

**EVOLUCIÓN DE LAS FINANZAS PÚBLICAS DEL MUNICIPIO DE
BUCARAMANGA 2005 - 2009 Y SU INCIDENCIA EN EL SECTOR SALUD**

**DIANA CAROLINA GÓMEZ ESTUPIÑAN
DIANA KATHERINE LEON GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
BUCARAMANGA**

2010

**EVOLUCIÓN DE LAS FINANZAS PÚBLICAS DEL MUNICIPIO DE
BUCARAMANGA 2005 - 2009 Y SU INCIDENCIA EN EL SECTOR SALUD**

**DIANA CAROLINA GÓMEZ ESTUPIÑAN
DIANA KATHERINE LEON GÓMEZ**

Proyecto de grado para optar al título de Economista

Director

GILBERTO GÓMEZ MANTILLA

Docente asociado Escuela de Economía y Administración

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
BUCARAMANGA**

2010

AGRADECIMIENTOS

Las Autoras Agradecen a:

Dios por ser el guía de nuestra vida.

Nuestros padres y hermanos por su comprensión y apoyo incondicional para que este logro se hiciera realidad.

Nuestros amigos, por su amistad y por hacer que cada día en la universidad fuera el mejor.

Nuestros profesores por cada enseñanza proporcionada.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	14
1. GENERALIDADES DEL SISTEMA DE SALUD.....	18
1.1. HISTORIA DE LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.....	18
1.2. SISTEMA DE SALUD BAJO LA PERSPECTIVA DE LA COMPETENCIA REGULADA.....	27
1.3. ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	29
1.4. RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP).....	31
2. FINANZAS DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.....	35
2.1. CONTEXTUALIZACIÓN.....	35
2.2. INGRESOS MUNICIPALES.....	37
2.3. GASTOS DEL MUNICIPIO.....	43
3. ANÁLISIS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD DEL MUNICIPIO 2005 - 2009.....	49
3.1. ASPECTOS GENERALES DEL RÉGIMEN.....	49
3.2. AFILIADOS TOTALES CON SUBSIDIO PLENO Y PARCIAL.....	52
3.3. PARTICIPACION DE LAS EPS-S EN EL MUNICIPIO 2005-2009.....	57
4. SALUD PÚBLICA Y PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA BUCARAMANGA 62	
4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE BUCARAMANGA.....	62
4.2. SALUD PÚBLICA.....	63
4.2.1. Funciones.....	64
4.3. PLAN TERRITORIAL.....	66
4.3.1. Proyectos e inversión para el mejoramiento de la salud de la población. 69	
4.3.1.1. Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva.....	70
4.3.1.2. Mejoramiento de la salud oral.....	73
4.3.1.3. Mejoramiento de la situación de las enfermedades trasmisibles y las zoonosis.....	75
4.3.1.4. Mejoramiento de la situación de las enfermedades crónicas no trasmisibles.....	78
4.3.1.5. Mejoramiento de la salud mental.....	80
4.3.1.6. Mejoramiento de la salud infantil.....	82
4.3.1.7. Mejoramiento de la salud sanitaria y ambiental.....	85
4.3.2. Ejecución presupuestal de salud pública 2008-2009.....	86
5. CONCLUSIONES.....	91
BIBLIOGRAFIA.....	96
ANEXOS.....	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ingresos municipio de Bucaramanga 2004 – 2009	38
Figura 2. Fuentes de los Ingresos Bucaramanga 2004.....	39
Figura 3. Fuentes de los ingresos Bucaramanga 2009.....	39
Figura 4. Origen de los ingresos Bucaramanga 2004.....	40
Figura 5. Origen de los ingresos Bucaramanga 2009.....	41
Figura 6. Fuentes de no tributarios Bucaramanga 2004.....	42
Figura 7. Fuentes de no tributarios Bucaramanga 2009.....	43
Figura 8. Gastos municipio de Bucaramanga 2004 – 2009	44
Figura 9. Destino del gasto Bucaramanga 2004	45
Figura 10. Destinación del gasto Bucaramanga 2009.....	45
Figura 11. Distribución de la inversión Bucaramanga 2004.....	46
Figura 12. Distribución de la inversión Bucaramanga 2009.....	46
Figura 13. Inversión en salud con recursos propios 2004 – 2009.....	47
Figura 14. Inversión en salud por transferencias y recursos propios	48
Figura 15. Número total de afiliados al régimen subsidiado 2005-2009	53
Figura 16. Número total de afiliados al régimen con subsidio pleno 2005-2009.....	55
Figura 17. Número total de afiliados al régimen con subsidio parcial 2005-2009....	56
Figura 18. Participación total de EPS-S en el municipio 2005	57
Figura 19. Participación total de EPS-S en el municipio a diciembre de 2009.....	59
Figura 20. Pirámide poblacional Bucaramanga 2005.....	63

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Competencias en salud de los tres niveles de gobierno.	16
Cuadro 2. Fecha del giro del SGP	34
Cuadro 3. Número total de EPS-S Bucaramanga 2005	58
Cuadro 4. Descripción niveles de prevención en salud pública	65
Cuadro 5. Meta e inversión presupuestal para salud sexual y reproductiva.	70
Cuadro 6. Meta e inversión presupuestal mejoramiento salud oral	74
Cuadro 7. Meta e inversión presupuestal enfermedades transmisibles.....	75
Cuadro 8. Meta e inversión presupuestal mejoramiento enfermedades crónicas.....	78
Cuadro 9. Meta e inversión presupuestal mejoramiento salud mental.....	80
Cuadro 10. Meta e inversión presupuestal mejoramiento de la salud infantil	83
Cuadro 11. Meta e inversión proyectada salud sanitaria y ambiental	85
Cuadro 12. Ejecución presupuestal a diciembre 31 de 2009.....	87

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Total Ingresos Bucaramanga 2004 – 2009 (pesos corrientes)	98
Anexo 2. Total Gastos Bucaramanga 2004 – 2009 (pesos corrientes).....	99
Anexo 3. Número Total de Afiliados al Régimen Subsidiado en Bucaramanga 2005 – 2009.....	100
Anexo 4. Número Total de Afiliados al Régimen con Subsidio Pleno en Bucaramanga 2005 – 2009.	100
Anexo 5. Número Total de Afiliados al Régimen con Subsidio Parcial en Bucaramanga 2005 – 2009.	101
Anexo 6. Número Total de EPS-S Bucaramanga 2009	101
Anexo 7. Mapa de Bucaramanga estratificado por comunas.....	102
Anexo 8. Identificación de necesidades, causas y posibles soluciones a problemáticas de salud distribuido por comunas.	103

RESUMEN

TÍTULO

EVOLUCIÓN DE LAS FINANZAS PÚBLICAS DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA 2005 - 2009 Y SU INCIDENCIA EN EL SECTOR SALUD.

AUTORES

DIANA CAROLINA GÓMEZ ESTUPIÑAN
DIANA KATHERINE LEON GÓMEZ*

PALABRAS CLAVE

COMPETENCIA REGULADA, RÉGIMEN SUBSIDIADO, FINANZAS PÚBLICAS.

DESCRIPCIÓN:

La teoría económica en la década de los ochenta y noventa marco un dominio en la concepción de los servicios públicos, logrando implantar políticas direccionadas al sector salud que permitieran desarrollar mecanismos de mercado y a su vez generar incentivos económicos, lo que llevo a redefinir la función del Estado como agente interventor. Bajo este panorama Colombia reformó su sistema de salud por medio de la Ley 100 de 1993, e implementó un modelo de competencia regulada basado en el aseguramiento universal de la población y la competencia en los mercados de aseguramiento y provisión de servicios.

Por lo anterior, se pretende financiar la atención en salud a la población más pobre y vulnerable logrando una mayor cobertura y eficiencia en el servicio mediante la implementación de un régimen subsidiado en salud, el cual le corresponde a los Departamentos, Distritos y Municipios el adecuado manejo de los recursos de los subsidios a la demanda que son usados para la contratación de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado conocido como el (POS-S). De igual manera es de gran importancia reconocer que la conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia de aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios de salud, son responsabilidades del Estado, por ende es importante evaluar el proceso de gestión para garantizar la apropiada manipulación de dichos subsidios desde el origen de las fuentes que lo financian.

Trabajo de grado

* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Director: Gilberto Gómez Mantilla.

ABSTRACT

TITLE

EVOLUTION OF PUBLIC FINANCE IN BUCARAMANGA 2005 - 2009 AND ITS IMPACT ON THE HEALTH CARE SECTOR.¹

AUTHORS

DIANA CAROLINA GOMEZ ESTUPIÑAN
DIANA KATHERINE LEON GOMEZ²

KEY WORDS

MANAGED COMPETITION, SUBSIDIZED REGIME PUBLIC FINANCE.

DESCRIPTION:

Economic theory in the eighties and nineties played an important part in the design of public services, and in the implementation of various policies directed to the health care sector, that allowed market mechanisms and the generation of economic incentives, which led to redefine the role of the State as controller agent. Under this scenario Colombia reformed its health system by means of Act 100 in 1993, and implemented a managed competition model based on the universal health insurance and involvement in the insurance markets and service provision.

Therefore, it is proposed to finance health care to the poorest and most vulnerable achieving greater coverage and service efficiency through the implementation of the Subsidized Health Care Regime, which the departments, districts and municipalities correspond the resource management of demand subsidies that are used to hire the services covered by the Compulsory Health Care Plan known as the (POS-S). Similarly, it is of great importance to recognize that the management, regulation, modulation of financing, insurance supervision and harmonization of the provision of health services, are state responsibilities, therefore it is important to evaluate the management process to ensure the proper handling of such subsidies from the origin of the sources that fund them.

¹ Work degree

² Faculty of Humans Sciences. School of Economic and Administration. Director: Gilberto Gómez Mantilla.

INTRODUCCIÓN

El Estado es el ente responsable de generar mayores niveles de bienestar para la población, es así como está obligado a garantizar de manera gratuita determinados bienes y servicios, tales como Salud, Educación, entre otros. A este tipo de transferencias se le conoce como gasto público.

En la década de los ochenta, las prácticas de la teoría económica marcaron una importante influencia en la concepción de los servicios de salud, lo que llevo a la creación de políticas en salud que fomentaran una amplia valoración de los mecanismos de mercado y de los incentivos económicos, lo cual llevo a redefinir el papel del Estado en su capacidad de intervención. A comienzos de los noventa, bajo extensos procesos de reforma en América Latina, influenciados por las políticas de ajuste y estabilización macroeconómica, y sustentados por la apertura externa de las economías en cuanto a desregulación y flexibilización de sus mercados, se implementaron reformas importantes en los sistemas de salud.

Bajo el panorama anterior surgió la teoría conocida como competencia regulada, dadas las características de los mercados de servicios de salud cuyas fallas limitan su normal funcionamiento como mercados competitivos. Este enfoque logró un gran respaldo en las propuestas de reforma promovidas por el Banco Mundial. En este sentido, la reforma implementada en Colombia mediante la Ley 100 de 1993 eligió un modelo que combinaba la acción del Estado con la del mercado, para alcanzar mejores condiciones de eficiencia, equidad y calidad en los servicios, para cumplir así con los objetivos principales de cobertura universal del aseguramiento, garantizar el acceso de los grupos más pobres de la población a los servicios de salud y mejorar la eficiencia y calidad en la provisión de tales servicios.

A la luz de estos preceptos, en esta investigación se analizará la evolución de las finanzas públicas para el municipio de Bucaramanga, tomando como punto de partida el análisis del presupuesto ejecutado de los años 2005 al 2009, teniendo en cuenta la participación tanto de los ingresos tributarios como de los gastos de sostenimiento dentro del presupuesto general.

A su vez, se analizará el gasto por parte del municipio en el sector, a través de programas de promoción y prevención a la comunidad, para verificar o constatar el verdadero responsable del sector en el municipio, si este es financiado con recursos propios o por la nación a través de las transferencias.

Para facilitar la comprensión en el marco de los lineamientos de la Seguridad Social en Salud de Colombia, la salud pública se concibe como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones y la del medio ambiente por medio de acciones colectivas, que debe incluir no solamente al sector público, sino también a la empresa privada.¹

De igual manera es de gran importancia reconocer que la conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia de aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios de salud son responsabilidades del Estado.

Los objetivos de la salud pública están enfocados a fortalecer la capacidad institucional de planificación y gestión; desarrollar las características y condiciones del recurso humano en salud, y elaborar procesos permanentes

¹ DNP (Departamento Nacional de Planeación)

de investigación dirigida a mejorar las condiciones de salud individual y colectiva.

Por otra parte, los ámbitos de gran importancia para el desarrollo de las acciones de salud pública, tienen que ver con el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud (vigilancia epidemiológica); la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; la participación de los ciudadanos en los procesos de planeación en salud; el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; el saneamiento básico; la investigación, la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud, entre otras.

En el siguiente cuadro, se muestra las responsabilidades del gobierno local siendo éstas netamente de ejecución de las políticas trazadas por el gobierno central, que hace sensible la gestión en salud del municipio frente a la asignación de recursos del ejecutivo central; sin embargo se debe analizar la distribución de los recursos por la administración municipal de Bucaramanga.

Cuadro 1. Competencias en salud de los tres niveles de gobierno.

Gobierno central	Gobierno departamental	Gobierno municipal
<ul style="list-style-type: none"> • Formular políticas de salud pública, prestación de servicios, población objetivo de los subsidios y un sistema de información sobre salud. • Establecer las prioridades del Plan de Atención Básica de 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar e implementar políticas de salud pública, prestación de servicios y distribución de recursos. • Formular el Plan de Atención Básica de Salud departamental. • Administrar la red de servicios de salud por regiones y prestar servicios de salud de 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar e implementar políticas de salud pública, prestación de servicios y asignación de subsidios a la población objetivo. • Formular y cumplir el Plan de Atención Básica de Salud: programas preventivos y de promoción de la salud. • Prestar servicios de salud a la comunidad mediante instituciones de su propiedad o contratadas por el

<p>Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adoptar y proporcionar las vacunas para el plan de inmunización. • Proporcionar asistencia técnica a los departamentos. • Distribuir y controlar los recursos financieros. • Realizar la vigilancia nacional y el control de la salud pública y la prestación de servicios. • Proporcionar servicios de salud altamente especializados en conjunto con otras agencias 	<p>segundo y tercer nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar la vigilancia departamental y el control de los servicios de salud, los problemas de salud pública y los recursos. • Proporcionar asistencia técnica a los municipios. • Otorgar registro legal a las instituciones de salud. • Implementar el sistema de información de salud. • Distribuir y controlar los recursos del Régimen Subsidiado 	<p>municipio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar la vigilancia y el control de la salud pública, y de los servicios prestados por las organizaciones sanitarias. • Promover la creación de organizaciones comunitarias para participar y controlar la calidad de los servicios. • Implementar el sistema de información sobre salud. • Llevar a cabo la encuesta del Sistema de identificación de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN) y crear una base de datos de la población de acuerdo con la categoría social y económica. • Asignar los subsidios a la población pobre. • Contratar la prestación de servicios para la población pobre incluidos en el esquema de subsidios
---	--	--

Fuente: Gestión y Política Pública VOLUMEN XVI ■ NÚMERO 1 ■ I SEMESTRE DE 2007
Fuente: Ley 10 de 1990, Ley 60 de 1993 y Ley 715 de 2001.

1. GENERALIDADES DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. HISTORIA DE LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

El país empezó en Diciembre de 1993 un nuevo y anhelado camino enfocado a alcanzar en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos. En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretendió cambiar el viejo Sistema Nacional de Salud de corte asistencialista estatal y distinguido por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) dirigido al aseguramiento, competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un gran elemento de solidaridad redistributiva para financiar la población colombiana más vulnerable.

El antiguo Sistema Nacional de Salud mantuvo un amplio desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero la crisis fiscal de 1984 redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años siguientes y su cobertura permaneció estancada indefinidamente en el 27% de la población.²

Solo el 15% de la población gozó en el mismo periodo de cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales, cifra considerada como una de las más bajas de Latinoamérica, básicamente limitada a la fuerza laboral, un 5% por otros servicios de seguridad social para los funcionarios públicos y sus familias (total 20%) y un 10% de los colombianos lograban poder financiar su

² Revista Salud Colombia. 2000

salud privadamente. El restante (15%), se consideraba sin vinculación a servicios de salud aceptables.³

La Reforma es entendida bajo la definición de dos regímenes: el contributivo, para las personas que poseen capacidad de pago de aportes a la seguridad social por medio de su trabajo o ingresos independientes y el régimen subsidiado, para la población que no cuenta con capacidad de pago y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del servicio obligatorio.⁴

Para los dos regímenes el sistema determinó un valor del seguro por persona UPC (Unidad de Pago por Capitación) y un POS (Plan Obligatorio de Salud), cuya responsabilidad será de las aseguradoras o administradoras que obtiene el pago del seguro, dado que este valor es un promedio del costo de los servicios contenidos en el plan para un grupo considerable de asegurados, y no para una persona en particular, estos servicios pueden llegar a costar mucho dinero, pero estas sumas de dinero se promedian con las de otros usuarios que cuestan menos.

El Régimen Contributivo, estaba direccionado con el esquema del viejo Instituto de Seguro Social (ISS) para trabajadores del sector privado, este se transformó por medio de cuatro disposiciones generales, tomadas de la Revista de Salud Colombia:

- Aumentar los aportes para la seguridad social en salud del 6 al 12% del salario del trabajador, para cubrir al cónyuge y los hijos. Cuatro puntos serían pagados por el trabajador y ocho por el patrono.

³ Cifras Departamento Administrativo Nacional de Estadística. ECV 2008.

⁴ Ministerio de la Protección Social, Documento Conceptual sobre el Régimen Subsidiado en Salud. Abril de 2005.

- Acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas. Fueron denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS). Para finales de 1996 se encontraban en funcionamiento 30 de ellas.
- Determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC), alrededor de 150 dólares, resultante de reunir todos los aportes y dividirlos por el número de beneficiarios. Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes del 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario mes. Dos sindicatos poderosos, el de la empresa estatal de petróleos y el de maestros, buscando proteger sus beneficios extraordinarios, quedan exentos de la ley, junto con las fuerzas militares.

Debe anotarse que el aporte máximo mensual corresponde al 12% de 20 salarios mínimos mensuales (aprox. 400 dólares) y el aporte mínimo al 12% del salario mínimo (aprox. 20 dólares). El número de trabajadores por familia de 1.7, con tendencia histórica al aumento y el número de dependientes por trabajador, 1.8, con tendencia histórica al descenso, muestran una perspectiva favorable para la UPC, de no ser superada por el incremento en los costos de los servicios de salud.

- Creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), organismo de concertación entre el Gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores, máximo organismo rector del Sistema, buscando el equilibrio del mismo.

En el primer semestre de 1994 el Gobierno Nacional pone todos sus esfuerzos en presentar las normas reglamentarias incluidas la reforma del Ministerio de Salud y el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud. Es así como el nuevo Gobierno resuelve no modificar la ley, por el contrario efectuar la reforma.

En 1995 empezó dicha implementación con cambios en el régimen contributivo otorgando la licencian para la primera decena de Entidades Promotoras de Salud (EPS), con un buen número provenientes de las empresas privadas de medicina prepagada y de los grupos económicos más poderosos.

Las personas del sector público y sus entidades de previsión se oponían a ingresar en el nuevo sistema común, dando lugar a normas especiales de ajuste para algunas de estas entidades y otras se transformaron en EPS y un gran número se liquidaron.

Al finalizar el año, las EPS contaban con cerca de un 1.000.000 de afiliados, sin tener en cuenta las instituciones públicas transformadas que se acercaban a otro millón de afiliados. El ISS promueve la medicina familiar para pasar de 5.500.000 a 12.000.000 de usuarios, pero en realidad tan solo tenía inscritas y demandan servicios cerca de 6.600.000 de personas para el final del año. La cobertura del régimen contributivo ascendía del 19% al 22% de la población colombiana.⁵

De esta manera el régimen subsidiado se propone un ejercicio transitorio para que los Servicios de Salud Departamentales operen temporalmente para términos de un año como aseguradoras y así impulsen la caracterización de los estratos de las personas con mayor grado de pobreza

⁵ Cifras DANE. ECV 2008.

en cada municipio del país y les hagan entrega de un carnet del régimen subsidiado, por ende se inicia tomando como base sus recursos de oferta y el resto con base en la plataforma de los nuevos recursos de los municipios y también los recursos nacionales del Fondo de Solidaridad y Garantía (FoSyGa).

Se inicia un proceso de recopilación de información por medio de encuestas, llegado a familia por familia en todo el país con la ayuda de gobernadores y alcaldes, con metas que al finalizar el año se lograra tener un millón y medio de familias por debajo del nivel de pobreza, para un total de 6.200.000 de personas, de las cuales fueron carnetizadas 4.680.000 y la mitad fueron financiadas con nuevos recursos.⁶

A finales del año 1995 el Gobierno resuelve dar por terminado el ejercicio transitorio y propone que la afiliación al régimen subsidiado sea por medio de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) (EPS, Cajas de Compensación Familiar y Empresas Solidarias de Salud, es así como las dos últimas pueden lograr convertirse en aseguradoras sin aprobar la gran mayoría de los requisitos requeridos en las EPS), mediante concurso que cada departamento debió abrir para asignar los afiliados y firmar contratos de aseguramiento, para lo cual se debió utilizar exclusivamente los nuevos recursos.

Es así como la cobertura en servicios del régimen subsidiado se reduce, porque los tratamientos no cubiertos estaban a manos de los hospitales públicos, tomando como base los antiguos recursos que aún les otorgaban, logrando la cobertura en la atención de primer nivel, la atención maternoinfantil en todos los niveles y las enfermedades costosas por un mecanismo de reaseguro (cáncer, sida, trasplantes, etc.).

⁶ Cifras DANE. Necesidades Básicas Insatisfechas. 1993.

Para el año siguiente se presentó un mayor número de ajustes. Empezando con el régimen contributivo donde treinta EPS ingresaron con un alto grado de competencia en busca de afiliados. Existían entidades que fortalecidas políticamente rechazaban entrar al sistema, sobre la base del recaudo único y la UPC única, diciendo que al cabo de tres años de expedida la ley no se había logrado contabilizar los recaudos ni los afiliados.

Las EPS que presentaban un menor número de afiliación tuvieron un porcentaje de gastos administrativos mayor y la iliquidez de algunas comenzó a ser evidente, pues revelaban mora en el pago a hospitales y clínicas; para finales del año las EPS contaban con 2.300.000 de afiliados efectivos y el ISS prestaba servicios aproximados a 7.000.000 de personas. La cobertura del régimen contributivo ascendió del 22 por ciento al 27 por ciento de la población⁷.

