO AL  
DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LOS MUNICIPIOS  
PERIODO 1991 - 1995  
( MILLONES DE PESOS )

BANCO MUNDIAL	₡5.000.00
PRESUPUESTO NACIONAL	₡1.000.00
PNUD	₡62.50
FIR	₡1.400.00
SIP - PNR	₡1.500.00
ESAP - SENA	₡2.000.00
DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS	₡4.000.00
=====	
TOTAL	₡14,962.50
=====	



## CONTENIDO

### PRESENTACION

### CAPITULO I ANTECEDENTES GENERALES DE LA DESCENTRALIZACION

### CAPITULO II LA LEY 10 DE 1990 Y LA CONSTITUCION NACIONAL

- Similitudes y diferencias
- Cuadro comparativo de responsabilidades
- La Delegación de las Campañas Verticales

### CAPITULO III RECURSOS FINANCIEROS PARA LA SALUD

- Cuadro de síntesis normativa

### CAPITULO IV PROPUESTAS DE ADECUACION CONSTITUCIONAL - INCIDENCIAS EN LA LEY 10 DE 1990

- La propuesta del DNP: Reglamentación de funciones y transferencia de recursos
- La propuesta de reforma tributaria
- Las propuestas de reforma del sistema de seguros de salud

### CAPITULO V POLITICAS DE APOYO A LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD

- Las políticas nacionales
- Las políticas sectoriales
  - . Problemas del sector y estrategias del Ministerio de Salud
  - . Los Programas sectoriales
    - . Programas de apoyo al 2o. y 3er nivel
    - . Programas de apoyo a los municipios
    - . Asesoría a las entidades territoriales

### CAPITULO VI PROBLEMAS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION

- Presentación de los problemas
- Propuestas de ajuste al proceso