Todos estos inconvenientes llevaron a quejas de las personas por los servicios no cubiertos por el seguro obligatorio y algunas demandas se lograron ganar en los tribunales contra aquellas EPS con base en el derecho constitucional a la vida y a la salud, lo que inquietó a las administradoras y al Ministerio quienes por fallo legal debían hacerse cargo de los servicios que no fueron tomados en cuenta en el costo del plan obligatorio de salud, ejemplo de ello son los medicamentos para el SIDA.

Por otra parte, los médicos protestaban por lo bajos ingresos recibidos del sistema, ya que las tarifas que pagaban las EPS eran muy bajas; de igual forma las clínicas y hospitales presentaban su voz de inconformidad, pero según estudios del Ministerio se encontró que sus déficit fueron provocados por la ineficiencia en la administración de éstas que a las tarifas limitadas que el Sistema permitió.

⁷ Cifras DANE. ECV 2008

En el régimen subsidiado existe la libertad de elección de cada familia, lo que llevó a un proceso lento de inscripción, por ende a fin de año la cobertura fue de poco más de cinco millones de personas, es decir el 13% de la población; el sistema en conjunto cubrió cerca del 40% de la población⁸, pero los hospitales públicos contratados por las administradoras no cumplieron con sus obligaciones para con los afiliados y muchos procuraban cobrar a los mismos los servicios no incluidos en el seguro que por regla correspondía asumir de su presupuesto.

Un avance importante fue que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud logro la inclusión de los primeros procedimientos quirúrgicos de alta frecuencia en el seguro subsidiado, permitiendo que los afiliados gozaran de mejores servicios.

Para finales de 1996 se expide una ley que ordena de nuevo y cuantifica el retiro gradual de los presupuestos a los hospitales públicos para los próximos cuatro años, para los cuales los recursos debían arrojar un mayor número de afiliados de población pobre en el régimen subsidiado.

El sistema se consolido trascendentalmente en el año de 1997 con el fin de pasar la prueba definitiva de sus contradicciones, ya que se encontraba en medio de un extenso debate sobre sus ventajas y deficiencias provocando incluso llegar a los altos tribunales.

Al observar la cuenta de ingresos del sistema en el régimen contributivo, ésta muestra que es superior a la de pagos a las EPS por capitación llegando a reconocer solo un incremento de la UPC equivalente a la inflación. Sin embargo, el Consejo Nacional de Seguridad Social, por los continuos pronunciamientos de la Corte Constitucional, acepta incluir algunos

⁸ Cifras Salud Colombia. 2000

medicamentos necesarios para el SIDA en el plan obligatorio de salud, sin tener que aumentar el valor de la unidad de capitación.

Más adelante la Corte Constitucional, deja vigente las restricciones del Plan Obligatorio en Salud en cuanto a procedimientos y medicamentos, pero señala que éstas no podrán ser empleadas si corre riesgo la vida del paciente, teniendo en cuenta esta decisión, el Consejo Nacional de Seguridad Social al finalizar el año reestructura el formulario de medicamentos del seguro obligatorio.

Con respecto a las EPS privadas, en lo corrido de tres años de operación obtuvieron un tercio del mercado, pero el seguro social permaneció con dos tercios de los afiliados, es así como la cobertura del régimen contributivo se aumentó durante el año a pesar de los problemas que existían como la crisis económica y el incremento del desempleo.

Por el contrario, el régimen subsidiado mostró más dificultades durante el año, ejemplo de éstas son los hospitales públicos que empezaron a exponer lo insatisfechos que se encontraban por la reducción del 15% de los aportes nacionales, pues no todos lograban facturar esa proporción a las administradoras, principalmente los especializados porque la gran mayoría de sus servicios no eran cubiertos por el seguro subsidiado.

Tomando como base lo anterior, los trabajadores de la salud iniciaron huelgas para promover un aumento de salario logrando paralizar los hospitales en dos ocasiones, lo que llevó al Gobierno a transferir algunos recursos adicionales y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud también aportó nuevos procedimientos en el seguro subsidiado que permitieron aumentar los ingresos de los hospitales de segundo y tercer nivel.

Los recursos del aseguramiento de la población más vulnerable no llegaban al 30% en ingresos de los hospitales por venta de servicios a las Administradoras del Régimen Subsidiado, dado que la demanda de servicios de los afiliados era muy inferior a la calculada, por ende muchas administradoras presentaban problemas financieros por causa del incumplimiento en los pagos por parte de los municipios.

Otro de los graves problemas fue el de liquidez que acabó afectando a los hospitales por la mora en el pago por parte de las administradoras, pero principalmente por la poca demanda de los afiliados que no permitió una adecuada facturación, lo que conllevó a que los beneficios de los afiliados fueran más bajos de lo esperado.

Sin embargo, el régimen subsidiado logró 7.000.000 de afiliados al finalizar el año con significativas diferencias en la cobertura de la población más vulnerable en las distintas regiones del país. Ahora bien, en lo que se refiere al municipio de Bucaramanga, para 1995 el sistema de salud en el régimen subsidiado, contaba únicamente con una ARS ISABU, con 18.582 afiliados, es importante resaltar que éste fue el último año en el que se contó con los servicios de este instituto como ARS, en la actualidad presta sus servicios como IPS; para 1996 entraron en funcionamiento las ARS CAPRECOM (3.789 afiliados), UNIMEC (6.749 afiliados), CAJASAN (10.016 afiliados), COMFENALCO (7.268 afiliados) Y COISBU (13.176 afiliados).

Es de 1996 en adelante donde el régimen subsidiado presentar un incremento de ARS, y su vez el número de afiliados al régimen también continúa en ascenso, pues en 1995 solo se tenían afiliados a 18.582 personas para 1996 se aumentó a 40.998, y a diciembre de 2009 el número de afiliados ascendió a 189.345 personas.

1.2. SISTEMA DE SALUD BAJO LA PERSPECTIVA DE LA COMPETENCIA REGULADA

En las últimas dos décadas el modelo de competencia regulada ha prevalecido como conjunto de políticas para la reforma de los sistemas de salud que tienen el potencial de hacer que éstos sean más eficientes y receptivos a las necesidades de los usuarios.⁹

La premisa del modelo de competencia regulada parte de que dados unos mecanismos para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y unas normas regulatorias encaminadas a corregir las fallas inherentes a los mercados de salud, la competencia puede ser utilizada como instrumento de política para mejorar la eficiencia y la calidad.¹⁰

Siguiendo la tendencia internacional, Colombia reformó su sistema de salud por medio de la Ley 100 de 1993, e implementó un modelo de competencia regulada basado en el aseguramiento universal de la población y la competencia en los mercados de aseguramiento y provisión de servicios.

Antes de 1993 Colombia tenía un sistema de salud segmentado en el que los trabajadores del sector formal estaban afiliados a un esquema de seguridad social obligatorio, la población con capacidad de pago compraba seguros de salud privado o pagaba los servicios de salud de su bolsillo y en el que más de la población dependía de la provisión pública de servicios.

Bajo este sistema existían importantes limitaciones para el acceso a la atención en salud y deficiencias en la calidad de los servicios, evidenciadas

⁹ Light, D.W. 2001. Comparative institutional response to economic policy: managed competition and governmentality. *Soc Sci Med* 52(8):1151-1166.

¹⁰ Enthoven CA. Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics Policy and Law*. 1998.

por el bajo uso y aceptación de la red pública. Esta problemática motivó el diseño de un sistema que le diera un vuelco a la organización, financiamiento y prestación de los servicios de salud del sistema de salud colombiano.

La estrategia principal de la reforma colombiana para incrementar el acceso a los servicios de salud fue eliminar las barreras financieras por medio de la afiliación de toda la población a un seguro de salud. La implementación de esta estrategia se inició con dos regímenes separados, el Contributivo y el Subsidiado que difieren en fuentes de financiación, población objeto y beneficios. Con el objeto de mejorar la eficiencia y la calidad, ambos regímenes operan bajo un modelo de competencia regulada, en el que los usuarios escogen entre empresas aseguradoras que compiten entre sí ofreciendo productos que incluyen los atributos de calidad preferidos por los consumidores.¹¹

Así pues, el mercado tiene tres protagonistas: los patrocinadores, los consumidores conscientes del costo y los prestadores de los planes de salud, que integran las funciones de financiación y provisión de los servicios y disponibilidad de información relevante acerca de costos y calidades de los servicios. Sin embargo, el Estado mantiene las prerrogativas de poder de coerción y del comando y control, con el objeto de maximizar el bienestar de la sociedad.¹²

Se supone la existencia de agentes, inteligentes y activos, compradores de servicios que contratan los planes de salud en nombre de un grupo de afiliados consumidores y que en forma continuada, monitorean, estructuran y ajustan el mercado en su natural tendencia a evitar la competencia por precio.

¹¹ La competencia regulada y la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario. Diana Margarita Pinto. Harvard School of Public Health, Octubre de 2002.

¹² Descentralización, Vicente Herrera Tello, Ariel Emilio Cortes, Bogotá D.C., Colombia, noviembre de 2000.

A dichos agentes se les denomina patrocinar o “sponsor”. Este agente actúa como corredor y contrata con un plan de salud lo relacionado con los beneficios cubiertos, los precios, los procedimientos de afiliación y otras condiciones de la participación de los usuarios. El patrocinador estructura y ajusta el mercado de proveedores, que compiten entre sí, para establecer reglas de equidad, crear demanda elástica al precio y evitar selección de riesgo.¹³

1.3. ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Tomando como referencia las políticas de salud desde la perspectiva del análisis económico del modelo de competencia regulada, el papel del Estado se reestructura en cuanto a su capacidad de intervención en el proceso del mercado, generando cambios en el criterio de planificación por los de competencia, precios e incentivos económicos, convirtiéndose estos en el núcleo propulsor del actual modelo de salud.

Posteriormente a la ley 10 de 1990, la Constitución de 1991 propicio las condiciones necesarias para que se generara el proceso de economía de mercado en la salud, lo cual fue reglamentado por leyes sucesivas como la ley 60 de 1993 que instituyó las transferencias nacionales representadas en el situado fiscal y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación, determinando mayor disponibilidad de recursos y responsabilidad a los entes territoriales para salud y educación; la ley 100 de 1993 y la ley 715 de 2001, entre otras.

Es así como el ente territorial se convierte en el núcleo del aseguramiento con funciones establecidas por la normatividad vigente, como formular,

¹³ Enthoven CA. Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics Policy and Law*. 1998.

ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en concordancia con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental que permitan el desarrollo socio-económico de su población.

Para ello el SGSSS se estructura en dos regímenes de aseguramiento que coexisten articuladamente: un régimen contributivo (para la población con capacidad de pago) y un régimen subsidiado. La vinculación entre los dos regímenes se lleva a cabo a través de un fondo de recursos denominado Fondo de Solidaridad y Garantía (FoSyGa).

Dicho fondo es una cuenta especial adscrita al Ministerio de Salud, la cual se maneja por encargo fiduciario y se integra de cuatro subcuentas: 1) Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo; 2) Subcuenta de Solidaridad del Régimen Subsidiado; 3) Subcuenta de Promoción a la Salud; y 4) Subcuenta de Riesgos Catastróficos.¹⁴

La función principal del FoSyGa es la de actuar como caja de compensación para el régimen contributivo y de fondo de solidaridad para el régimen subsidiado. Otra de sus funciones es la administración de los recursos de los programas de promoción y fomento a la salud diseñados por las aseguradoras con base en las orientaciones del CNSSS.

Una función colateral es regular el mercado la competencia y la complementariedad entre las distintas empresas aseguradoras, para lo cual el financiamiento se asigna a costos estandarizados de acuerdo al valor de la unidad de pago por capitación (UPC) de cada régimen de aseguramiento.¹⁵

¹⁴ Ministerio de Salud, Universidad de Harvard. Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de implementación. Bogotá; 1997.

¹⁵ Ministerio de Salud, Universidad de Harvard. Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de implementación. Bogotá; 1997.

El régimen subsidiado es el encargado del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago. Es competencia del municipio la identificación de dicha población, proceso que se lleva a cabo por medio de la aplicación de un instrumento conocido como Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN), diseñado con el propósito de focalizar el gasto social en la población con necesidades básicas insatisfechas¹⁶.

Los ingresos para el financiamiento del régimen subsidiado provienen de la subcuenta de Solidaridad del FoSyGa y de diversas fuentes fiscales. La subcuenta se integra a partir de los siguientes recursos: un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, 5% de los recaudos del subsidio de las Cajas de Compensación Familiar, aportes del Presupuesto Nacional, rendimientos financieros generados por la inversión de los mismos recursos, impuesto de remesas de utilidades de las empresas petroleras de Cusiana y Cupiagua, impuesto al Valor Agregado destinado a los planes de ampliación de la cobertura de la seguridad social a las madres e impuesto social a las armas de fuego. La UPC correspondiente (UPC-S) es un Subsidio público otorgado por el municipio con sus ingresos y complementado con recursos del FoSyGa.¹⁷

1.4. RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP)

El Sistema General de Participaciones (SGP) fue creado por la Ley 715 de 2001 con el fin de cambiar el situado fiscal contenido en la Ley 60 de 1993; dicho sistema está constituido por los montos que la nación transfiere a las

¹⁶ Como indicadores de pobreza se han considerado los siguientes: lugares con alta dependencia económica; hogares en viviendas inadecuadas; hogares en viviendas carentes de servicios básicos; hogares en hacinamiento crítico; hogares con presencia de ausentismo escolar. La presencia de uno de estos indicadores es considerada como pobreza y de dos o más como miseria (DANE).

¹⁷ Ministerio de Salud, Universidad de Harvard. Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de implementación. Bogotá; 1997

entidades territoriales para la financiación de los servicios especificados en la misma y que son de competencia de los entes; tales servicios son:

- Una participación del 58.5%, con destinación específica para educación.
- Una participación con destinación específica para salud, correspondiente al 24,5%
- Y Una participación de propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico correspondiente al 17.0 %.

En cuanto al 24,5% destinado al sector salud, los recursos deben ser distribuidos entre departamentos, distritos y municipios para la atención de la población, la afiliación al régimen subsidiado y las acciones de salud pública que les corresponden de acuerdo con la distribución de competencias.

La distribución de los recursos del sector salud está definida para las siguientes tres áreas: régimen subsidiado, para todos los municipios y distritos el 65%¹⁸ de la bolsa sectorial. Para salud pública en todos los departamentos, distritos y municipios, el 10.1%¹⁹ de la bolsa sectorial, y en lo referente a la prestación de servicios a la población pobre para los departamentos y municipios certificados, el monto que resulte después de restar el valor asignado para subsidios a la demanda y la asignación correspondiente a la salud pública.

La distribución de los recursos para el régimen subsidiado se efectúa dividiendo el valor destinado al régimen entre la población atendida en la vigencia anterior. El valor per cápita resultante se multiplica por la población afiliada en la vigencia anterior en cada distrito o municipio, para asignar el valor correspondiente a cada entidad.

¹⁸ De acuerdo con lo previsto en la Ley 1122 de 2007, para el año 2008 es el 61% y a partir del 2009 el 65%.

¹⁹ Dado que le corresponde al Gobierno Nacional definir los porcentajes de Salud Pública y atención de la población pobre, este porcentaje puede ser modificado en cualquier momento.

Los recursos para salud pública se distribuyen de la siguiente manera: un 40% con base en la población por atender, un 50% con base en criterios de equidad, es decir, en relación con el nivel de pobreza y los riesgos de salud. Y un 10% por eficiencia administrativa, entendida como el cumplimiento de las metas de salud pública a 31 de septiembre de cada año. Estos recursos se distribuyen para los departamentos en un 45% y a los distritos y municipios en un 55%.

Los recursos para la atención de la población pobre no afiliada al régimen subsidiado y a los afiliados en lo no cubierto por el plan obligatorio de salud subsidiado POS-S; se distribuyen así: el 59% para los departamentos para cubrir el tercer y segundo nivel de atención en salud y el 41% para la atención de primer nivel que será distribuido entre los municipios y los corregimientos departamentales.

Entre entidades se distribuyen determinando un valor per cápita de la población no afiliada al sistema de salud, agregando un factor para la atención de la población afiliada al régimen subsidiado, en lo no cubierto por el POS-S. Este valor se multiplica por la población pobre no afiliada y por el factor de dispersión y se obtiene el valor a asignar para cada entidad territorial.²⁰

Los recursos del Sistema General de Participaciones correspondientes a cada vigencia fiscal se giran mes vencido dentro de los diez primeros días del mes siguiente. Es decir, que durante cada año, se reciben 11/12 partes correspondientes a la vigencia y una correspondiente a la vigencia anterior. El calendario de fechas queda así:

²⁰ www.minsalud.gov.co/supersalud/html/principa.htm

Cuadro 2. Fecha del giro del SGP

No. del giro	Mes al que corresponde	Fecha máxima del giro
1	Enero	10 de febrero
2	Febrero	10 de marzo
3	Marzo	10 de abril
4	Abril	10 de mayo
5	Mayo	10 de junio
6	Junio	10 de julio
7	Julio	10 de agosto
8	Agosto	10 de septiembre
9	Septiembre	10 de octubre
10	Octubre	10 de noviembre
11	Noviembre	10 de diciembre
12	Diciembre	10 de enero

Fuente: www.mininteriorjusticia.gov.co

Por otra parte, según lo determinado por el Acuerdo 77, Artículo 38, “es obligación de las entidades territoriales supervisar el cabal cumplimiento de las obligaciones a cargo de las Administradoras de Recursos del Régimen Subsidiado”, por tanto, el Municipio de Bucaramanga en cumplimiento de su Plan de Desarrollo 2008-2011 “Bucaramanga empresa de Todos” cuyos fundamentos generales son la Ciudad que queremos transformar, la Ciudad que tenemos y el Modelo de Ciudad, presenta como objetivo primordial en su Plan Territorial de Salud 2008-2011 el mejoramiento del estado de salud de la población, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud.²¹

²¹ Plan Territorial de Salud. Municipio de Bucaramanga. Secretaria de Salud y Ambiente. 2008

La evolución de las finanzas públicas del municipio de Bucaramanga 2005 - 2009 y su incidencia en el sector salud, se desarrolla en la hipótesis que el municipio no está financiando la salud pública con recursos propios, por lo tanto puede asegurarse que este servicio es sostenido completamente por las transferencias de la nación.

2. FINANZAS DEL MUNICIPIO DE BUCARMANGA

2.1. CONTEXTUALIZACIÓN

A partir del año 1983 la legislación comenzó a afectar algunas competencias que eran del recorte del gobierno central como: acueductos, mataderos, construcción de hospitales; luego la descentralización administrativa surgió en Colombia, por medio de la ley 78 de 1986, la cual le brindó a los habitantes la oportunidad de elegir sus alcaldes, cuyo impulsor el líder liberal Jaime Castro Castro, que posteriormente la Asamblea Nacional Constituyente, la introdujo en la constitución de 1991; en el artículo 287 textualmente reza: “Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos:

- Gobernarse por autoridades propias.
- Ejercer las competencias que les correspondan.
- Administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
- Participar en las rentas nacionales”.

La Ley 489 de 1998 en su artículo número 7, Descentralización Administrativa²² le otorga facultades a los municipios para cumplir funciones en su territorio, el sector descentralizado en cambio está conformado por entidades con personería jurídica, cumplen funciones en su propio nombre y no en el de la Nación. Esas entidades del sector descentralizado, de acuerdo con el artículo 38 de la Ley 489 de 1998, son los establecimientos públicos, las empresas industriales y comerciales del Estado, las superintendencias y las unidades administrativas especiales con personería jurídica, las empresas sociales del Estado y las empresas oficiales de servicios públicos domiciliarios, los institutos científicos y tecnológicos, las sociedades públicas y las sociedades de economía mixta, y las demás entidades administrativas nacionales con personería jurídica.

La descentralización fue planeada para el cumplimiento de dos objetivos: primero, para mejorar la prestación de los servicios a cargo de las entidades territoriales, de manera que la población tuviese mayor cobertura y mejores condiciones de vida especialmente en educación, salud, y saneamiento básico. Como segundo objetivo, democratizar la gestión pública en las regiones, a través de espacios y mecanismos de participación y control.

En lo referente a la salud, la calidad de los servicios de los regímenes subsidiado y contributivo poseían indicadores de salud y calidad similares, con múltiples reclamos de los usuarios y elevados números de tutelas

²² Artículo 7°. *Descentralización administrativa*. En el ejercicio de las facultades que se le otorgan por medio de esta ley y en general en el desarrollo y reglamentación de la misma el gobierno será especialmente cuidadoso en el cumplimiento de los principios constitucionales y legales sobre la descentralización administrativa y la autonomía de las entidades territoriales. En consecuencia procurará desarrollar disposiciones y normas que profundicen en la distribución de competencias entre los diversos niveles de la administración siguiendo en lo posible el criterio de que la prestación de los servicios corresponda a los municipios, el control sobre dicha prestación a los departamentos y la definición de planes, políticas y estrategias a la Nación. Igualmente al interior de las entidades nacionales descentralizadas el gobierno velará porque se establezcan disposiciones de delegación y desconcentración de funciones, de modo tal que sin perjuicio del necesario control administrativo los funcionarios regionales de tales entidades posean y ejerzan efectivas facultades de ejecución presupuestal, ordenación del gasto, contratación y nominación, así como de formulación de los anteproyectos de presupuesto anual de la respectiva entidad para la región sobre la cual ejercen su función.

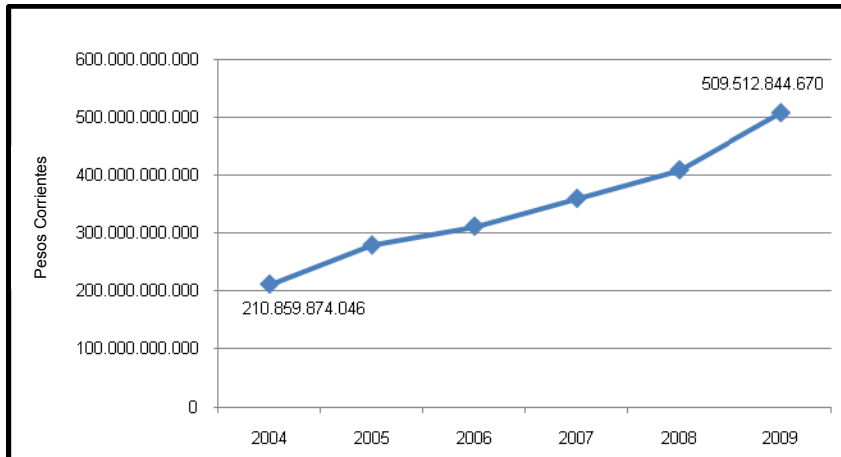
interpuestas por estos al régimen contributivo, debido que el sector hospitalario omitía responsabilidades que le permitiera sobrevivir los desajustes financieros generados por la puesta en marcha de la ley 100 de 1993.

Las entidades descentralizadas por servicios del orden local son creadas por las entidades territoriales, las cuales pueden ser facultadas por diversas normas de orden constitucional y legal, principalmente los artículos 300, numeral 7, y 313, numeral 6 de la Constitución, los artículos 252 y siguientes del Decreto-ley 1222 de 1986 (Código de Régimen Departamental), y los artículos 156 y siguientes del Decreto-ley 1333 de 1986 (Código de Régimen Municipal).

2.2. INGRESOS MUNICIPALES

En virtud al nuevo orden jurídico establecido, para determinar la forma como el municipio de Bucaramanga ha invertido sus recursos en el periodo comprendido entre los años 2004 al 2009, se hace necesario considerar en primera medida el comportamiento de las fuentes generadoras de los ingresos de la ciudad; por lo tanto en la figura 1, se presenta la evolución de estos a pesos corrientes, que crecieron en un 142 por ciento, al pasar de \$210.859.874.046 a \$509.512.844.670 con un incremento en valor absoluto de \$298.652.970.623. (Ver anexo 1)

Figura 1. Ingresos municipio de Bucaramanga 2004 – 2009



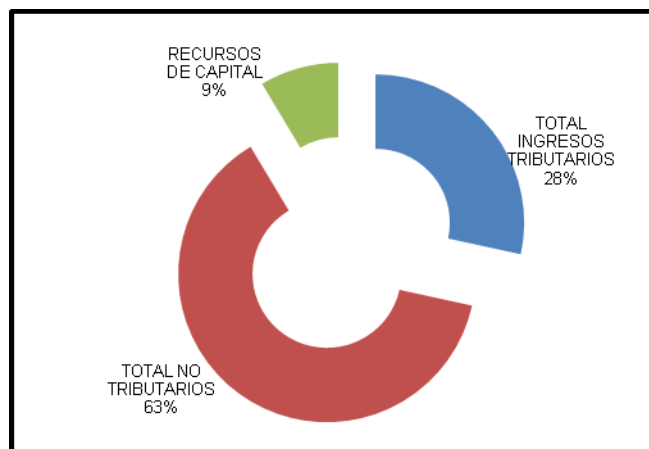
Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

Para determinar el origen de este crecimiento se hace necesario recordar que las finanzas municipales provienen de básicamente de tres fuentes: 1. Ingresos propios, 2. Transferencias (participaciones), 3. Recursos de Crédito.

Los recursos propios son ingresos que los entes territoriales recaudan directamente o por interpuesta persona en su jurisdicción, ellos se encuentran divididos en dos grupos: 1. Tributarios; 2. No tributarios; al referirse a los tributarios se tiene los impuestos directos como predial, circulación y tránsito; mientras que los no tributarios son las tasas y tarifas, tales como, nomenclatura urbana, publicidad exterior; sin embargo los municipios han incluido dentro los no tributarios los recursos recibidos por el sistema general de participación (SGP).

Las transferencias o participaciones son recursos que tiene derecho el municipio por participación en impuestos del orden nacional como el I.V.A. transferidos por el gobierno central y el departamento.

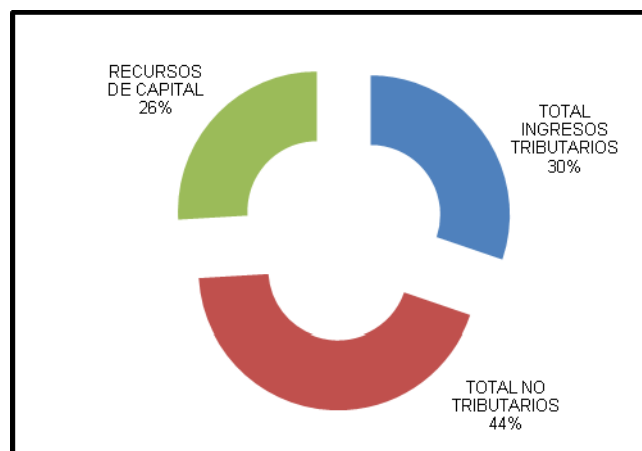
Figura 2. Fuentes de los Ingresos Bucaramanga 2004



Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

En las figuras 2 y 3 se presenta las fuentes para los años 2004 y 2009, en ellas se puede determinar dos variaciones significativas, por una parte la caída significativa de 19 puntos porcentuales en los ingresos no tributarios y por la otra el incremento acelerado de los recursos de capital con el 15%.

Figura 3. Fuentes de los ingresos Bucaramanga 2009.

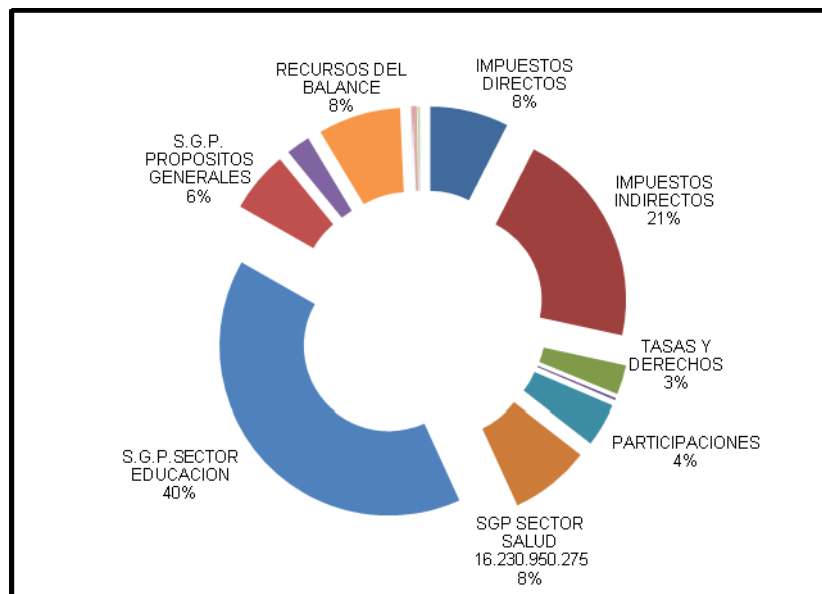


Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

Los anteriores cambios, se pueden explicar al revisar las fuentes de recursos del municipio de Bucaramanga con mayor detalle, para ello se

hace necesario recurrir a las figura 4 y 5, que muestra el origen de los recursos, encontrando que las mas significativas son las participaciones o transferencias que representan cerca del 63% de sus ingresos, donde para el año 2004, las participaciones de educación representa el 40% y para el sector salud 8%; mientras que impuestos indirectos representan el 21% y los directos 8%. Otro rubro que es significativo en los ingresos son los recursos de balance que alcanzan el 8%.

Figura 4. Origen de los ingresos Bucaramanga 2004.



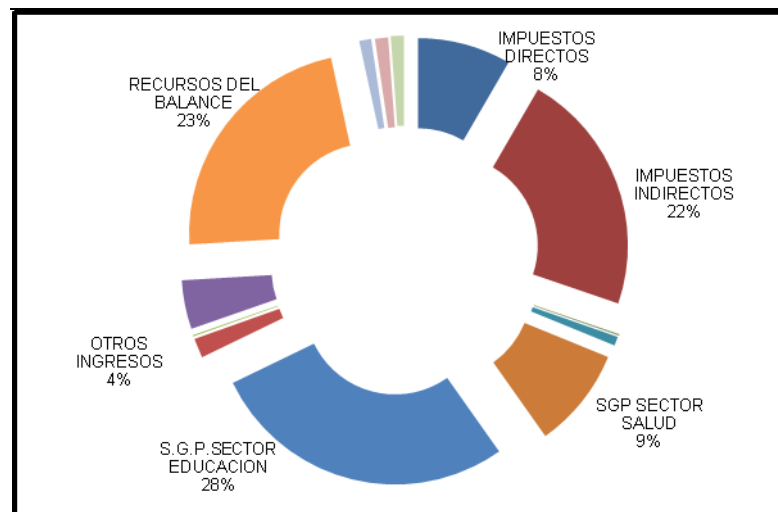
Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

Mientras que para el año 2009, figura 5, los ingresos poseen variaciones significativas en las fuentes, tales como una caída porcentual en participación del sector educación del 12%, un ligero incremento de la participación del sector salud del 1%, en cuanto a los ingresos propios permanecieron constantes, los impuestos directos con el 8% y los indirectos crecieron ligeramente en un 1%.

La fuente que presentó mayor variación fue los recursos de balance que incrementaron sustancialmente su participación, alcanzando el 23% del total

de los ingresos del municipio para este periodo. Sin embargo si se analiza los rubros como tal, los recursos de balance crecieron en 587%, mientras que la participación en educación creció el 67%, la salud en 184%, los impuestos directos en 170% y los impuestos indirectos en 153%, por el contrario, las participaciones menores cayeron sustancialmente en un promedio de 40%.

Figura 5. Origen de los ingresos Bucaramanga 2009.



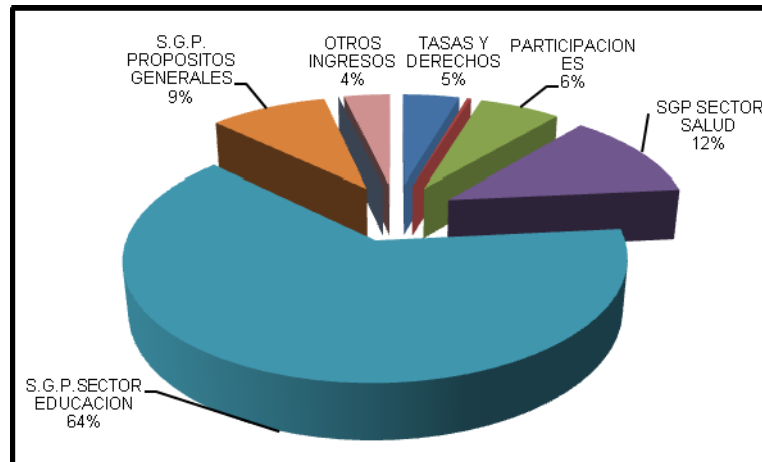
Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

Para determinar el origen de los ingresos del municipio, se hace necesario revisar en detalle los ingresos “no tributarios” por lo cual se recurre a las figuras 6 y 7 donde se muestran la participación de cada fuente para los años 2004 y 2009.

La figura 6 muestra de manera clara que los ingresos no tributarios de la ciudad de Bucaramanga para el año 2004, provienen en un 91% del Sistema General de Participaciones (SGP), donde la participación de educación es de un 64%, dicha participación es la que el gobierno central transfirió con mayor

cantidad de recursos al municipio de Bucaramanga, seguida por salud con el 12% y propósitos generales con 9%.

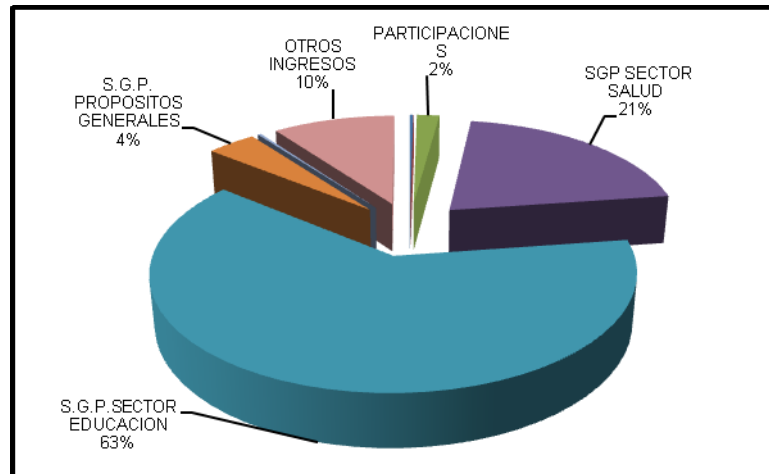
Figura 6. Fuentes de no tributarios Bucaramanga 2004.



Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

Para el año 2009, la figura 7 muestra que la participación del sector salud fue fortalecida sustancialmente obteniendo del gobierno central un mayor flujo de recursos con un crecimiento del 9%, es decir, en pesos corrientes se incremento en \$29.795.244.872, pasando de \$16.230.950.275 en el año 2004 a \$46.026.195.147 en el año 2009, con un crecimiento acumulado de 183,5% en los cinco años.

Figura 7. Fuentes de no tributarios Bucaramanga 2009.



Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

2.3. GASTOS DEL MUNICIPIO

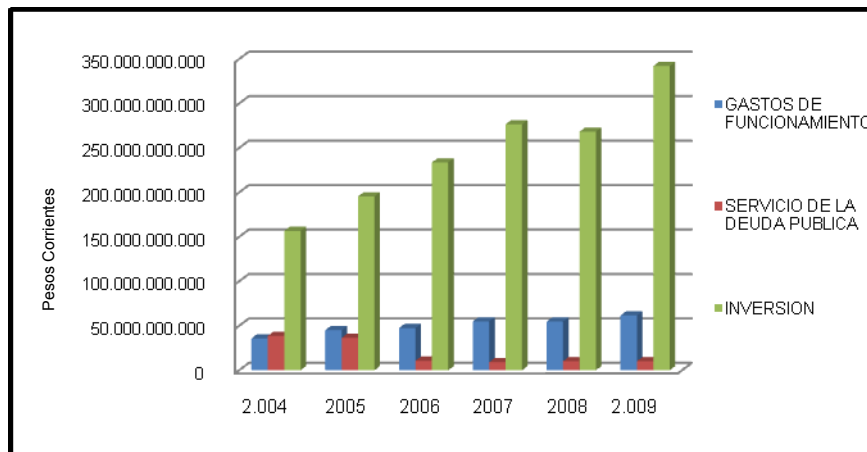
La ciudad de Bucaramanga destina los recursos presupuestales en tres grandes frentes: 1. Gastos de funcionamiento; 2. Inversión, y 3. Servicio a la deuda. Es necesario puntualizar que los gastos de funcionamiento, son los recursos destinados para cancelar los sueldos, salarios honorarios de los empleados públicos adscritos a la alcaldía llamados gastos de personal, mientras que el pago de servicios públicos, combustibles, transportes, mantenimiento y compra de equipos, suministros de papelería y demás son llamados gastos generales, por otra parte los recursos para pagar seguridad social, pensiones son llamados transferencias.

En los recursos de inversión se encuentran aquellos derivados del Sistema General de Participaciones, SGP, compuestos por salud, educación, vivienda, cultura, recreación, planeación, gobierno y desarrollo social. El servicio de la deuda son los pagos a capital e interés, de corto y largo plazo

En la figura 8 se presenta el comportamiento de la asignación de recursos en el periodo 2004 – 2009, los gastos de funcionamiento presentaron una

tendencia creciente del 72%; mientras que la inversión aumentó 118%, es decir, se duplicó pasando de 156.711.302.238 en el 2004, a 342.081.547.772 pesos corrientes, en el 2009; caso contrario ocurrió con el servicio de la deuda, que decreció en un 74%. (Ver anexo 2).

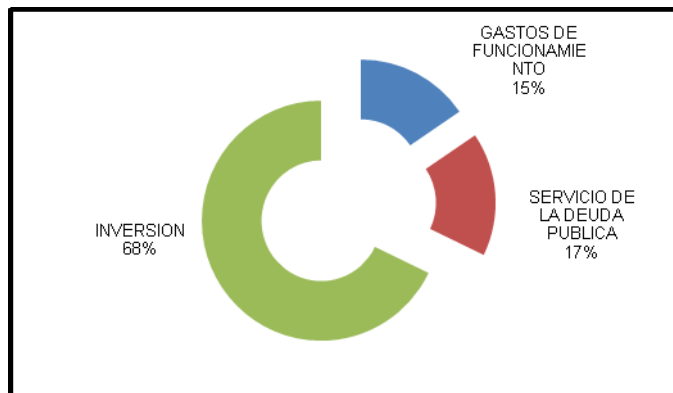
Figura 8. Gastos municipio de Bucaramanga 2004 – 2009



Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

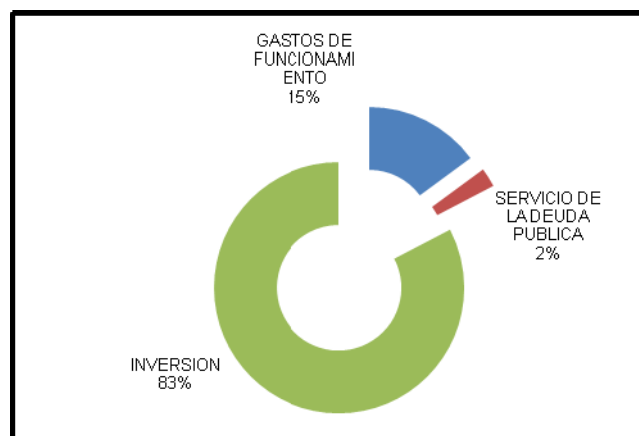
Al interpretar la figura 9, que muestra la asignación de recursos para el año 2004, se observa que la inversión acaparó el 68% del total de los recursos, mientras que el servicio de la deuda representó el 17% y los gastos de funcionamiento el 15%. El comportamiento del año 2009, fue diferente puesto que la inversión creció al 83%, los gastos de funcionamiento se mantuvieron en 15%, y el servicio se redujo en 13%, participando en tan solo el 2%. Como se puede observar en la figura 10.

Figura 9. Destino del gasto Bucaramanga 2004



Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

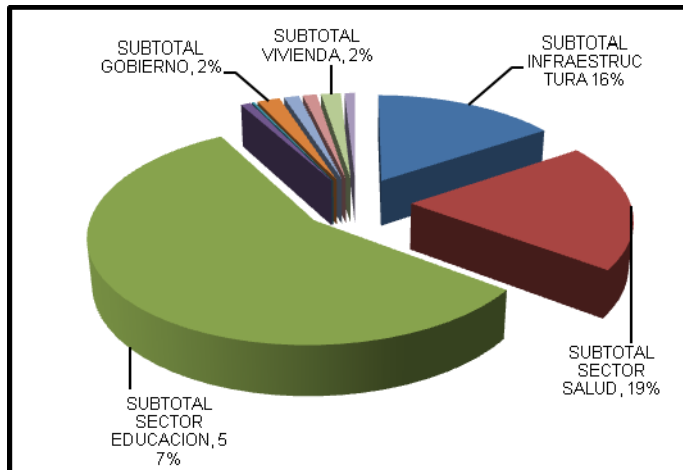
Figura 10. Destinación del gasto Bucaramanga 2009.



Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga

Una vez revisado los ingresos y los gastos del municipio de Bucaramanga durante el periodo 2004 – 2009, se hace necesario examinar detalladamente la inversión en salud, la cual se muestra en las figuras 11 y 12.

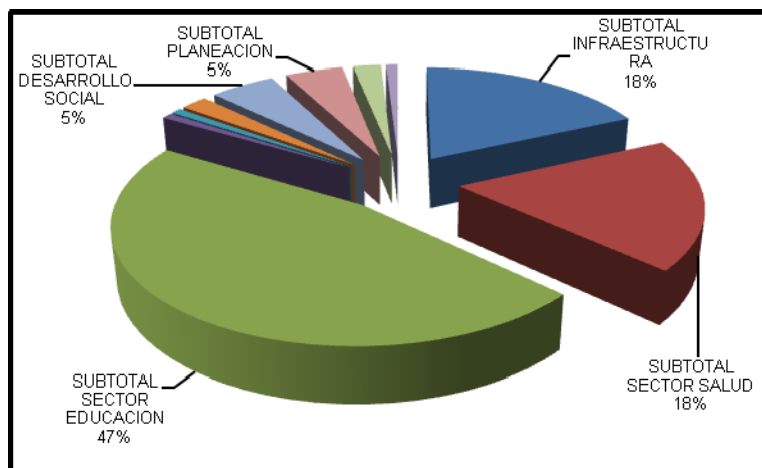
Figura 11. Distribución de la inversión Bucaramanga 2004.



Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

En el 2004, la inversión en salud representaba el 19%, mientras que en el 2009 descendió a 18% del total de los usos; en términos corrientes la inversión realizada en salud fue de 63.352.269.378 pesos corrientes, en el último periodo, es decir en cinco años la inversión se duplicó, esto se explica por el continuo aumento de las transferencias de la nación al municipio, las cuales crecieron a una tasa del 183.5%, es decir el crecimiento de la inversión en salud fue generado por mayores ingresos del SGP.

Figura 12. Distribución de la inversión Bucaramanga 2009.



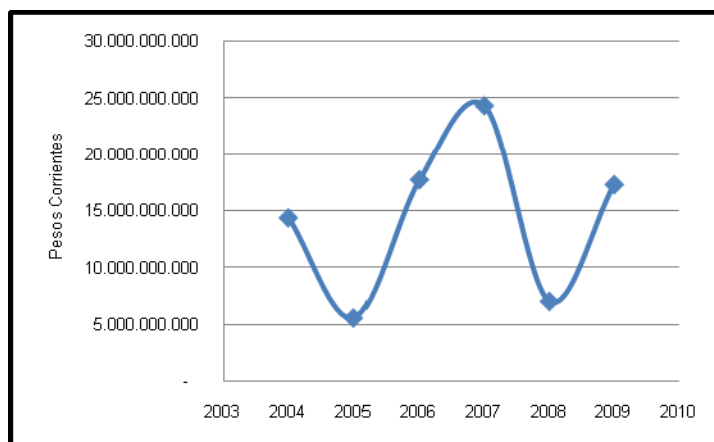
Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

De acuerdo a lo anterior, si descontamos de la inversión las transferencias por salud del SGP, tendremos la inversión con recursos propios, la cual se presenta en la figura 13.

El comportamiento de la inversión por parte del municipio en el sector salud, con recursos propios, se puede analizar en dos momentos, el primero determinado entre 2004 y 2007 y un segundo periodo entre 2007 y 2009. Respecto al primero de estos, se presenta desde 2004 a 2005 una tendencia decreciente, pues de un año a otro la inversión decreció en un 61%, sin embargo, para 2006 la tendencia fue al alza en un 217%, siguiendo con el mismo comportamiento hasta 2007, año considerado como el de mayor inversión para la salud con los recursos propios del municipio.

El segundo periodo (2007 – 2009), se caracteriza por presentar una tendencia decreciente, pues para el año 2008, la inversión cayó en un 71%, pasando de 24.358.620.279 a 7.046.160.551 pesos corrientes, aunque para 2009 se presentó un aumento del 146%, este no logró superar el del año 2007.

Figura 13. Inversión en salud con recursos propios 2004 – 2009

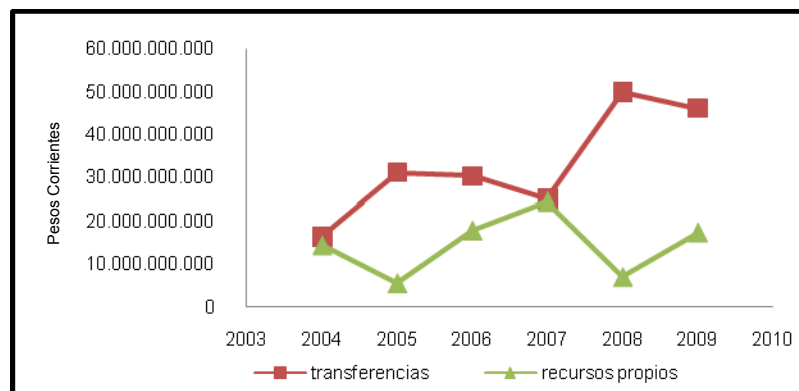


Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

La figura 14, nos presenta el comportamiento de las transferencias y de los recursos propios que se emplean en la inversión de la salud del municipio, evidenciando que las inversiones en el sector son interpuestas en gran medida por los recursos que la nación transfiere al municipio, siendo estos equivalentes al 70 por ciento del total, lo cual hace que el gobierno municipal destine solo un 30 por ciento de sus recursos propios en salud para la población, pues sus esfuerzos están dedicados a otros sectores como educación.

Sin embargo, es importante resaltar que en los años 2004 y 2007 el monto de las transferencias y los recursos propios fueron asignados de manera muy similar, para el 2004 las transferencias fueron por valor de 16.230.950.275 pesos corrientes y los recursos propios por valor de 14.401.960. pesos corrientes, ya en el 2007 estas fueron por 24.982.142.573 pesos corrientes y 24.353.610.279 pesos corrientes respectivamente.

Figura 14. Inversión en salud por transferencias y recursos propios



Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

3. ANÁLISIS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD DEL MUNICIPIO 2005 - 2009

3.1. ASPECTOS GENERALES DEL RÉGIMEN

El régimen subsidiado en salud es parte fundamental de la reforma del sistema de salud aprobada por la Ley 100 de 1993. Dicha ley definió el marco normativo y el entorno institucional para la aplicación del derecho irrenunciable a la seguridad social sancionado por la Constitución de 1991 como un servicio público obligatorio que se ejerce bajo la dirección y el control del Estado. Y buscó responder a los problemas de inequidad, ineficiencia y mala calidad en la prestación de los servicios de salud. Para ello introdujo una nueva asignación en las funciones y responsabilidades de los agentes y definió los campos de intervención del Estado para garantizar los principios constitucionales y ejercer las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia, regulación y control que le corresponde cumplir.²³

Es así como este régimen permite la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS²⁴) de las personas que no tienen capacidad de pago. Dicha vinculación se hace a través del otorgamiento de un subsidio total o parcial. A este régimen se pueden afiliar todas las personas que no poseen una actividad laboral o capacidad de pago para formar parte del régimen contributivo y que han sido identificadas por medio de la aplicación de la encuesta como potenciales beneficiarios de subsidios

²³ La Focalización en el Régimen Subsidiado de Salud: Elementos para un Balance. Óscar Fresneda Bautista. Revista salud pública. 5 (3):209-245, 2003.

²⁴ SGSSS fue creado mediante la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, con el objeto de dotar de una nueva organización al sector salud, de modo que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país.

sociales SISBEN²⁵ Actualmente se encuentran como prioritarios los niveles I y II de SISBEN.

Tienen derecho al Régimen Subsidiado las personas en las siguientes condiciones:

- Personas que no perciban ingresos o renta suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo.
- Quienes no sean beneficiarios de servicios de salud por parte de otra persona
- Personas que no tengan vínculo laboral vigente
- Personas que estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a cualquiera de los regímenes de excepción
- Quienes sean pensionados
- Todo recién nacido, tendrá garantizado los beneficios de régimen subsidiado de sus padres

La afiliación concede automáticamente el derecho a los cotizantes a incluir a su núcleo familiar básico que está compuesto por el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años y que estén estudiando con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. En ausencia del cónyuge e hijos con derecho, la afiliación podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

Las empresas encargadas de prestar el servicio de salud para el régimen, se denominan Entidades de Salud del régimen subsidiado EPS-S²⁶, encargadas

²⁵ Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales.

de realizar la afiliación de la población al régimen. En este sentido, las EPS-S deben encargarse de la afiliación de los cotizantes y sus grupos familiares, asumiendo el deber de administrar su riesgo en salud y de prestar los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado POSS²⁷ directamente (a través de sus IPS²⁸) o indirectamente (mediante contratación con terceros). Cuando el afiliado requiere servicios de salud no cubiertos en el POSS, debe acudir al ente territorial para que se garantice su atención a través de la red pública.

Es así como a cada EPS-S se le reconoce una prima de seguro denominada Unidad de Pago por Capitación, UPC, esta se establece en función del perfil epidemiológico de la población, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Según el acuerdo 09 de 2009, la CRES es la encargada de definir el valor de Unidad de Pago por Capitación de los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS. Para ajustar la UPC y sus respectivas ponderaciones para el año 2010, la CRES se fundamenta en los siguientes estudios técnicos: “Análisis de la metodología del cálculo de la UPC” de la Universidad Nacional de Colombia y “Estudio de suficiencia del Plan Obligatorio de Salud – Unidad de Pago por Capitación 2008 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes de la Unidad de Pago por Capitación” y “Sostenibilidad del FoSyGa (Subcuenta de Compensación, Solidaridad y Promoción) –

²⁶ Ley 1122 DE 2007, capítulo IV, artículo 14. Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado. (EPS'S). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

²⁷ Sus contenidos son definidos por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y este comprende acciones de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica. En la actualidad, el plan de beneficios de los niños y niñas menores de 12 años es igual en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado.

²⁸ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Balance Global de Compensación y ajuste de la UPC 2010”, del Ministerio de la Protección Social.²⁹

En el artículo 3 del citado acuerdo, la CRES definió el valor único por afiliado UPC-Subsidiada plena del régimen para el año 2010, en la suma anual de Doscientos Ochenta y Un Mil Ochocientos Treinta y Seis Pesos con Ochenta centavos moneda corriente (\$281.836,80); el Artículo 4 estableció el valor anual de UPC-S parcial al equivalente del 39.5% de la UPC-S plena, es decir la suma de Ciento Nueve Mil Novecientos Dieciséis Pesos con Treinta y Cinco centavos moneda corriente (\$109.916,35).

Es de resaltar que para el año 2009, el CNSSS mediante el Acuerdo 403 de 2008, en el Artículo 4, se estableció el valor de la UPC-S plena en la suma de Doscientos Sesenta y Siete Mil Seiscientos Setenta y Ocho Pesos moneda corriente (\$267.678) y en el Artículo 5 del mismo Acuerdo, el valor de la UPC-S parcial se fijo en Ciento Cinco Mil Setecientos Treinta y Dos Pesos con Ochenta y Un Centavos moneda corriente (\$105.732,81); el incremento en el valor de la UPC-S que se presentó de 2009 a 2010 representa una subida de la misma en cinco puntos porcentuales.

3.2. AFILIADOS TOTALES CON SUBSIDIO PLENO Y PARCIAL

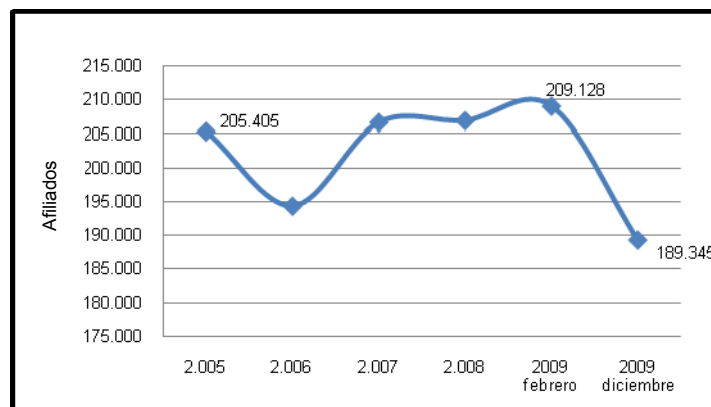
El comportamiento del total de afiliados al régimen subsidiado en salud en los años 2005 y 2006 presenta una tendencia decreciente, pues en este periodo de tiempo el número de afiliados parciales³⁰ disminuyeron en un 12%, pasando de 115.408 a 102.045 afiliados, como se observa en la figura 15. (Ver anexo 3)

²⁹ Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 09 de 2009.

³⁰ Se entiende por subsidio parcial, una proporción del valor de la unidad de pago por capitación subsidiada UPC-S, destinada a cofinanciar algunos contenidos del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado, POS-S.

Una de las razones para entender la caída de afiliados parciales fue la entrada en funcionamiento del programa “Bucaramanga Sana”, convenio entre la Alcaldía de Bucaramanga y la clínica Carlos Ardila Lulle en 2005, en donde se carnetizó a la población del SISBEN nivel III, y quienes prefirieron afiliarse a dicho programa dejando la afiliación por subsidio parcial, pues el programa propuesto por la Alcaldía generaba mayores beneficios en cuanto a prestación y financiamiento del servicio de salud para esta población.

Figura 15. Número total de afiliados al régimen subsidiado 2005-2009



Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

Es importante resaltar que este tipo de subsidios parciales son los que benefician a la población clasificada según el SISBEN en el nivel III, estos subsidios son destinados a financiar las enfermedades y actividades catalogadas como de alto costo, tales como SIDA, Cáncer, Insuficiencia renal, Insuficiencia cardiaca, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), entre otras, además el subsidio también cubre las actividades, intervenciones, procedimientos y suministros de Ortopedia y traumatología, así como de rehabilitación física.

En el periodo comprendido de 2006 a diciembre de 2009, el comportamiento de los afiliados totales del régimen presenta una tendencia creciente

teniendo como febrero de 2009 con 209.128 el mes con más afiliados. Este crecimiento en el total de afiliados fue provocado por el aumento del número de beneficiarios con subsidio plenos; según la ley, a diciembre de 2009 todas las personas clasificadas en el SISBEN en nivel I y II deben pertenecer ya sea al régimen contributivo o al subsidiado, hecho que provocó universalización del aseguramiento en cuanto al régimen subsidiado con derecho a nivel pleno de afiliación. Por otra parte, desde febrero de 2009 a diciembre de 2009, el comportamiento de los afiliados presenta una disminución ocasionada tanto por la caída en afiliaciones plenas como parciales, disminuciones del 5% y 44% respectivamente; este fenómeno es atribuido a la depuración en la base de datos del SISBEN.

Un subsidio pleno es un derecho que garantiza el Plan Obligatorio de Salud financiada a través de la UPC-S, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, más específicamente, se beneficiarán con subsidio total o pleno en el régimen subsidiado las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.³¹

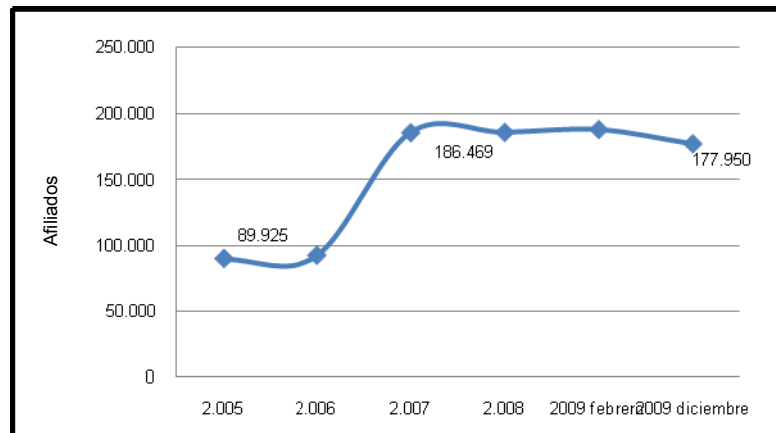
En la figura 16, podemos observar que el total de afiliados con subsidio pleno en el régimen muestra un comportamiento estable para los años 2005 y 2006, aunque es de resaltar que para este periodo el incremento fue del 3%, es decir 2.415 nuevos beneficiarios; por otra parte, entre los años 2006 a 2007 se evidencia un fuerte aumento de afiliados con este tipo de subsidio, pasando de 92.340 a 186.469 incremento del 102% (Ver anexo 4).

El anterior fenómeno se explica por la práctica de una nueva encuesta a la población de nivel III, en donde son nuevamente clasificados, ahora como

³¹ Ley 1122 de 2007, Capítulo 4, Artículo 14.

nivel I y II, accediendo a subsidio pleno de afiliación; además es importante resaltar las políticas del municipio enfocadas hacia la universalización del servicio de salud en el régimen subsidiado.

Figura 16. Número total de afiliados al régimen con subsidio pleno 2005-2009



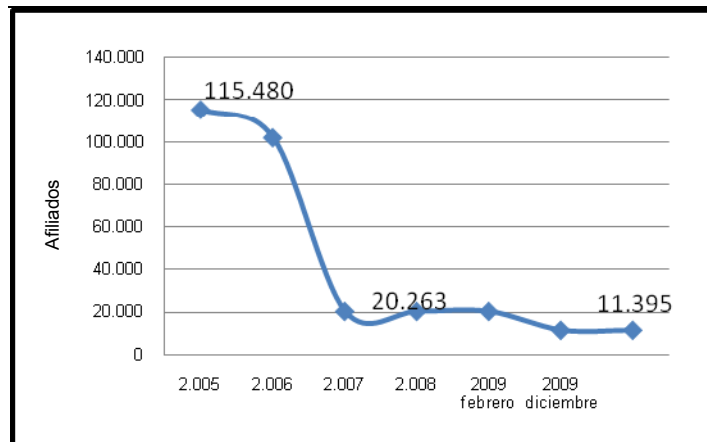
Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

Pese al comportamiento creciente que registró el año 2007, la tendencia que se evidencia en los años posteriores se puede denominar uniforme, pues se presentaron disminuciones en el número de usuarios con subsidio pleno, pero estas no influyeron de manera trascendental en el comportamiento del mismo.

Como se puede apreciar en la figura 17, el comportamiento del total de usuarios afiliados al régimen amparados bajo el subsidio parcial, presenta dos tipos de comportamientos, el primer momento está comprendido entre 2005 y 2007, en el cual se presenta una tendencia decreciente, pues disminuyó en 95.217 afiliados, es decir, una caída del 82%; el segundo periodo está comprendido desde 2007 a diciembre de 2009, en donde se presenta un comportamiento estable, pues en ninguno de estos años el número de afiliados cambió, sin embargo, la tendencia sigue siendo decreciente, ya que a diciembre de 2009 el número de beneficiarios se situó

en 11.395, lo que representa una disminución del 44% en beneficiarios con subsidio parcial. (Ver anexo 5).

Figura 17. Número total de afiliados al régimen con subsidio parcial 2005-2009.



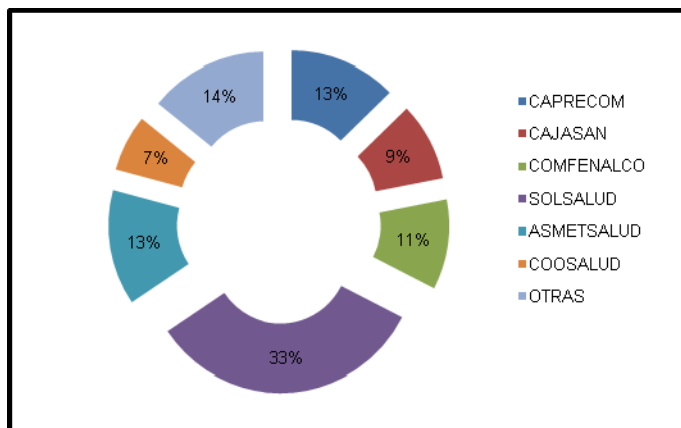
Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

Una de las principales razones que explican el comportamiento anterior, se refiere a que el municipio de Bucaramanga ha adoptado medidas tendientes a disminuir el número de usuarios beneficiados con subsidios parciales, puesto que uno de los objetivos primordiales en cuanto a seguridad social, es el lograr una cobertura total con la prestación de un servicio completo y eficiente para satisfacer las necesidades de los usuarios, pues como se menciono anteriormente, todos los municipios del país para diciembre de 2009, deben poseer cobertura universal en el régimen subsidiado con beneficio pleno para sus afiliados.

3.3. PARTICIPACION DE LAS EPS-S EN EL MUNICIPIO 2005-2009

Durante el 2005 en el municipio de Bucaramanga estaban operando en el régimen subsidiado 10 Entidades Promotoras de Salud Subsidiada EPS-S, como se puede observar en la figura 18, las entidades con mayor participación son Solsalud 33%, Caprecom 13%, Asmetsalud 13%, Comfenalco 11% y otras entidades con un 14%.

Figura 18. Participación total de EPS-S en el municipio 2005



Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

Un aspecto importante por resaltar en este año, es que en algunas de las EPS-S el número total de afiliaciones parciales es superior a las afiliaciones plenas, tal es el caso de Caprecom con 22.552 beneficiarios con subsidio parcial, que representa el 79% del total de sus afiliados, mientras que las afiliaciones plenas sostuvieron un 21%; otra de las entidades con un número de parciales muy superior fue Solsalud, con 58.035, es decir, un 78% del total, frente a 16.639 plenas, lo que equivale a un 22% del total, hecho que lo podemos observar en la tabla 3, en donde es evidente que el número de afiliados con subsidio parcial es muy superior a los beneficiarios con subsidio pleno.

En la cuadro 3, podemos observar que si bien en algunas entidades el número de parciales es superior las demás no poseen ningún afiliado con este subsidio, tal es el caso de Cajasán y Comfenalco entidades que poseen un número alto de afiliados en donde todos sus usuarios estaban amparados con un nivel pleno de atención.

Cuadro 3. Número total de EPS-S Bucaramanga 2005

EPS'S	2.005		
	Plenos	Parciales	Total
CAPRECOM	6.157	22.552	28.709
CAJASAN	20.878	0	20.878
COMFENALCO	24.091	0	24.091
CAFESALUD	4.981	0	4.981
SOLSALUD	16.639	58.035	74.674
ASMETSALUD	6.474	24.340	30.814
COMPARTASALUD	4.375	0	4.375
COOSALUD	4.493	10.553	15.046
EMDIS	1.585	0	1.585
CAFABA	252	0	252
TOTAL	89.925	115.480	205.405

Fuente: Cifras: Alcaldía de Bucaramanga. Grupo Aseguramiento.

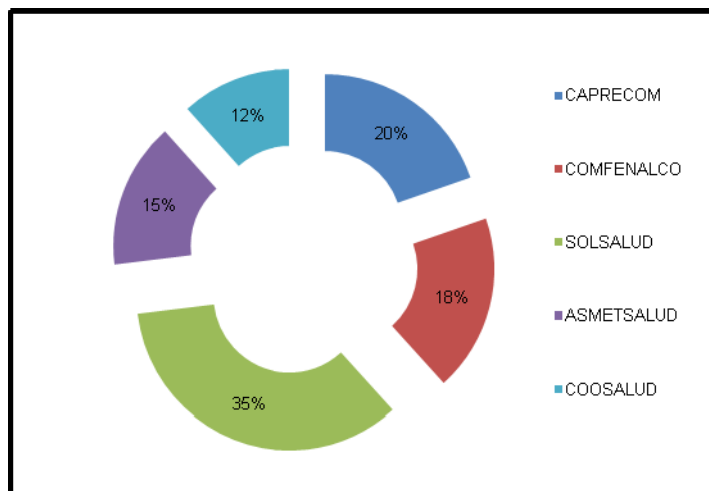
Las demás entidades como Cafesalud, Compartasalud, Emdis y Cafaba, aunque no poseen afiliados con subsidio parcial, el número de afiliados con beneficio pleno es muy bajo, fenómeno ocasionado por la falta de confianza de los usuarios en dichas entidades o bien por no ser de mayor reconocimiento en la región. Por otra parte, la entidad con mayor número de afiliados como lo mencionamos anteriormente fue Solsalud, empresa que poseía la confianza y reconocimiento no solo en el sector sino en la región.

Es importante resaltar que no todas las personas a las que se les aplica la encuesta Sisben, pertenecen al régimen subsidiado, pues muchas de estas

personas no saben cómo afiliarse al régimen, otras por razones de desplazamiento forzado deciden permanecer en el anonimato, dejando de lado el pertenecer al régimen. Es por esto que en los primeros años de este estudio, el número de afiliados al régimen subsidiado independientemente de la entidad que escojan es bajo a comparación de las cifras actuales.

En la figura 19, las entidades que prestan servicios de salud para el régimen se redujeron en un 50%, pues para diciembre de 2009 el número de entidades que operan en el sistema paso de 10 en 2005 a 5 empresas en 2009; dentro de las dichas empresas la que posee mayor participación sigue siendo Solsalud con un 35%, seguida por Caprecom con un 20%, Comfenalco con un 18%, Asmetsalud con 15% y en un quinto lugar Coosalud con 12% de participación en la prestación de servicios de salud en el régimen subsidiado de la región. (Ver anexo 6)

Figura 19. Participación total de EPS-S en el municipio a diciembre de 2009



Fuente: Elaboración autores del estudio. Cifras: Alcaldía de Bucaramanga.

La disminución en la operatividad de las EPS-S en el municipio es reflejo de la regionalización de las EPS-Subsidiadas. Con el propósito de organizar la

prestación del servicio de salud dentro del régimen subsidiado, el Consejo de Seguridad Social en Salud concibió un esquema regional para el funcionamiento de las EPS-S, con el fin de manejar adecuadamente el riesgo en salud e incrementar la eficiencia en la administración del régimen.

En el Acuerdo 244 de 2003 en su artículo 35 el Ministerio de la Protección Social, estableció definir regiones de aseguramiento en el territorio nacional, las cuales deben permitir la eficiencia en la administración de los recursos y el manejo adecuado del riesgo en salud por parte de las EPS-S, propiciando economías de escala, articulando y adecuando la oferta de prestadores con la demanda de servicios de los afiliados.³²

En el citado acuerdo se determinó además los criterios para la regionalización, entre los cuales se destacan la población y su grado de dispersión en los municipios de la región, la disponibilidad de prestadores y aseguradores considerando a su vez variables de comunicación, infraestructura de servicios y su articulación con ciudades de referencia regional.³³

Por su parte, el artículo 41 dispuso que las EPS-S seleccionadas para operar en una región deberán establecer mecanismos que garanticen de manera ágil y oportuna la atención de usuarios, prestadores y proveedores como mínimo en información y orientación al usuario sobre servicios ofrecidos, procesos de afiliación, base de datos de Afiliados, carnetización de afiliados, contratación y negociación de red de prestadores (IPS), radicación de facturas, pago a IPS y proveedores, auditoría integral del proceso de atención, atención de quejas y sugerencias, red de prestadores de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia.

³² Acuerdo 244 de 2003, Capítulo IV, Operación Regional de Régimen Subsidiado

³³ Acuerdo 244 de 2003, Capítulo IV, Operación Regional de Régimen Subsidiado, Artículo 37.

Las EPS-S deben actuar en beneficio de los consumidores, permitiendo que estos puedan ejercer la libertad de elección en la búsqueda de continuidad y calidad en la atención. En este sentido se espera que, además de la función clásica de aseguramiento, las EPS-S desempeñen un papel más activo en el mercado de la atención a la salud como agentes de compra a nombre de los consumidores.

Por otra parte las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) están conformadas por los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y todos los profesionales que ofrecen sus servicios a través de las EPS o las EPS-S, dichas entidades deben ofrecer a sus afiliados y beneficiarios diferentes alternativas de IPS, entre las cuales los usuarios puedan ejercer la libre elección.

La independencia de las IPS se estableció como un mecanismo para asegurar la eficiencia en la gestión, mejorar el control de los distintos agentes participantes y estimular la competencia entre agentes públicos y privados en un mercado abierto. La creciente autonomía de las IPS requiere de mecanismos de control, entre los que destacan, 1. Ministerio de Salud quien estableció un programa de acreditación de entidades; 2. EPS-S y las IPS quienes deben contar con sistemas de auditoría médica y finalmente, como un componente administrativo pero también de regulación de la calidad del servicio, las IPS deben contar con sistemas de control de costos.³⁴

³⁴ Ministerio de Salud. Estatuto orgánico del Sistema de Seguridad Social en Salud y requisitos legales para la descentralización de competencias y recursos. Sta Fe de Bogotá. D.C.: Ministerio de Salud, 1994.

4. SALUD PÚBLICA Y PLAN TERRITORIAL DE SALUD PARA BUCARAMANGA

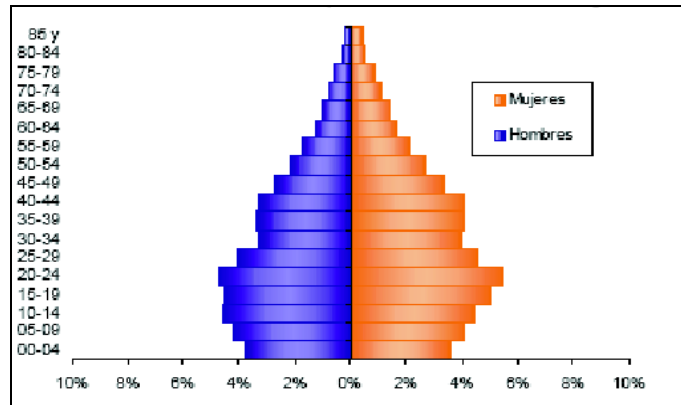
4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE BUCARAMANGA

Bucaramanga es la capital del departamento de Santander, situada en la zona oriental colombiana; cuenta con amplia cobertura de servicios públicos y con un buen nivel de vida. Su desarrollo urbano ha sido rápido pero de la mano de algunos problemas propios de una ciudad que se encuentra en continuo crecimiento, entre están: la contaminación ambiental, mal uso del espacio público, crecimiento del parque automotor y problemas sociales y de marginalidad. Según el censo DANE para el año 2005 Bucaramanga contaba con 509.918 habitantes. Se encuentra conformada por 17 comunas y 3 corregimientos (Ver Anexo 7).

De acuerdo con la proyección del censo de población 2005, Bucaramanga en el año 2007, tenía 520.080 habitantes, de los cuales el 98,6% se encontraba en la zona urbana y el 1,4% en el área rural. El 52,6% pertenece a población femenina y el 47,4% a masculina, esta última estadística se ilustra en la figura 20.

Según los datos encontrados en el censo 2005, se observa que el número de Hogares es de 139.796, de los cuales 138.062, es decir, el 99% están ubicados en la cabecera municipal y los restantes 1734, que representan 1% en zona rural. En lo referente al número de viviendas, el total de estas es de 118.522, de las cuales el 99% están ubicadas en la cabecera y 1% restante en la zona rural.

Figura 20. Pirámide poblacional Bucaramanga 2005.



Fuente: DANE, Censo general 2005

4.2. SALUD PÚBLICA

En el contexto de las directrices de la seguridad social en salud de Colombia, la salud pública se entiende como el esfuerzo organizado de la sociedad principalmente por medio de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de la población y la del medio ambiente todo esto a través de acciones conjuntas, que debe incluir no solamente al sector público sino también a la empresa privada. Es así como la conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia de aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios de salud, son responsabilidades del Estado.

Dentro de los objetivos que debe cumplir la salud pública están el fortalecer la capacidad institucional de planificación y gestión; desarrollar las características y condiciones del recurso humano en salud, y elaborar procesos permanentes de investigación dirigida a mejorar las condiciones de salud individuales y colectivas. Otros aspectos de gran importancia para el desarrollo de las acciones y posterior cumplimiento de los objetivos de salud

pública, tienen que ver con el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud (vigilancia epidemiológica); la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; la participación de los ciudadanos en los procesos de planeación en salud; el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; el saneamiento básico; la investigación, la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud, entre otras.

4.2.1. Funciones

Las funciones de la salud pública corresponden al conjunto de acciones que deben ser ejecutadas con fines específicos, necesarios para el cumplimiento del objetivo central, que no es otra cosa que la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de la población. En otras palabras, dentro del conjunto de todas las actuaciones y responsabilidades de la salud pública, es posible y favorable definir subconjuntos específicos más semejantes, las funciones, con una identidad operativa definida con relación a objetivos o tareas propios necesarios para la consecución del objetivo final de la salud pública. En este sentido, dichas funciones se presentan a continuación:

- Vigilancia Epidemiológica
- Protección de la Salud
- Prevención de la Enfermedad
- Promoción de la Salud
- Restauración de la Salud

En lo referente a la protección de la salud, las acciones están orientadas a la vigilancia y protección del medio ambiente; el saneamiento ambiental, entendido como el control de la calidad del agua y la contaminación

atmosférica; control de calidad de los alimentos; control de calidad de los medicamentos; establecimiento de medidas regulatorias³⁵; creación de infraestructura y multidisciplinar.

Por su parte, la prevención de la enfermedad trata aspectos en cuanto a la prevención tanto a nivel individual como colectivo; posibilidades de prevención, prevención primaria o secundaria (campañas de vacunación, educación sanitaria, consejo sanitario y programas para prevenir el cáncer de mama). Para entender el actuar de las posibilidades de prevención. (Ver cuadro 4)

La promoción de la salud se basa en las actividades encaminadas a la defensa y mantenimiento de la salud, dichas actividades están planteadas en campañas como el antitabaco, sexo seguro y promoción ejercicio y dieta sana. Por otra parte, la restauración de la salud se enfoca en la atención sanitaria, bajo el esquema de la asistencia primaria y hospitalaria.

Cuadro 4. Descripción niveles de prevención en salud pública

Nivel de Prevención	Objetivo	Ejemplos y su efecto en salud
Primaria	Actuar antes de que la enfermedad aparezca y proteger a las poblaciones vulnerables de aquellos agentes que pueden generar la enfermedad.	-Mejora de las condiciones sociales y económicas. -Vacunaciones -Política laboral de defensa de la seguridad del trabajador.
Secundaria	Intervenir en la fase presintomática de la enfermedad para frenar su curso.	-Detección precoz de cáncer -Detección del riesgo cardiovascular

³⁵ Se entiende por medidas regulatorias las enfocadas al tráfico laboral, fluorización, entre otras.

Terciaria	Cuando la persona ya está enferma, reducir las complicaciones, curarla, rehabilitarla y reintegrarla a su función activa.	-Asistencia sanitaria habitual.
------------------	---	---------------------------------

Fuente: Alcaldía de Bucaramanga. Secretaria de Salud y Ambiente.

4.3. PLAN TERRITORIAL

El Plan Territorial de Salud es la apuesta política para la transformación de los procesos relacionados con la calidad de vida y la salud del municipio, siendo uno de los pilares fundamentales para lograr mayor bienestar proponiendo el mejoramiento del estado de salud de la población, para lograr en el mediano y largo plazo evitar el aumento y ocurrencia de desenlaces adversos de las enfermedades, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, así como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

La salud en Bucaramanga, es entendida como el espacio de interacción de la población en tres ámbitos que generan a su vez tres ejes de acción³⁶:

- ◆ Un espacio de relación del individuo consigo mismo que genera un eje de acción de promoción de la autoestima y el autocuidado.
- ◆ Un espacio de relación del individuo con las demás personas que genera un eje de convivencia pacífica y fomento del buen trato.
- ◆ Un espacio de relación del individuo con su entorno que genera un eje de protección y disfrute del medio ambiente.

De acuerdo a esto el Plan de Salud Territorial de Bucaramanga tiene como principios orientadores de su accionar los siguientes.³⁷

³⁶ Plan Territorial de Salud, Municipio de Bucaramanga, Secretaria de Salud y Ambiente 2008-2011

³⁷ Plan Territorial de Salud, Municipio de Bucaramanga, Secretaria de Salud y Ambiente 2008-2011

- La gestión y fortalecimiento de la Intersectorialidad al comprender que los problemas de salud de un municipio no son de la competencia exclusiva del sector y necesitan de la acción coordinada con otros sectores con el fin de mejorar la calidad de vida de la población y de paso ahorrar y optimizar los recursos tanto humanos como físicos y financieros.
- El fomento de la Participación Comunitaria en los diferentes momentos de planeación, diseño, ejecución y evaluación, los cuales se han dado en los procesos de concertación del Plan de Salud Pública con la comunidad para la planeación, diseño y evaluación del mismo y la participación activa de la comunidad en la ejecución de los proyectos mediante la creación de redes de apoyo y la gestión comunitaria para la implementación de las diferentes propuestas.
- El desarrollo de aptitudes personales para la toma de decisiones (empoderamiento) a través de los procesos informativos, formativos, educativos y comunicativos hacia la colectividad. Estos se han dado a través de las diferentes propuestas de comunicación educativa las cuales se han desarrollado a partir de talleres educativos para grupos vulnerables y divulgación y educación por medios masivos de comunicación.
- La creación de ambientes favorables tanto físicos como sociales lo cual se concreta en los procedimientos de saneamiento básico de la ciudad, el programa de prevención del dengue y proyectos tendientes a promover ambientes sociales sanos como son el proyecto de convivencia ciudadana y escuela saludable entre otros.

Así mismo de acuerdo con la resolución 425³⁸ de febrero de 2008 el Plan Territorial está compuesto por seis ejes programáticos, tales como, Aseguramiento, Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud, Salud Pública, Promoción social, Prevención, vigilancia y Control de Riesgos Profesionales, Emergencias y Desastres.

De acuerdo a lo anterior podemos definir el aseguramiento como las acciones desarrolladas por el municipio por medio de la dirección local de salud para la gestión que permite el desarrollo armónico del Sistema General de Salud y Seguridad Social, planteando como objetivo principal garantizar la accesibilidad a los servicios de salud a la población pobre y vulnerable del municipio de Bucaramanga.

En cuanto a la prestación y desarrollo de servicios de salud, estos son el conjunto de acciones, intervenciones y procedimientos tendientes a optimizar los servicios de salud a la población del municipio, implementado como objetivo incrementar la oferta de servicios de salud y la intensidad horaria de la atención en los centros hospitalarios.

En lo referente a salud pública esta se desarrolla en el municipio por medio de la dirección local de salud que pretende mejorar el estado de salud de la población, con el objetivo de desarrollar acciones para optimar y controlar el estado de la salud de la población y evitar desenlaces adversos.

Por su parte, la promoción social se determina a través de la dirección local de salud dirigida a poblaciones vulnerables, por ende busca garantizar a la población que presenta situación de desplazamiento, discapacidad y minorías étnicas el beneficio del derechos a la salud.

³⁸ Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Publica de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

La prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales está enfocada hacia la dirección local de salud orientadas a mejorar el estado de salud de los trabajadores formales e informales, de tal manera que implementa actividades de promoción, prevención, vigilancia y control de la salud y calidad de vida en el ámbito laboral y en los derechos de los trabajadores.

Las emergencias y desastres buscan prevenir y disminuir las consecuencias causados por las situaciones catastróficas y de desastres, por ende pretende aumentar la capacidad de respuesta operativa ante la ocurrencia de sucesos adversos y de acciones de prevención y atención de emergencias y desastres.

4.3.1. Proyectos e inversión para el mejoramiento de la salud de la población.

Las acciones de salud pública en el municipio se desarrollan mediante proyectos que encierren las prioridades fundamentales para mejorar la salud de la población, siendo de gran importancia tener en cuenta que antes de establecer los programas y proyectos se debe determinar la problemática que sufre el territorio y posteriormente presentar ideas concretas para tratar de solucionar los fenómenos que se presenten en la región.

En este sentido, el primer paso para la elaboración de los proyectos de salud de Bucaramanga, fue la identificación de los problemas que aquejaban a la población bumanguesa, para lo cual la Secretaria de Salud y Ambiente convocó a los representantes de las 17 comunas, junto con las instituciones educativas y autoridades cívicas del municipio a participar en la identificación de las necesidades relacionadas con salud y posteriormente plantear las posibles causas y soluciones (Ver anexo 8). Con los resultados obtenidos de este estudio, los proyectos que se generaron fueron encaminados al

mejoramiento de la salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental, enfermedades transmisibles y zoonosis, enfermedades crónicas no transmisibles, discapacidad, nutrición, seguridad sanitaria y del ambiente, seguridad en el trabajo y disminución de enfermedad profesional de origen laboral. Los proyectos se muestran a continuación:

4.3.1.1. Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva

El objetivo principal de este proyecto es mejorar el estado de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en todas las etapas del ciclo vital por medio de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y recuperación dentro de un enfoque de género y desarrollo humano. Para este proyecto se cuenta con una inversión cuatrienio de 1.293.000.000 millones de pesos. En el cuadro 5 se relaciona las metas diseñadas con su logro hasta agosto de 2010.

Cuadro 5. Meta e inversión presupuestal para salud sexual y reproductiva.

Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad				Logro a agosto de 2010	Recursos por anualidad (millones de \$)				Total Recursos Proyectados (millones de \$)
	Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11		08	09	10	11	
Diseño y desarrollo de una estrategia de inducción a los servicios de control prenatal (en empresas y en espacios públicos)	No. de empresas y espacios públicos en los que se desarrolle la estrategia	100	15	30	30	25	75	12	13	13	14	52
Estrategia educocomunicativa dirigida a gestantes adolescentes para la promoción de autocuidado y control prenatal	No de acciones educativas con población gestante adolescente	12	2	3	4	3	9	12	13	13	14	52
Actualización en temas de salud sexual y reproductiva a personal de salud de 35 IPS que prestan servicios de SSR (incluido cáncer de mama y cérvix)	No. de IPS capacitadas	122	17	35	35	35	80	9	10	10	10	39

Evaluación y seguimiento de la calidad e idoneidad de los servicios de atención de CPN, parto, nacimiento, puerperio, atención de abuso sexual e interrupción voluntaria del embarazo y la atención de estos eventos de acuerdo con guías y protocolos.	No. de IPS evaluadas en términos de calidad de prestación de servicios y adecuación a guías y protocolos	122	17	35	35	35	75	9	10	10	10	39
Fortalecer estrategia de control prenatal de bajo riesgo e implementar una estrategia de vigilancia centinela de la morbilidad materna extrema	No. de comités de morbi-mortalidad materna con análisis de casos de morbilidad materna extrema con seguimiento a planes de mejoramiento	13	1	4	4	4	9	18	19	21	21	79
Diseño y desarrollo de una estrategia de inducción a los servicios de tamizaje de cáncer de cérvix y mama	Estrategia diseñada e implementada	4	1	1	1	1	3	20	21	22	24	87
Evaluación y seguimiento de la calidad e idoneidad de los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer de cérvix y mama y la atención de estos eventos de acuerdo con guías y protocolos.	No. de IPS evaluadas en términos de calidad de prestación de servicios y adecuación a guías y protocolos	122	17	35	35	35	74	0	0	0	0	0
Fortalecimiento del mecanismo de coordinación y seguimiento del plan de salud sexual y reproductiva	No de reuniones del mecanismo coordinador y seguimiento del plan de salud sexual y reproductiva	16	4	4	4	4	14	0	0	0	0	0
Diseño y desarrollo de estrategias de comunicación dirigidas a población general y poblaciones vulnerables (HSH, jóvenes, PSD, Centros carcelarios, centros de prostitución) con mensajes de prevención y ofrecimiento de asesoría y prueba voluntaria.	No. Poblaciones intervenidas	20	5	5	5	5	15	100	106	112	119	437
Estudio de la costo-efectividad del tamizaje universal en poblaciones vulnerables y en población general	Estudio realizado y socializado	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Evaluación y seguimiento de la calidad de la atención integral a pacientes con VIH/SIDA incluyendo acceso y cobertura de terapia antirretroviral	No. de IPS evaluadas anualmente en términos de calidad de prestación de servicios y adecuación a guías y protocolos	40	10	10	10	10	28	10	11	11	12	44

Desarrollar estrategia educocomunicativa de una sexualidad sana y responsable para prevención de ITS, VIH SIDA, para adolescentes y jóvenes	No de acciones educativas para la prevención de ITS, VIH SIDA, en adolescentes y jóvenes	80	20	20	20	20	50	0	0	0	0	0
Gestión del conocimiento al personal de salud que maneja pacientes con VIH/SIDA	No. Capacitaciones realizadas al personal de salud que maneja pacientes con VIH/SIDA	1	1	0	0	0	1	8	8	9	10	35
Fortalecimiento de la vigilancia de las IPS en el municipio y diseño e Implementación de un sistema de recolección activa de información relacionada con el seguimiento de pacientes con VIH/SIDA que permita monitorear el comportamiento de la epidemia.	Porcentaje de IPS que atienden pacientes con VIH/SIDA que participan en el sistema de monitoreo de la epidemia funcionando	100%	100	100	100	100	100%	20	21	22	24	87
Diseño y desarrollo de una metodología estandarizada de estudio de carga de enfermedad y acceso y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva	Resultados de análisis de carga de enfermedad en población joven por eventos de SSR y de evaluación de acceso y calidad de atención	4	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Implementación de estrategias de promoción de Derechos y Redes Constructoras de Paz, estrategia Educomunicativa GOCEBAKANO y continuidad acciones Proyecto Colombia.	No de estrategias implementadas de manera permanente	12	3	3	3	3	8	47	50	53	56	206
Acompañamiento en la implementación del Programa de formación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en instituciones educativas del municipio	No. Colegios con estrategia implementada anualmente	8	2	2	2	2	4	16	17	18	19	70
Implementación de la estrategia "Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes" Proyecto Colombia	Implementar 5 nuevos servicios amigables para adolescentes y jóvenes	5	2	3	0	0	12	15	16	17	18	66
Total inversión presupuestada para el cuatrienio												1.293

Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Plan Territorial de Salud 2008-2011.

En lo transcurrido de la ejecución del Plan Territorial, es importante resaltar con respecto al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva que las metas planteadas se han cumplido entre un 60 y 80 por ciento, entre las de mayor relevancia encontramos el número de empresas visitadas para

desarrollar una estrategia de control prenatal, la cual se ha ejecutado en un 75 por ciento; número de reuniones con el fin de fortalecer el plan de salud sexual y reproductiva el cual hasta agosto de 2010 ha alcanzado un 87,5 por ciento de cumplimiento; el porcentaje de IPS que atienden pacientes con SIDA que participan en el monitoreo, ha cumplido su objetivo en un 100 por ciento generando fortalecimiento de la vigilancia de las IPS en el municipio; la implementación de los nuevos servicios para el proyecto Colombia ha ejecutado su meta en un 240 por ciento, al desarrollar no 5 sino 12 nuevas estrategias.

Por el contrario, las metas que no se han ejecutado en lo que va corrido de este cuatrienio para salud sexual y reproductiva son los estudios de los costos y efectividad del tamizaje universal de la población general, hasta agosto de 2010 no se ha realizado ningún estudio lo cual representa un cero por ciento de ejecución.

4.3.1.2. Mejoramiento de la salud oral

La alcaldía de Bucaramanga con este proyecto busca promover en los menores, adolescentes y adultos en todos los ámbitos la importancia de la salud oral, dando a conocer las diferentes formas de prevención de enfermedades bucales por los malos hábitos higiénicos y así incentivar hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario en la población, además de conocer los derechos y deberes que tiene como usuario de la salud. Para este proyecto el Plan Territorial designa una inversión cuatrienio: 249.000.000 millones de pesos, orientada a las metas relacionadas en el cuadro 6.

Cuadro 6. Meta e inversión presupuestal mejoramiento salud oral

Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad				Logro a agosto de 2010	Recursos por anualidad (millones de \$)				Total Recursos Proyectados (millones de \$)
	Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11		08	09	10	11	
Promover en el hogar, ámbitos escolares e instituciones como guarderías y hogares de bienestar hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario desde el nacimiento, primera infancia y edad escolar	No. hogares de bienestar con promoción en hábitos de salud oral en forma permanente	550	100	150	150	150	600	27	29	30	32	118
Promover en ámbitos laborales los hábitos higiénicos en salud oral y el ejercicio de los deberes y derechos a los usuarios de salud oral	No. Empresas visitadas	200	50	50	50	50	140	0	0	0	0	0
Promover en los adultos, madres, padres y cuidadores el primer acceso a los servicios odontológicos por medio de la estrategia APS	No. Familias visitadas con promoción de acceso a servicios odontológicos	70000	10000	25000	25000	10000	38000	0	0	0	0	0
Realizar estudio del índice COP en personas de 12 años y prevalencia de dientes permanentes en mayores de 18 años	Estudio realizado y socializado	1	1	0	0	0	1	30	32	34	35	131
Total inversión presupuestada para el cuatrienio											249	

Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Plan Territorial de Salud 2008-2011.

El mejoramiento de la salud bucal está enfocado en cuatro metas, para las cuales se puede observar entre un 50 y 100 por ciento de ejecución, entre las cuales el número de hogares visitados para acceder a los servicios odontológicos por medio de la estrategia APS ha cumplido su objetivo en un 54 por ciento, con respecto al número de empresas visitadas para promover en ámbitos laborales la higiene bucal ha desarrollado su estrategia en un 70 por ciento, en cuanto a la realización de un estudio del índice COP en personas entre los 12 y 18 años se ha ejecutado en un 100 por ciento, pues se realizó en el 2008 y hasta agosto de 2010 se ha venido socializando. Una de las estrategias que ha superado la meta propuesta es el número de hogares en los que se ha promovido la salud oral en forma permanente, con un porcentaje de cumplimiento del 109 por ciento.

4.3.1.3. Mejoramiento de la situación de las enfermedades transmisibles y las zoonosis

Con este proyecto se pretende realizar una búsqueda de sintomáticos respiratorios en la comunidad, como Coordinar trabajo integral para realizar actividades de capacitación y actualización de talento humano para mejorar la vigilancia, prevención y atención de la Tuberculosis y otros aspectos transmisibles. Para este proyecto se tiene destinada una Inversión cuatrienio: 3.555.000.000 millones de pesos, que ayudaran a promover e incentivar los objetivos planteados por medio de las metas contenidas en el cuadro 7.

Cuadro 7. Meta e inversión presupuestal enfermedades transmisibles

Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad				Logro a agosto de 2010	Recursos por anualidad (millones de \$)				Total Recursos Projectados (millones de \$)
	Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11		08	09	10	11	
Realizar búsqueda de sintomáticos respiratorios comunitaria	Porcentaje de sintomáticos respiratorios detectados	70%	50%	70%	70%	70%	0%	20	21	22	24	87
Implementar la estrategia Colombia libre de Tuberculosis 2000-2015 para fortalecer Y supervisar el cumplimiento de la estrategia DOTS/TAES por parte de EPS e IPS	Porcentaje de EPS e IPS que cumplen adecuadamente la estrategia DOTS/TAES	100%	75%	100%	100%	100%	0%	8	8	9	10	35
Realizar búsqueda institucional de sintomáticos respiratorios incluido personal de salud y poblaciones de alta vulnerabilidad para tuberculosis (ancianatos, centros de atención en drogadicción, centros carcelarios)	No. Instituciones visitadas	40	10	10	10	10	0	10	11	11	12	44
Coordinar trabajo integral con el programa de VIH/SIDA, AIEPI Y PAI para prevenir y atender y estudiar la co-infección VIH/TUBERCULOSIS	No. Reuniones conjuntas con programas para análisis de co-infección	14	2	4	4	4	0	7	8	8	8	31
Implementar y mantener la vigilancia de la resistencia a los medicamentos	No. Pacientes con investigación de sensibilidad y	780	180	200	200	200	0	5	5	6	6	22

antituberculosos en el municipio (envío de muestras de pacientes)	resistencia												
Seguimiento de cohortes de pacientes en el programa	No. Informes de seguimiento de cohorte del programa	16	4	4	4	4	0	10	11	11	12	44	
Realizar actividades de capacitación y actualización de talento humano para mejorar la vigilancia, prevención y atención de la Tuberculosis	No. Actividades de capacitación	4	1	1	1	1	0	5	5	6	6	22	
Realizar búsqueda comunitaria de sintomáticos de piel	No. Actividades de búsqueda de sintomáticos en comunidad	14	2	4	4	4	0	10	11	11	12	44	
Realizar seguimiento de cohortes de pacientes en el programa y estudio de sus contactos	No. Informes de seguimiento de cohorte del programa	16	4	4	4	4	0	10	11	11	12	44	
Vacunación antirrábica a caninos y felinos. Observación de animales y Desratización	No. Caninos y felinos inmunizados	195000	45000	50000	50000	50000	107500	80	85	90	95	350	
Construcción y dotación del centro de zoonosis y coso Municipal	Centro de zoonosis construido	1	0	1	0	0	0	250	1000	500	0	1750	
Adquisición de 1 vehículo para captura de animales	Vehículo adquirido y funcionando	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disminución por debajo del 5% del índice aéxico en viviendas.	No. levantamientos de Indices de inmaduros de aéxico en visitas domiciliarias de las 17 comunas	15	3	4	4	4	0	12	13	13	14	52	
Disminución por debajo de 5% el índice aéxico en Unidades primarias generadoras de dato (UPDG)	No levantamientos índices de inmaduros de aéxico.	96	24	24	24	24	0	12	13	13	14	52	
Disminución por debajo de 5% el índice aéxico en Instituciones educativas públicas y privadas	No. Levantamientos de Indices de inmaduros de Aéxico en establecimientos educativos.	8	2	2	2	2	0	12	13	13	14	52	
Generación una estrategia de control de culícidos en sumideros de aguas lluvias	Estrategia de control diseñada e implementada con participación del sector académico.	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
Inspección a los sumideros del sistema de recolección de aguas lluvias en el municipio de Bucaramanga	Porcentaje de sumideros de aguas lluvias inspeccionados anualmente	400	100	100	100	100	0	12	13	13	14	52	
Realizar la dotación del componente de control químico para el control de vectores del Dengue	Adquirir insumos para control vectorial						0	27	29	30	32	118	

Realizar la dotación de equipos para el control de vectores del Dengue	Adquirir equipos de fumigación vehículo y motomochilas	5	5	0	0	0	0	80	85	90	95	350
Determinación taxonómica de especies	No. Informes de situación vectorial por el laboratorio de entomología	14	2	4	4	4	0	36	38	40	43	157
Desarrollo de la Estrategia COMBI-dengue en sus fases de ejecución, seguimiento y evaluación	No. Informes de seguimiento y evaluación a cambios positivos medibles en las conductas.	8	2	2	2	2	0	41	43	46	49	179
Realización de vigilancia virológica: serotipos circulantes de virus dengue en el municipio	No. Informes de situación virológica en el municipio	4	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Capacitación a personal de salud de las IPS del municipio en manejo integral del paciente con dengue	No capacitaciones en IPS	175	25	50	50	50	0	7	8	8	8	31
Inspección y vigilancia de la atención integral del paciente con dengue en las instituciones de salud	No. Inspecciones a IPS	175	25	50	50	50	0	6	6	7	7	26
Diseño, producción y socialización de material impreso de apoyo para el manejo inicial del paciente con dengue por personal de salud (protocolo y flujograma)	No. Materiales producidos y socializados con personal de salud	2	1	1	0	0	0	3	3	3	4	13
Informes de situación epidemiológica de dengue en el municipio	No. Informes situación	16	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0
Total inversión presupuestada para el cuatrienio												3.555

Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Plan Territorial de Salud 2008-2011.

Como se muestra en el cuadro 7, el mejoramiento de la situación de las enfermedades transmisibles y la zoonosis, no ha cumplido el desarrollo de las acciones propuestas, pues la única estrategia que se ha desarrollado es la vacunación antirrábica a caninos y felinos ejecutada en un 55 por ciento.

4.3.1.4. Mejoramiento de la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles

Este proyecto busca promover la actividad física en escenarios educativos y comunitarios para beneficiar a gran parte de los habitantes y prevenir enfermedades no transmisibles y la discapacidad mediante la formulación de Estrategias para hábitos de vida saludable. Para este programa se tiene destinado una Inversión cuatrienio: 1.030.000.000 millones de pesos, presentada en los diferentes puntos a tratar en el cuadro 8:

Cuadro 8. Meta e inversión presupuestal mejoramiento enfermedades crónicas

Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad				Logro a agosto de 2010	Recursos por anualidad (millones de \$)				Total Recursos Projectados (millones de \$)
	Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11		08	09	10	11	
Identificar 30,000 personas en situación de discapacidad	No. Personas identificadas	30000	10000	10000	10000	0	11600	43	46	48	51	188
Formulación y desarrollo del Plan Municipal para la discapacidad que incluya promoción de espacios saludables para prevenir la discapacidad	Plan formulado y en desarrollo	1	1	0	0	0	50%	30	32	34	35	131
Tamizaje visual en adultos mayores de 50 años no afiliados al SGSSS y canalización a los servicios de atención para el control de la ceguera	No. Tamizajes visuales en mayores de 50 años	4	1	1	1	1	0	20	21	22	24	87
Estrategia de Promoción de donación voluntaria de tejidos y órganos	Estrategia diseñada y funcionando	4	1	1	1	1	1	20	21	22	24	87
Desarrollar estrategias para la promoción de la actividad física en escenarios educativos, redes y grupos comunitarios	No. Grupos con estrategias de promoción de actividad física	140	20	40	40	40	92	41	43	46	49	179

Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social para promoción de estilos de vida saludables, patrones alimentarios adecuados, fomento y protección de la lactancia materna	No. Barrios con desarrollo de estrategias de alimentación saludable (CARMEN)	80	20	20	20	20	65	18	19	20	21	78
Realización de estrategia comunitaria para promocionar alimentación saludable	No. Parcelas ecológicas comunitarias asesoradas y en desarrollo	2	2	0	0	0	2	6	6	7	7	26
Implementación de la estrategia de Restaurantes Saludables para promoción de alimentación saludable	No. Restaurantes saludables en el programa	80	20	20	20	20	65	18	19	20	21	78
Promover estrategias de comunicación para desestimular el hábito de fumar	Número de grupos sociales a quienes se dirige la estrategia	20	5	5	5	5	0	10	11	11	12	44
Fortalecer la estrategia de Instituciones Educativas libres de humo	No. Instituciones educativas desarrollando la estrategia	40	10	10	10	10	10	30	32	34	36	132
Total inversión presupuestada para el cuatrienio												1.030

Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Plan Territorial de Salud 2008-2011.

Para el mejoramiento de la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles y la discapacidad, las acciones planteadas se han desarrollado entre un 25 y 100 por ciento; la formulación y desarrollo del plan municipal para la discapacidad se ha ejecutado en un 50 por ciento, pues el plan ya fue elaborado pero su desarrollo solo se ha cumplido en una pequeña proporción hasta agosto de 2010; en cuanto al número de barrios a los que se les ha implementado el programa CARME, a 65 de los 80 barrios presupuestados se las ha ejecutado la estrategia de educación saludable, lo cual representa el 82% del desarrollo de la acción; respecto al número de parcelas ecológicas asesoradas para la promoción de la alimentación saludable, los resultados arrojan que está estrategia se ha cumplido en un 100 por ciento.

Por el contrario, dentro de las estrategias que están por debajo del 50 por ciento de ejecución, se encuentran el fortalecimiento de las instituciones educativas libre de humo, en las cuales solo 10 instituciones han desarrollado esta estrategia, lo que representa el 25 por ciento de implementación; la identificación de las personas en situación de discapacidad solo se ha logrado en un 38 por ciento, pues de las 30.000 personas proyectadas solo se han identificado 11.600. Una de las metas que no se ha cumplido del programa, es el diseñado de una estrategia comunicativa para desestimular el hábito de fumar.

4.3.1.5. Mejoramiento de la salud mental

Para mejorar la salud mental de la población del municipio, se busca desarrollar estrategias de formulación y divulgación de políticas públicas en salud mental con iniciativas de enfoque comunitario, orientadas a mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad; además se plantea el diseño de un modelo de atención primaria que incluya las prioridades de uso indebido de sustancias, atención a la violencia y a la morbilidad. Este proyecto cuenta con una Inversión cuatrienio: 730.000.000 millones de pesos, destinados a promover las metas que conlleven a resultados como se muestra en el cuadro 9:

Cuadro 9. Meta e inversión presupuestal mejoramiento salud mental

Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad				Logro a agosto de 2010	Recursos por anualidad (millones de \$)				Total Recursos Projectados (millones de \$)
	Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11		08	09	10	11	
Formulación y divulgación de política pública en salud mental	política de salud pública formulada y divulgada permanentemente	1	1	0	0	0	1	20	21	22	24	87
Fortalecer la red del buen trato para la implementación y el seguimiento del plan municipal HAZ PAZ	No de reuniones de coordinación del plan HAZ PAZ	18	4	5	5	4	18	0	0	0	0	0
Capacitación y actualización en instituciones de salud a	Porcentaje de instituciones que atienden dichos eventos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9	10	10	10	39

Funcionarios que atienden eventos de violencia intrafamiliar y sexual.														
Capacitación a 240 Nuevos Agentes Educativos y acompañamiento a los 50 ya existentes, en la Estrategia Meterse al Rancho.	Número de agentes educativos nuevos	240	60	60	60	60	150	15	16	17	18		66	
Continuar con la implementación de la estrategia comunicativa de no violencia contra la mujer	Número de mujeres capacitadas	1000	200	300	300	200	600	25	27	28	29		109	
Implementar iniciativas de enfoque comunitario, orientadas a mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la promoción de salud mental y prevención y control de violencia intrafamiliar. "Meterse al Rancho"	Número de familias intervenidas con la estrategia.	1100	300	300	300	200	500	15	16	17	18		66	
Diseñar estrategia para favorecer la reinserción escolar en personas con patología mental controlada	Una estrategia diseñada e implementada permanentemente	1	1	0	0	0	1	5	5	6	6		22	
Diseñar e Implementar estrategia de prevención y vigilancia (VESPA) del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes	Una estrategia diseñada e implementada permanentemente	1	0	0	0	0	1	30	32	34	35		131	
Diseñar e implementar un modelo de atención primaria en Salud Mental que incluya las prioridades de uso indebido de sustancias, violencia y morbilidad	Una estrategia diseñada e implementada permanentemente	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0		0	
Implementar la estrategia de pactos por la vida	Una estrategia implementada permanentemente	1	1	0	0	0	1	10	11	11	12		44	
Capacitación a Instituciones , docentes ,padres de familia y grupos comunitarios en el Modelo de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y /o Sexual.	Numero de capacitaciones a	160	40	40	40	40	100	16	17	18	19		70	
Intervención y seguimiento a familias víctimas de violencia intrafamiliar y/o sexual	Porcentaje de familias víctimas de violencia	100%	100%	100%	100%	100%	70%	8	8	9	10		35	
Desarrollar estrategia de prevención y mitigación de la	Estrategia diseñada e implementada permanentemente	1	1	0	0	0	1	9	10	10	10		39	

depresión e intento de suicidio en poblaciones vulnerables (desplazados, madres adolescentes, adolescentes-jóvenes, adulto mayor)													
Desarrollar mecanismo de información y remisión intersectorial en salud mental del municipio	mecanismo de información y remisión intersectorial diseñado y funcionando permanentemente	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Alimentación del Sistema de vigilancia Epidemiológica de Violencia intrafamiliar	Un sistema de vigilancia epidemiológica de violencia	4	1	1	1	1	3	3	3	3	4	13	
Reproducción de fichas clínico Epidemiologías de Violencia Intrafamiliar y Sexual	Numero de fichas clínico Epidemiologías de Violencia	8000	2000	2000	2000	2000	5000	2	2	2	3	9	
Total inversión presupuestada para el cuatrienio												730	

Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Plan Territorial de Salud 2008-2011.

El mejoramiento de la salud mental de la comunidad se plantea a través de 16 estrategias, de las cuales 9 se han ejecutado en un 100 por ciento; por su parte las 7 restantes han alcanzado un porcentaje de desarrollo entre el 45 y 75 por ciento, siendo la acción de implementar e incentivar a las familias en la promoción de salud mental y control de violencia intrafamiliar la que representa el 45 por ciento, pues se espera intervenir a 1100 familias con la estrategia pero hasta agosto de 2010, solo se ha llegado a 500 de estas. El suministro de información para el sistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar se ha implementado en un 75 por ciento.

4.3.1.6. Mejoramiento de la salud infantil

Este proyecto pretende articular acciones a la infancia para garantizar y restituir los derechos de los niños, niñas y adolescentes, así como el seguimiento de los casos de violencia infantil reportados al sistema de vigilancia. En dicho proyecto se calcula una inversión cuatrienio de 1.258.000.000 millones de pesos, que se distribuyen en las acciones o metas relacionadas en el cuadro 10.

Cuadro 10. Meta e inversión presupuestal mejoramiento de la salud infantil

Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad				Logro a agosto de 2010	Recursos por anualidad (millones de \$)				Total Recursos Proyectados (millones de \$)
	Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11		08	09	10	11	
Realizar 8 capacitaciones en temas de infancia y adolescencia con el fin de fortalecer la red para la infancia.	Numero de capacitaciones realizadas en temas de infancia y adolescencia	8	2	2	2	2	6	18	20	20	21	79
Articular acciones desde la red para la infancia para la garantía y restitución de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes	Numero de reuniones	24	6	6	6	6	15	0	0	0	0	0
Realizar cuatro exaltaciones del día de la niñez y la recreación	numero de eventos de exaltación	4	1	1	1	1	3	10	11	11	12	44
Asesoría al 100% IPS y EPS en la implementación de estrategias para la prevención y control de la retinopatía perinatal, la sífilis gestacional.	Porcentaje de IPS y EPS asesoradas	100%	20%	30%	30%	20%	100%	11	12	12	13	48
Fortalecimiento estrategia AIEPI en el municipio componente clínico	No. Cursos clínicos realizados	3	1	1	1	0	3	25	27	28	29	109
Fortalecimiento estrategia AIEPI en el municipio en componente comunitario	No. Cursos comunitarios realizados	4	1	1	1	1	10	15	16	17	19	67
Implementar el programa Canguro para la atención del recién nacido de bajo peso en dos IPS públicas del municipio (HUS y UIMIST)	No. De IPS públicas que implementaron programa Canguro	2	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0
Realizar comités de análisis de mortalidad perinatal e investigación de casos al 30% de las muertes perinatales	No. Comités de análisis de mortalidad materna-perinatal	14	2	4	4	4	10	25	27	28	30	110
Realizar monitoreo y seguimiento a la implementación de la estrategia AIEPI en sus componentes clínico y comunitario	Porcentaje de instituciones y agentes comunitarios con monitoreo y seguimiento	100%	20%	30%	30%	20%	100%	33	36	36	38	143

Hacer seguimiento de los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes reportados al sistema de vigilancia	Porcentaje de seguimiento casos de violencia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	9	10	10	10	10	39	
Seguimiento anual de instituciones acreditadas (4) y capacitación de nuevas instituciones en estrategia IAMI	No. Instituciones seguidas (4) y capacitadas anualmente	26	6	7	7	6	20	18	20	20	21	79		
Diseño e implementación de una propuesta de análisis de carga de enfermedad en población infantil y vigilancia del acceso y calidad de su atención.	Resultados de análisis de carga de enfermedad en población infantil y de evaluación de acceso y calidad de atención	4	1	1	1	1	3	0	0	0	0	0		
Fortalecimiento del programa PAI	Jornadas de vacunación	12	3	3	3	3	9	30	32	34	35	131		
	coordinación estrategia y asesoría permanente a IPS en el programa PAI	120	30	30	30	30	90	179	31	33	35	278		
	Adquisición de 2 refrigeradores horizontales	2	2	0	0	0	2	30	32	34	35	131		
Total inversión presupuestada para el cuatrienio												1.258		

Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Plan Territorial de Salud 2008-2011.

El proyecto para el mejoramiento de la salud infantil plantea 15 metas o acciones a desarrollar con el fin beneficiar a los más pequeños, es así como se han ejecutado 6 estrategias a cabalidad en lo corrido hasta agosto de 2010, las restantes están divididas en 8 por cumplir y una que ya superó el valor esperado, dicha meta es el fortalecimiento de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), para la que se diseñó la creación de cursos comunitarios, en donde se esperaba haber realizado al terminar el cuatrienio 4 cursos, pero hasta agosto de 2010 ya se han implementado 10 de estos, superando la meta en un 250 por ciento.

4.3.1.7. Mejoramiento de la salud sanitaria y ambiental

El mejoramiento de la salud sanitaria y ambiental pretende implementar la estrategia de vivienda saludable en nuevas viviendas, con miras en el seguimiento de las ya existentes, además se enfoca en la inspección, vigilancia y control de establecimientos de expendio de alimentos y entidades generadoras de residuos. Para llevar a cabo este proyecto se predestino una inversión cuatrienio: 962.000.000 millones de pesos, que se desarrollaran con miras a cumplir las metas planteadas en la cuadro 11:

Cuadro 11. Meta e inversión proyectada salud sanitaria y ambiental

Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad				Logro a agosto de 2010	Recursos por anualidad (millones de \$)				Total Recursos Proyectados (millones de \$)
	Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11		08	09	10	11	
Realizar 1000 análisis de muestras de agua de uso recreativo	No. Muestras de agua analizadas	1000	200	200	300	300	3700	20	21	22	24	87
Implementar la estrategia de Vivienda saludable en 6000 nuevas viviendas y hacer seguimiento en las 4000 ya existentes PSD y comunidades receptoras	No. De nuevas viviendas intervenidas con la estrategia	6000	2000	1500	1500	1000	3700	50	53	56	60	219
Realizar 8000 análisis de muestras de agua de consumo	No. Muestras de agua analizadas	8.000	1.000	2.500	2.500	2.000	6389	20	21	22	24	87
Realizar Inspección, vigilancia y control de 32.000 establecimientos de expendio de alimentos	No. Expendio de alimentos inspeccionados	32000	4.000	10.000	10.000	8.000	20685	30	32	34	36	131
Realizar Inspección, vigilancia y control a 4800 entidades generadoras de residuos	No. visitas a generadores de residuos	4800	600	1400	1400	1400	2585	100	106	112	119	437
Total inversión presupuestada para el cuatrienio											962	

Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Plan Territorial de Salud 2008-2011.

Dentro de las metas propuestas para el mejoramiento de la salud sanitaria y ambiental, se encuentra con un porcentaje de cumplimiento del 53,8 por ciento las visitas a las empresas generadoras de residuos, en donde se presupuestó 4.800 visitas de las cuales se han llevado a cabo 2.585 inspecciones, por su parte la implementación de la estrategia de vivienda saludable ha realizado un 61,6 por ciento de las inspecciones propuestas, ya que solo se han visitado 3.700.

La inspección a los 32000 establecimientos de expendio de alimentos se ha ejecutado en un 64,6 por ciento, lo que equivale a la visita de 20.685 de dichos sitios. Respecto al análisis de agua apta para el consumo se han tomado 6.389 muestras de las 8.000 presupuestadas, desarrollado está meta en un 80 por ciento. Uno de los logros para resaltar de este proyecto es el aumento del número de muestras tomadas para el análisis del agua de uso recreativo, pues cuenta con un 370 por ciento de cumplimiento, lo que refleja que hasta el periodo de resultados a superado lo propuesto.

4.3.2. Ejecución presupuestal de salud pública 2008-2009

La participación de los recursos propios en la inversión del eje salud pública expuesto en el plan territorial de salud del municipio, es medida por medio del análisis de la ejecución del presupuesto destinado a este, por lo anterior es necesario tener en cuenta tanto la apropiación definitiva como la ejecutada a 31 de diciembre de 2009 de los siete proyectos planteados.

En este sentido, el cuadro 12 muestra los siete proyectos con sus respectivas fuentes de financiación y el porcentaje de ejecución de los mismos, para ello fue necesario calcular los saldos de la apropiación definitiva y de la ejecución total (2008-2009).

Cuadro 12. Ejecución presupuestal a diciembre 31 de 2009.

PROYECTOS	Apropiación definitiva (millones de \$)			Ejecución (millones de \$)			Saldo a diciembre de 2009 (millones de \$)	% Ejecución a diciembre de 2009
	2008	2009	TOTAL	2008	2009	TOTAL		
SALUD INFANTIL								
Recursos Ley 715	210.500.000	348.000.000	558.500.000	168.408.633	319.300.000	487.708.633	70.791.367	87,3
SGP COMPESES 123 PAI	0	114.763.200	114.763.200	0	0	0	114.763.200	0,00
Recursos propios	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Subtotal salud infantil	210.500.000	462.763.200	673.263.200	168.408.633	319.300.000	487.708.633	70.791.367	
SALUD ORAL								
Recursos Ley 715	81.500.000	85.000.000	166.500.000	80.250.000	83.700.000	163.950.000	2.550.000	98,5
Recursos propios	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Subtotal salud oral	81.500.000	85.000.000	166.500.000	80.250.000	83.700.000	163.950.000	2.550.000	
SALUD MENTAL								
Recursos Ley 715	128.100.000	169.600.000	297.700.000	127.246.560	161.399.999	288.646.559	9.053.441	97,0
Recursos propios	16.000.000	17.000.000	33.000.000	15.300.000	15.000.000	30.300.000	2.700.000	91,8
Recursos estupefacientes	28.100.000	0	28.100.000	28.100.000	0	28.100.000	0	100
Subtotal salud mental	172.200.000	186.600.000	358.800.000	170.646.560	176.399.999	347.046.559	11.753.441	
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA								
Recursos Ley 715	300.500.000	277.787.061	578.287.061	299.500.000	228.866.666	528.366.666	49.920.395	91,4
Recursos propios	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Subtotal salud sexual y reproductiva	300.500.000	277.787.061	578.287.061	299.500.000	228.866.666	528.366.666	49.920.395	
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ZOONOSIS								
Recursos Ley 715	305.455.036	429.550.000	735.005.036	187.768.918	406.542.499	594.311.417	140.693.619	80,9
Recursos propios	68.240.000	300.836.681	369.076.681	42.998.192	0	42.998.192	326.078.489	11,7
Subtotal enfermedades transmisibles y zoonosis	373.695.036	730.386.681	1.104.081.717	230.767.110	406.542.499	637.309.609	466.772.108	
ENFERMEDADES CRONICAS Y DISCAPACIDAD								
Recursos Ley 715	158.500.000	277.000.000	435.500.000	157.233.333	268.820.000	426.053.333	9.446.667	97,8
Recursos propios	20.000.000	20.000.000	40.000.000	20.000.000	20.000.000	40.000.000	0	100
Subtotal enfermedades crónicas y discapacidad	178.500.000	297.000.000	475.500.000	177.233.333	288.820.000	466.053.333	9.446.667	
SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL								
Recursos Ley 715	162.936.000	435.565.099	598.501.099	126.515.287	425.302.661	551.817.948	46.683.151	92,2
Recursos propios	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Subtotal seguridad sanitaria y ambiental	162.936.000	435.565.099	598.501.099	126.515.287	425.302.661	551.817.948	46.683.151	
SUBTOTAL RECURSOS LEY 715	1.347.491.036	2.022.502.160	3.369.993.196	1.146.922.731	1.893.931.825	3.040.854.556	329.138.640	90,2
SUBTOTAL RECURSOS PROPIOS	104.240.000	337.836.681	442.076.681	78.298.192	35.000.000	113.298.192	328.778.489	25,6
TOTAL INVERSION	1.479.831.036	2.475.102.041	3.954.933.077	1.253.320.923	1.928.931.825	3.182.252.748	772.680.329	80,5

Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Plan Territorial de Salud 2008-2011.

El municipio de Bucaramanga dispuso para el proyecto de mejoramiento de la salud infantil una apropiación definitiva para los años 2008 y 2009 en un total de 673.263.200 millones de pesos, de los cuales la ley 715 destinó 558.500.000 millones de pesos y el restante 114.763.200 lo aportaba el SGP por el CONPES 123 PAI, de la apropiación anterior se ejecutó un total de 487.708.633 millones de pesos, siendo los recursos por ley 715 invertidos en 87,3 por ciento, quedando un saldo de 185.554.567 millones de pesos.

Por su parte, los recursos propios destinados por el gobierno municipal para este proyecto fueron nulos, lo que quiere decir que el desarrollo de las metas hasta diciembre de 2009 fueron financiadas en un 100 por ciento por las transferencias que la nación hace al municipio; los 114.763.200 millones de pesos por parte de SGP por el CONPES 123 PAI no se ejecutaron, quedando junto con el saldo de la ley 715 para las vigencias posteriores.

La apropiación definitiva para el proyecto de salud oral fue de 166.500.000 millones de pesos provenientes en su totalidad por la ley 715, su ejecución total fue de 163.950.000 millones de pesos, lo que representa el 98,5 por ciento de ejecución de estos recursos; el saldo de 2.550.000 millones de pesos será destinado para los años siguientes. Los recursos propios empleados en este proyecto fueron de inexistentes, lo que corrobora una vez más que no hay inversión por parte del municipio.

En lo concerniente al mejoramiento de la salud mental, los recursos presupuestados en su totalidad fueron de 358.800.000 millones de pesos, con una participación proveniente de la ley 715 de 297.700.000 millones de pesos ejecutados en un 97 por ciento; una destinación especial por estupefacientes de 28.100.000 utilizados en un 100 por ciento; la ejecución de los recursos propios fue del 91,8 por ciento equivalentes en 30.300.000 millones de pesos.

El proyecto de salud sexual y reproductiva se formuló con una apropiación de 578.287.062 millones de pesos provenientes de las transferencias por ley 715, de los cuales a 31 de diciembre de 2009 se han ejecutado en un 91,4 por ciento, es decir 528.366.666 millones de pesos; los 49.920.395 millones restantes complementan los recursos para realizar las acciones faltantes del el cuatrienio. Al igual que los proyectos de salud infantil, salud oral y ambiental, en salud sexual y reproductiva los recursos propios que debe invertir el municipio son nulos.

Respecto al mejoramiento de las enfermedades transmisibles y zoonosis, el dinero total presupuestado proviene de dos fuentes: por parte de la ley 715 estos fueron por valor de 735.005.036 millones de pesos, y por recursos propios 369.076.681 millones de pesos, ejecutados en un 80,9 por ciento y un 11,7 por ciento respectivamente. El saldo total entre recursos apropiados y ejecutados es por valor de 466.772.108 millones de pesos, de los cuales los recursos propios representan un 70 por ciento, equivalente a 326.078.489 millones de pesos.

Para el mejoramiento de las enfermedades crónicas y discapacidad, los recursos apropiados hasta 2009 son por valor de 475.500.000 millones de pesos, provenientes de las transferencias de la nación aportando 435.500.000 millones de pesos los cuales se han ejecutado en un 97,8 por ciento; los restantes 40.000.000 millones de pesos derivados de los recursos propios del municipio se han ejecutado en un 100 por ciento. Sin embargo, es importante resaltar que la inversión con recursos propios es muy baja en comparación con la de las transferencias.

Las apropiaciones totales para la seguridad sanitaria y ambiental son 598.501.099 millones de pesos ejecutados con recursos de la ley 715 por 551.817.948 millones de pesos, estos han sido utilizados en un 92,2 por ciento en lo corrido de 2008 a 2009. La inversión con recursos propios en

este proyecto es inexistente, lo que refleja que las transferencias son las responsables de financiar las metas con el propósito de cumplir con los objetivos planteados.

5. CONCLUSIONES

La configuración de los mercados y la participación activa en la oferta de bienes y servicios de los entes privados, ha sido un proceso generado en su mayor parte por las reformas sectoriales que se han presentado en las últimas décadas; los bienes y servicios en materia de salud eran producidos o prestados solo por el Estado, generando que el mercado se comportara como monopolio estatal, es por esto que la intervención de los agentes privados propone para los consumidores la libre elección del proveedor de bienes o servicios a los que pretenda acceder. Sin embargo, actualmente existen ciertas dudas acerca del alcance de dichas reformas en lo referente a cobertura y rendición de cuentas, aunque es de resaltar que la privatización y la liberación han hecho que se mejore los niveles de eficiencia y por ende el bienestar de la sociedad.

Para el caso colombiano, la reforma en salud se presentó con la Ley 100 de 1993, que pretendía solucionar problemas relacionados con aseguramiento, equidad y sostenibilidad financiera del sector; su principal objetivo estaba centrado en alcanzar cobertura universal del aseguramiento, garantizar el acceso de los grupos más pobres de la población a los servicios de salud y mejorar la eficiencia y calidad en la provisión de tales servicios. Para esto, se crearon dos regímenes de salud, el contributivo y el subsidiado, este último para la población más vulnerable de la sociedad, que no posee capacidad de pago para acceder a los servicios de salud.

Bajo la premisa de la competencia regulada, el sector salud definió un único precio, denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), y un solo producto o servicio proporcionado a través del Plan Obligatorio de Salud (POS), con el fin de estimular la competencia entre las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

para lograr prestar un servicio de calidad que satisfaga las necesidades de la sociedad.

El proceso de regulación del sector en el país se lleva a cabo por medio del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), creado con el fin de regular y administrar los recursos del sistema. Junto al Consejo, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud hacen parte de los entes encargados de la regulación, vigilancia y control sobre las entidades encargadas de prestar servicios en el sector. En un nivel inferior, se encuentran los entes territoriales, organismos encargados de generar los recursos necesarios para la cofinanciación del sector; en el caso particular de este trabajo, los recursos destinados al Régimen Subsidiado de la Salud.

Las inversiones en el sector salud del municipio de Bucaramanga son ejecutadas en mayor proporción por los dineros provenientes de las transferencias que la nación gira al municipio, ya que en el periodo de análisis (2004-2009), los porcentajes de participación fueron superiores al 50 por ciento, en este sentido el 70 por ciento del total de la inversión fue sostenida por las transferencias. Las inversiones con recursos propios son de muy baja participación, pues aportaron un 30 por ciento del total de estas, hecho que refleja la poca intensión del gobierno municipal en propiciar y posteriormente destinar mayores recursos para el mejoramiento del mismo.

El régimen subsidiado presenta un importante aumento en el número de afiliados, pues en los últimos cinco años se ve reflejado un incremento del 98 por ciento en usuarios beneficiados con subsidio pleno, pasando de 89.925 en el 2005 a 177.950 usuarios en 2009, dicho subsidio permite que la población goce de un mayor número de servicios ofrecidos por el sistema generando así más bienestar en la comunidad.

La disminución en el número de Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas (EPS-S) que prestaban sus servicios en la región, fue producto del proceso de regionalización que vivió el sector, por medio del cual se estableció que solo podían operar en el municipio para el 2009, 5 de las 10 empresas existentes en el 2005.

El Plan Territorial tiene como principios orientadores de su accionar, la gestión y fortalecimiento de la intersectorialidad al comprender que los problemas de salud de un municipio no son de la competencia exclusiva del sector, por el contrario necesita de la acción con otros sectores para lograr mayor bienestar, creando ambientes favorables tanto físicos como sociales y el fomento de la participación comunitaria en los diferentes momentos de planeación, diseño, ejecución y evaluación de los proyectos mediante la implementación de redes de apoyo y desarrollo de aptitudes personales para la toma de decisiones.

El proyecto salud infantil se fundamenta en 15 metas o acciones a desarrollar con el fin beneficiar a los infantes de la región, es así como se ha ejecutado el 40 por ciento del total de las metas, esto representa el cumplimiento de 6 estrategias a cabalidad en lo corrido hasta agosto de 2010, las restantes están divididas en 8 por cumplir y una que ya superó el valor esperado, el porcentaje que representa cada una del total es del 53,4 y 6.6 por ciento respectivamente, en este sentido los recursos ejecutados para el cumplimiento de las metas propuestas en el proyecto son financiados en un 100 por ciento por las transferencias que la nación hace al municipio por medio de la ley 715 de 2001.

La salud oral se enfoca en 4 metas que buscan promover un hábito adecuado de higiene en toda la población bumanguesa, dentro de los resultados obtenidos hasta agosto de 2010 se afirma que dichas acciones se

han ejecutado en un 50 por ciento, respecto a los recursos destinados para la desarrollo de las actividades en su totalidad son transferidos por el gobierno central en un 100 por ciento, evidenciando que el municipio no aporta ningún recurso propio para la realización del proyecto.

Las metas planteadas para el cuatrienio en salud mental se basan en 16 estrategias focalizadas en mejorar las competencias de los individuos, en lo transcurrido hasta agosto de 2010, 9 de las 16 acciones se han cumplido a cabalidad representando el 56,25 por ciento del total, las 7 restantes constituyen el 43,75 por ciento faltante; las fuentes de financiación del proyecto las constituyen los recursos provenientes de la ley 715 con un porcentaje de participación del 83 por ciento del total de recursos ejecutados; los recursos por estupefacientes representan el 8 por ciento y los recursos propios equivalen al 9 por ciento del total.

Los recursos ejecutados para el proyecto de salud sexual y reproductiva son transferidos por la ley 715 en un 100 por ciento, en donde los recursos propios no participan en el desarrollo de las metas planteadas, respecto a éstas los resultados del programa arrojan que de los 18 objetivos solo se han cumplido 3 representando un 16,6 por ciento del total, el 83,4 por ciento restantes está en proceso de ejecución.

El mejoramiento de las enfermedades transmisibles y zoonosis propone desarrollar 26 acciones de las cuales solo una hasta agosto de 2010 presenta resultados medibles, las demás se encuentran en proceso de ejecución; los 637.309.609 millones de pesos que financian este proyecto provienen en un 93 por ciento de las transferencias de la nación y el 7 por ciento restante lo aporta el municipio con recursos propios.

Las 10 acciones que buscan promover el mejoramiento de las enfermedades crónicas y discapacidad no se han desarrollado en su totalidad, ya que el 80 por ciento de estas se encuentra en proceso de ejecución con resultados cuantificables, por el contrario el 20 por ciento restante aún no está en funcionamiento. La financiación del proyecto se lleva a cabo por medio de las transferencias y recursos propios, representando un 91 y un 9 por ciento respectivamente del total de la inversión ejecutada hasta agosto de 2010.

Todas las estrategias planteadas para la salud sanitaria y ambiental se han venido desarrollando hasta agosto de 2010, en este sentido es importante resaltar que una de las metas ya superó el indicador propuesto; los recursos que financian el proyecto están compuestos en un 100 por ciento por las transferencias que otorga la ley 715 al municipio.

La inversión con recursos propios corresponde al 4 por ciento del total de la inversión para los 7 proyectos que componen el eje de salud pública del plan territorial de salud, hecho que refleja que la financiación del eje es responsabilidad en un 96 por ciento por las transferencias que le otorga la nación al municipio de Bucaramanga.

BIBLIOGRAFIA

Alcaldía de Bucaramanga. Grupo Aseguramiento

Alcaldía de Bucaramanga. Secretaria de Salud y Medio Ambiente. Plan Territorial de Salud 2008-2011.

Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990. Enero 10.

Congreso de la República de Colombia. Ley 60 de 1993. Agosto 12 de 1993.

Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001. Diciembre 21 de 2001.

Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007. Enero 9

Congreso de Colombia. Ley 489 de 1998. Diciembre 29.

Descentralización, Vicente Herrera Tello, Ariel Emilio Cortes, Bogotá D.C., Colombia, noviembre de 2000.

Enthoven CA. Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics Policy and Law. 1998.

Espinosa Karen, Restrepo Jaime Humberto, Rodríguez Sandra, Producción Académica en Economía de la Salud en Colombia, Lecturas de Economía, Julio- Diciembre de 2003.

Gestión y Política Pública Volumen XVI. Numero 1. I Semestre DE 2007.

Herrera Vicente, Tello Ariel, Descentralización, Bogotá D.C., Colombia, noviembre del 2000.).

Informe presupuestal de Ingresos – Gastos del municipio de Bucaramanga, años 2004 – 2009.

Jaramillo I. El futuro de la Salud en Colombia. 4a. edición. Sta. Fe de Bogotá D.C.FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona, 1999.

Light, D.W. 2001. Comparative institutional response to economic policy: managed competition and governmentality. Soc Sci Med 52(8):1151-1166.

Ministerio de la Protección Social, Resolución 0425 de 2008. Febrero 11 de 2008.

Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo número 415 de 2009.

Ministerio de la Protección Social, Decreto número 3039 de 2007. Agosto 10 de 2007.

Ministerio de la Protección Social, Documento Conceptual sobre el Régimen Subsidiado en Salud. Abril de 2005.

Ministerio de Salud, Universidad de Harvard. Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de implementación. Bogotá; 1997.

Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006. Octubre 09 de 2006. Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Ministerio de Protección Social, Ley 1122: Modificaciones al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Ministerio de Protección Social. Ley 100: Sistema de Seguridad Social Integral, Bogotá. El congreso, 1993.

Pinto Macías, Diana Patricia. La Competencia Regulada y la calidad de atención desde la perspectiva del usuario. Harvard School of Public Health. Octubre de 2002.

Plan Territorial de Salud. Municipio de Bucaramanga. Secretaria de Salud y Ambiente. 2008.

Presidencia de la República de Colombia. Decreto 122 de 1986. Código de Régimen Departamental.

Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1333 de 1986. Código de Régimen Municipal.

Revista salud Colombia. 2000

www.bucaramanga.gov.co

www.dane.gov.co

www.dnp.gov.co

www.minproteccion.gov.co

www.mininteriorjusticia.gov.co

www.minsalud.gov.co/supersalud/html/principa.htm

ANEXOS

Anexo 1. Total Ingresos Bucaramanga 2004 – 2009 (pesos corrientes)

CONCEPTO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TRIBUTARIOS						
IMPUESTOS DIRECTOS	15.783.435.308	17.250.059.523	24.575.668.650	30.758.279.726	38.458.864.656	42.617.313.431
IMPUESTOS INDIRECTOS	44.115.046.391	61.597.447.666	63.462.019.890	79.692.916.079	86.989.471.976	111.391.226.015
NO TRIBUTARIOS						
TASAS Y DERECHOS	5.947.493.518	1.568.507.123	1.860.572.579	2.171.965.848	1.833.887.328	565.658.273
MULTAS	437.576.873	343.687.472	486744285	505.131.062	737.261.239	86.164.336
PARTICIPACIONES	8.546.642.063	2.638.593.322	2.934.087.801	4.394.094.618	3.467.909.928	4.131.766.897
SGP SECTOR SALUD	16.230.950.275	31.061.051.850	30.273.910.264	24978142573	49.891.237.699	46.026.195.147
S.G.P.SECTOR EDUCACION	84.442.861.263	97.193.255.202	100.323.011.220	105.915.037.577	122.645.403.990	140.725.432.533
S.G.P. PROPOSITOS GENERALES	12.351.984.163	11.787.366.646	12.542.563.430	13.962.167.585	8.843.850.252	8.903.502.198
S.G.P. ALIMETACION ESCOLAR	-	421.473.813	426.966.348	475.274.166	474.709.508	590.053.325
OTROS INGRESOS	4.837.471.685	11.079.268.778	7.291.743.461	7.215.884.282	12.110.441.347	22.297.349.193
RECURSOS DE CAPITAL						
RECURSOS DEL CREDITO	0	2.000.000.000	6.873.622.248	3.500.000.000	3.803.471.380	0
RECURSOS DEL BALANCE	16.699.772.543	36.339.375.494	56.138.905.365	68.063.688.107	61.343.128.064	114.755.797.836
SALDOS SIN EJECUTAR EDUCACION VIGENCIA ANTERIOR	57.548.950	189.411.194	2.669.051.102	16.082.666.168	460.770.408	5.421.456.707
SALDOS DE APROPIACION SIN COMPROMETER SALUD PUBLICA VIGENCIA ANTERIOR	850.498.795	1.589.801.331	150.857.448	75.826.005	19.026.165.649	5.977.899.640
SALDOS DE APROPIACION SIN COMPROMETER REGIMEN SUBSIDIADO VIGENCIA ANTERIOR	558.592.220	3.885.829.380	1.797.274.337	2.436.449.015	-	6.023.029.139
TOTAL RECURSOS DE CAPITAL	18.166.412.508	44.004.417.399	67.629.710.500	90.158.629.295	84.633.535.501	132.178.183.322
TOTAL INGRESOS	210.859.874.046	278.945.128.793	311.806.998.428	360.227.522.810	410.086.573.424	509.512.844.670

Fuente: Cifras: Alcaldía de Bucaramanga. Secretaria de Hacienda.

Anexo 2. Total Gastos Bucaramanga 2004 – 2009 (pesos corrientes)

CONCEPTO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	35.741.422.921	45.060.758.426	47.518.698.918	54.993.413.355	54.827.909.942	61.605.033.393
GASTOS DE PERSONAL	13.651.398.750	13.906.186.485	15.037.292.847	16.697.413.964	17.621.661.280	21.378.567.617
GASTOS GENERALES	6.885.484.171	7.140.669.239	7.216.462.461	10.918.810.036	8.587.468.969	8.392.325.085
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	15.204.540.000	24.013.902.702	25.264.943.610	27.377.189.355	28.618.779.693	31.834.140.691
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	38.674.063.606	36.380.395.766	10.701.843.998	9.104.123.195	10.155.690.553	10.172.819.675
INVERSION	156.711.302.239	195.560.440.759	233.707.786.303	276.641.669.405	268.265.589.418	342.081.545.763
SUBTOTAL INFRAESTRUCTURA	24.436.000.000	37.679.000.282	39.420.237.125	68.595.713.291	46.383.290.516	62.385.802.281
SUBTOTAL SECTOR SALUD	30.632.910.717	36.654.997.483	48.033.105.612	49.336.752.852	56.937.398.251	63.352.269.378
SUBTOTAL SECTOR EDUCACION	88.946.624.118	99.047.715.945	109.072.555.129	123.279.080.605	128.530.191.955	159.366.978.230
SUBTOTAL SECTOR RECREACION	1.332.128.416	908.791.575	1.057.969.390	1.655.517.951	1.997.975.139	2.757.599.006
SUBTOTAL CULTURA	372.203.607	995.681.548	1.159.408.976	1.292.388.456	2.284.165.132	2.807.009.093
SUBTOTAL GOBIERNO	3.028.112.332	4.631.415.584	4.525.824.696	5.719.464.164	4.831.633.438	7.214.626.299
SUBTOTAL DESARROLLO SOCIAL	2.048.475.476	6.133.210.576	4.076.073.862	8.142.496.797	8.300.660.903	17.702.367.652
SUBTOTAL PLANEACION	1.870.000.208	2.467.318.190	4.750.263.674	7.826.190.069	11.258.997.916	15.690.795.624
SUBTOTAL VIVIENDA	2.663.440.000	5.834.191.005	15.128.728.227	9.281.542.937	6.226.105.370	7.634.691.946
SUBTOTAL HACIENDA	1.381.407.365	1.208.118.571	6.483.619.612	1.512.522.282	1.515.170.798	3.169.406.254
TOTAL GASTOS	231.126.788.766	277.001.594.951	291.928.329.219	340.739.205.955	333.249.189.913	413.859.398.831

Fuente: Cifras: Alcaldía de Bucaramanga. Secretaria de Hacienda.

Anexo 3. Número Total de Afiliados al Régimen Subsidiado en Bucaramanga 2005 – 2009.

AÑO	TOTAL AFILIADOS
2005	205.405
2006	194.385
2007	206.732
2008	206.996
Feb-09	209.128
Dic-09	189.345

Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Grupo Aseguramiento

Anexo 4. Número Total de Afiliados al Régimen con Subsidio Pleno en Bucaramanga 2005 – 2009.

AÑO	TOTAL AFILIADOS SUBSIDIO PLENO
2005	89.925
2006	92.340
2007	186.469
2008	186.733
Feb-09	188.865
Dic-09	177.950

Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Grupo Aseguramiento

Anexo 5. Número Total de Afiliados al Régimen con Subsidio Parcial en Bucaramanga 2005 – 2009.

AÑO	TOTAL AFILIADOS SUBSIDIO PARCIAL
2005	115.480
2006	102.045
2007	20.263
2008	20.263
Feb-09	20.263
Dic-09	11.395

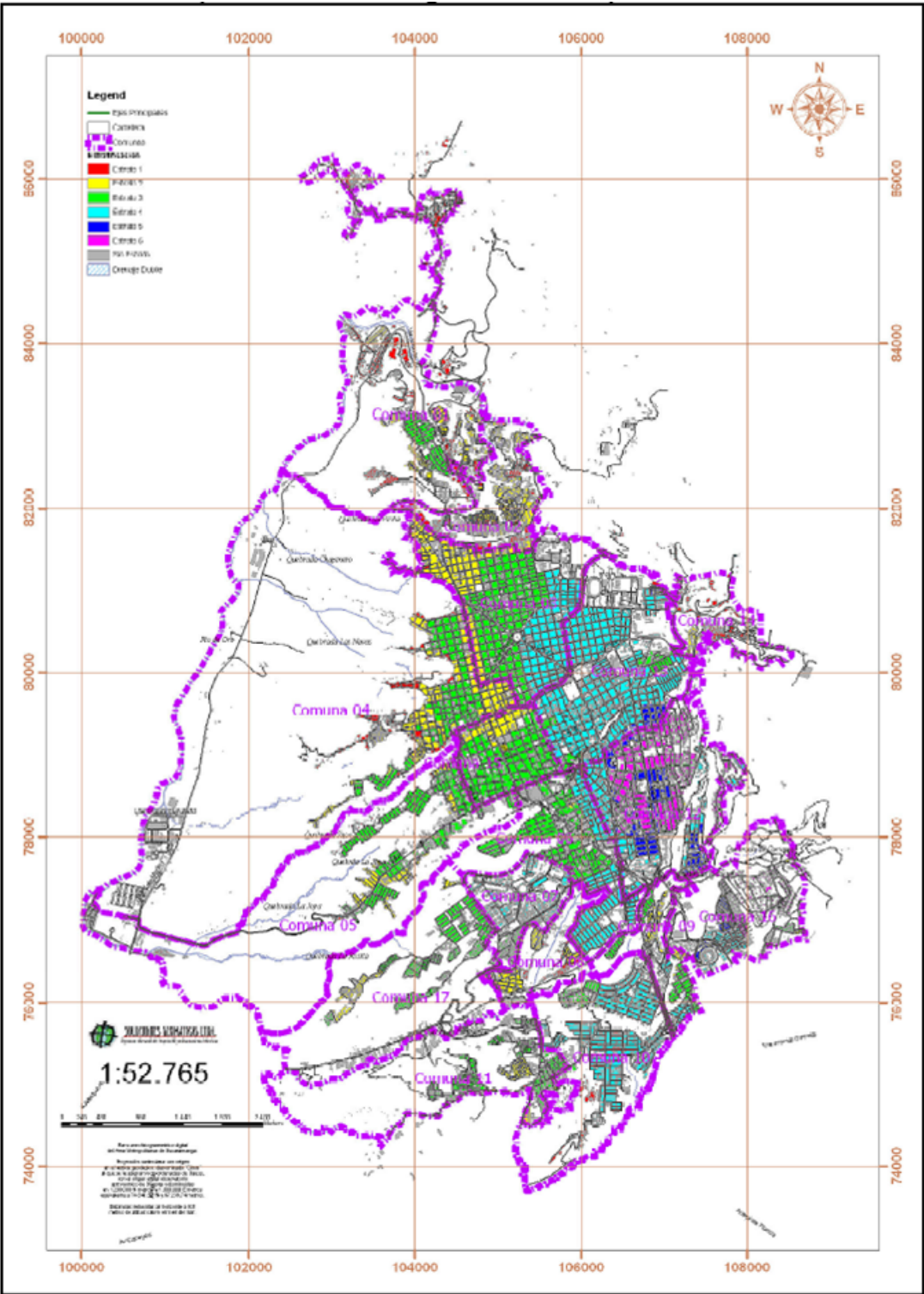
Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Grupo Aseguramiento

Anexo 6. Número Total de EPS-S Bucaramanga 2009

EPS-S	2.009		
	Plenos	Parciales	Total
CAPRECOM	34.172	3.090	37.263
COMFENALCO	35.269	0	35.269
SOLSALUD	62.579	3.233	65.812
ASMETSALUD	25.831	3.116	28.947
COOSALUD	20.099	1.955	22.054
TOTAL	177.950	11.394	189.345

Fuente: Cifras Alcaldía de Bucaramanga. Grupo Aseguramiento

Anexo 7. Mapa de Bucaramanga estratificado por comunas



Anexo 8. Identificación de necesidades, causas y posibles soluciones a problemáticas de salud distribuido por comunas.

Anexo A. Comuna 1

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Contaminación Ambiental		Enfermedades Respiratorias	Equipos para mitigar la contaminación	C.D.M.B Secretaria de Salud y Ambiente
Problema 2 Mal manejo de residuos sólidos	Botadero escombros Km1 vía Café Madrid. Residuos mataderos clandestinos	- Enfermedades respiratorias - Olores molestos	- Cultura y capacitación a la población - Educación Ambiental	Empresa de Aseo C.D.M.B Secretaria de Salud y Ambiente
Problema 3 Mal servicio Hospital del Norte y centro de salud Kennedy	Citas demoradas Falta de medicamentos Mal servicio a la comunidad, Celadores	- Muerte - Enfermedades sin tratar	Más control sobre los funcionarios y cuerpo medico	ASABU Alcaldía de Bucaramanga
Problema 4 Contaminación visual	Mucha publicidad en los negocios y publicidad política	-Estrés y es destructivo	- Educación Ambiental - Realizando control y vigilancia para la prevención.	Secretaria de Salud y Ambiente
Problema 5 Contaminación Auditiva	Sitios nocturnos ubicados en la zona norte casetas Hm 1 vía Café Madrid	- Estrés - Mal carácter	- Educación Ambiental - Control y vigilancia	Secretaria de Salud y Ambiente

Anexo B. Comuna 2

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Servicios médicos y hospitalarios deficientes en el hospital del norte	Cumple funciones como Centro de Salud bien equipado pero no como Hospital	Agravamiento de las enfermedades y muertes	Elevar la categoría del Hospital. Políticas claras de eficiencia en prevención, diagnóstico y tratamiento	Todos los Organismos responsables de la salud, Nacional, Departamento y Municipal
Problema 2 Falta prioridad a enfermedades terminales, con control y prevención médica al adulto mayor.	Ausencias de políticas auténticas de Salud Pública en medicamentos y tratamientos especializados		-Fortalecer y optimizar la atención oportuna y suministro de medicamentos especializados	
Problema 3 sobre población canina	Falta de cultura en temas de tenencia y cuidado de mascotas	Enfermedades crónicas infectocontagiosas	- Campaña de esterilización en las hembras - Recolección y sanción drástica a los propietarios - Campañas de educación a la comunidad	Organismos de Salud Municipal y la comunidad (propietarios)
Problema 4 Contaminación ambiental	- Basureros propios y ajenos - Fábrica de cemento - Plazas de mercado -incineración desechos orgánicos - Sacrificio de pollos - Quema de zonas verdes	Malos olores enfermedades respiratorias epidémicas, plagas	- Seguimiento y control y sanción a promotores responsables de los focos contaminantes	Todos los Organismos de Salud del orden nacional, Departamental y Municipal
Problema 5 Control de natalidad deficiente	- Carencia de educación y formación sexual - Familias numerosas	- Niñas y adolescentes embarazadas - Descomposición familiar -Hacinamiento	- Campañas educativas - Implementación de métodos anticonceptivos	Todos los Organismos de Salud del orden nacional, Departamental y Municipal - Establecimientos educativos y padres de familia

Anexo C. Comuna 3

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Proliferación de zancudos	Falta de compromiso comunitario	Dengue y fiebre Amarilla	Control y vigilancia -Programas de Educación	Comunidad -Secretaría de Salud
Problema 2 Contaminación factores arroceros - fabricas - talleres	Falta de cooperación a la comunidad y falta de control de las diferentes entidades competentes	Diferentes clases de enfermedad	Control – Educación tomar correctivos	La comunidad Secretaría de Salud Corporación Gobierno
Problema 3 inseguridad	Descomposición social – pobreza – presencia de grupos armados	Violencia -Delincuencia -Drogadicción -Vandalismo	Educación Asistencia directa a la niñez y a la familia	Gobierno Estado Policía Comunidad
Problema 4 casa de lenocinio	El apoyo de los diferentes órganos POT – y falta de control	Inseguridad -Vandalismo -Enfermedades venéreas VIH	-Control -Reubicación -Intervención en familia	Comunidad -Gobierno -Policía -Salud
Problema 5 Invasión del espacio publico	Falta de control	-Inseguridad - Contaminación	Reubicación Sanciones exigentes	Comunidad -Gobierno -Plantación

Anexo D. Comuna 5

PROBLEMA	CAUSA	EFFECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Drogadicción en niños y jóvenes	Falta de afecto atención y descuido	Ladronismo, atraco, violencia ,homicidios	Dialogo Comprensión Capacitación Control venta	La familia Sociedad Estado
Problema 2 Contaminación morgue – río de oro - quebrada - crematorio	Desechos aguas negras, desechos hospitalarios, humo de la chimenea	Zancudos ,ratones, moscas, enfermedades de contagiosas respiratorias	Mantenimiento y revisión de filtros, canalización traslado	Municipio Secretaria de Salud Sociedad
Problema 3 Estructuración centro de salud	Falta de atención oportuna, laboratorio, equipo medico	Perjuicio al paciente Trasteo para otro lugar	Colocar laboratorio y la farmacia Ampliación del horario	Secretaria de Salud Municipio
Problema 4 Hipertensión	Trombosis, afecta el corazón, mala nutrición	Trombosis afecta el corazón	Dietas Control Deporte	La persona misma
Problema 5 Diabetes	Afecta el corazón, estado en coma, mala nutrición, hacer deporte	Afecta el corazón Estado de coma		

Anexo E. Comuna 6

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Proliferación de mosquitos	Alcantarillas y reservas forestales	Enfermedades DENGUE	Cultura ciudadana Fumigación	Comunidad y entidades competentes
Problema 2 Baja estimulación de niños (a) menores de 5 años	Mayor inversión e iniciativa	Retraso en el desarrollo integral de los niños	Construcción centro de atención al infantil	Municipio Departamento Nación
Problema 3 Mascotas sin control de tenedores	Cultura ciudadana y falta de aplicación de la norma	Malo olores Enfermedades Deterioro del mobiliario urbano	Crear perrera municipal y aplicar código policivo	Dueño de las mascotas
Problema 4 Falta de control sanitario comidas callegeras	Aplicación de las normas de Salud Publica en higiene	Enfermedades por mala manipulación de alimentos	Control y vigilancia	Secretarias
Problema 5 Falta de educación sexual y alto consumo de sustancias psicoactivas	Crisis familiar inoperancia de la norma	Embarazos prematuros Delincuencia juvenil Pandillas Enfermedades	Programa de prevención Escuelas de padres	Instituciones educativas Padres de familia

Anexo F. Comuna 8

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 SALUD	No tenemos la suficiente cobertura en las citas medicas en nuestra comuna Pablo VI y Bucaramanga	Que muchos de los adultos mayores y niños se quedan sin la debida atención que necesitan.	Que ampliaran las coberturas a las horas de la tarde por lo menos hasta la siete de la noche	Secretaria de Salud
Problema 2	La distancia para el desplazamiento por motivo de que no hay transporte urbano y personas de la tercera edad	Que no se pueden efectuar los tratamientos y se agravan las personas mayores	Que nos instalen las droguerías en nuestros centros de salud Pablo VI de Bucaramanga	ISABU y Alcaldía de Bucaramanga
Problema 3	Mucha adolescentes con embarazo no deseado y drogadicción	Que el sector sea inseguro y haya mucha violencia	Capacitaciones sobre los temas mencionados y programas de apoyo	Secretaria de – Salud y Secretaria de Educación y Bienestar Familiar
Problema 4	La gente no es consciente de las basuras que nos causan enfermedades graves como el dengue los brotes y alergias	Mucha población enfermedad y roedores y demás animales que causan problemas ambientales	-Charlas educativas a la misma comunidad para concienciar en la problemática	LA EMAB Y LA C.D.M.B.
Problema 5	La misma comunidad y la falta de conocimiento en esta problemática de contaminación visual y auditiva	-Dañar la tranquilidad de las personas con problemas de salud y sueño	Mas vigilancia de los funcionarios que le compete lo nombrado	Secretaria de Salud y Medio Ambiente

Anexo G. Comuna 9

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Puesto de salud libertad	Mala atención en los puestos de salud por parte de los funcionarios	Dengue y fiebre Amarilla	Tener calidad humana al atender publico	Secretaria de Salud y Ambiente ISABU Alcaldía
Problema 2 Contaminación quebrada el macho	Quebrada el Macho	Escombros Violaciones Drogadicción Robos	En mallar los alrededores y canalizar parque ecológico	Secretaria de Salud C M B Alcaldía Infraestructura E M A B
Problema 3 Familiar	Mal trato infantil y familiar	Falta de valores humanos Tolerancia	Capacitación en valores humanos y sicólogos	Los hogares y los programas de televisión Gobierno
Problema 4 Psicoactivos	Drogadicción y expendedores Desintegración familiar	Atracar Violar Matar Suicidio	Empleo Capacitación Rehabilitación	Los padres de familia Sociedad en general
Problema 5 Animales	Ratas-perros – zancudos-moscas Bota de residuos sólidos desperdicios y basuras en los sitios públicos	Contaminación y enfermedades	Programa de capacitación por la Secretaria de Salud Fumigación	Secretaria de Salud y Medio Ambiente

Anexo H. Comuna 10

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Falta de canalización la quebrada el macho	El descuido de las entidades responsables de este grave caso	Criadero de zancudos Enfermedades mortales	La canalización de la quebrada el macho	C D M B Secretaria de Salud y Ambiente E M A B
Problema 2 Criadero de zancudos y roedores	La repetición de estos casos Falta de vigilancia de la comunidad y de las instituciones	Casos de muerte Enfermedad por dengue	Erradicación general en este sector especialmente en el diamante II (10)	La comunidad C D M B E M A B Secretaria de Salud y Ambiente
Problema 3 Lotes abandonados falta de limpieza	Total abandono de los lotes	Violación Atracos Inseguridad	Solidaridad tanto de la comunidad y de la entidad competente	C D M B E M A B Secretaria de Salud y Ambiente
Problema 4 El carrasco tan cercano a esta comuna, el cual es responsable de las enfermedades respiratorias en adultos y niños	La instalación del basurero en plena zona urbana y residencial	La gran mortalidad por enfermedades respiratorias en niños-adolescentes y adultos	El traslado urgente de este basurero fuera de la ciudad	E M A B Secretaria de Salud y Ambiente Secretaria de Gobierno Plantación Otros

Anexo I. Comuna 11

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Inadecuada ubicación del carrasco pues está cerca de muchos barrios a la comuna 10 y 11	El carrasco se encuentra dentro del área Metropolitana	-Contaminación atmosférica -Mortalidad por las enfermedades respiratorias	Que las autoridades saquen con urgencia al basurero para un lugar no habitable	Todas las autoridades E M A B Plantación Gobierno Secretaria de Salud Ambiental
Problema 2 Enfermedades pulmonares en niños y edad adulta se está presentando bronconeumonía	Los olores derivados del basurero	Neumonía -Gran mortalidad por enfermedades respiratorias	Que las autoridades saquen el basurero y pavimenten las vías	Las autoridades Secretaria de Salud Plantación Alcalde
Problema 3 En la calle 105 con 5ª falta pavimentación de la carretera que une a Bucaramanga con Girón	Problema administrativos entre Bucaramanga y Girón por estar en límites de estos municipios	Enfermedades que generan a la comunidad	Pavimentación de la carretera	Planeación Infraestructura de los Municipios Girón y Bucaramanga Alcaldes
Problema 4 Criaderos de zancudos, presencia de dengue clásico y hemorrágico en la comuna	Gran proliferación de los zancudos derivados de los criaderos	Enfermedad y dengue clásico y muerte del dengue hemorrágico	Erradicación de los criaderos a traves de capacitación a la comunidad y acción de vigilancia y control de la Secretaria de Salud	Comunidad Secretaria de Salud
Problema 5 Por la falta de pavimentación hay zonas muy abandonadas, arborizadas con mala hierba y eso genero criadero de serpientes	Lotes baldíos No hay limpieza en las zonas verdes	Mordeduras y picaduras de las serpientes a la comunidad que genera enfermedad y hasta la muerte – pánico a la comunidad	Limpieza permanente de las zonas -La caza , control y vigilancia de las serpientes	Secretaria de Salud C D M B Infraestructura

Anexo J. Comuna 12

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Riesgo enfermedades contagio sexual	Desempleo Prostitución	Perdida de salud	Campañas de Saneamiento Básico	Secretarias de Desarrollo Social , Salud y Educación
Problema 2 Contaminación en los parque por basuras y excrementos de mascotas	Falta de cultura ciudadana para manejar mascotas en los parques	Malos olores	- Cultura ciudadana -Programas de atención a mascotas	E M A B Secretaria de Salud y Medio Ambiente
Problema 3 Consumo de droga	Falta de educación Falta de control en los parques	Violencia intrafamiliar -Social Pandillas	Educación Programas anti drogas	La policía Secretaria de Salud y Ambiente Secretaria de Gobierno
Problema 4 Contaminación sonora y de gases carrera 33	Trafico alto y demasiado sobre la carrera 33	Enfermedades vías respiratorias y estrés	Organización Transito vías	Empresa de transporte Dirección de Transito

Anexo K. Comuna 13

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Demasiadas demandas para atender	Planta física insuficiente y demasiado	Servicio deficiente	Ampliación y remodelación del Centro de Salud el Rosario	Secretaria de Salud ISABU
Problema 2 Vectores como zancudos, roedores, ratas, gallinas y cucarachas	Falta válvulas de seguridad en los suministros y control efectivo en las compañías de prevención	Dengue clásico Dengue hemorrágico Alergias Enfermedades infecto contagiosas	Instalar válvulas de seguridad Fumigaciones frecuentes	CDMB Secretaria de Salud y ambiente Comunidad EMPAZ
Problema 3 Prostíbulos y zona rosa	Desempleo Violencia intrafamiliar La administración Municipal da licencias y permisos	Embarazos en adolescentes y promiscuidad Irrespeto a la calidad de vida Contaminación ambiental	Cumplimiento en la normatividad y el POT Veeduría Ciudadana	Administración gubernamental Secretaria de Gobierno Plantación
Problema 4 Basuras y manejo de residuos sólidos	Cultura ciudadana Falta de programas y seguimiento y continuidad de estos No hay organización en los recicladores	Contaminación Ambiental Epidemias Olores	Organización de los recicladores Seguimiento y continuidad a los programas Programas efectivos de cultura ciudadana.	EMAB Secretaria de Salud
Problema 5 letrinas publica de indigentes y caninos	Habitantes de la calle Incumplimiento normatividad	Empedrados en las calles parques y zonas verdes	Creación de servicios sanitarios en parques y sitios estratégicos Multas y ampliación de la ley	Secretaria de Infraestructura Desarrollo Social Gobierno Comunidad

Anexo L. Comuna 14

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Existencia de perros callejeros y manejo de sus excrementos	Falta de control sensibilización por parte de la comunidad y de las instituciones	Enfermedades por bacterias, virus, (violencia intrafamiliar)	-Campañas de educación y sensibilización a los propietarios -Esterización y recogida de animales huérfanos	-Secretaria de Salud y del Ambiente -Policía Ambiental -Comunidad
Problema 2 Consumo de alucinógenos y sustancias psicoactivas	-Existencia de expendios -Desintegración familiar -Pautas de crianza inadecuadas en la familia	Violencia -Deserción Escolar -Delincuencia -Enfermedades respiratorias	Campañas educativas a las familias, uso del tiempo, recreativos, lúdicos, promoción del buen trato -Campañas de seguridad	ICBF -Secretaria de Salud -Secretaria de Desarrollo Social -Policía Comunitaria, juvenil -INDERBU
Problema 3 Violación intrafamiliar	Desempleo (falta de ingresos) -Machismo -Falta de tolerancia	Desintegración Familiar Delincuencia -Prostitución -Drogadicción	Campañas interinstitucionales de proceso pedagógicos -Sanciones a los agresores	ICBF -Secretaria de Salud - Secretaría de Desarrollo Social -Policía Comunitaria INDERBU -IMEBU
Problema 4 Respiratorias tuberculosis por virus	-Manejo inadecuado del problema -Contaminación Ambiental	Contagio y propagación de las enfermedades -Mortalidad	-Campañas de prevención y control permanente	-Secretaria de Salud y del Ambiente -Ligas de Lucha
Problema 5 Existencia de roedores plagas	-Existencia de basureros, cañerías destapados	-Enfermedades contagiosas	-Recolección de inservibles, limpieza en general -Campañas educativas -Fumigaciones	-Secretaria de Salud y Ambiente EMAB CDMB EMPAS Policía Ambiental

Anexo M. Comuna 16

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 Cementerio las colinas	Mosquitos y malos olores	Contaminación y malestar y enfermedades	Disposición de la Secretaria	
Problema 2	No existe puesto de salud	Riesgo a morir de los paciente	Cortesía puesto de salud	Secretaria de Salud
Problema 3	Daño a vías pavimentadas y viviendas	Humedades e inundaciones	Estudio ambiental	Secretaria de Infraestructura
Problema 4	Animales en estado de descomposición	contaminación al medio ambiente	Control efectivo	Centro de Salud
Problema 5	Contaminación de la quebrada	Maltrato al medio Ambiente	Impedir el acceso	Control al medio Ambiente

Anexo N. Comuna 17

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	SOLUCION	RESPONSABLES
Problema 1 violencia intrafamiliar	Intolerancia Falta de dialogo Mal ejemplo	Violencia Lesiones personales Homicidios	Capacitación Dialogo	Comunidad Entes gubernamentales del Municipio
Problema 2 Erosión y contaminación por la quebrada el loro	Falta de canalización de la quebrada	Enfermedades y daños materiales	Canalización y arborización fumigación Vacunación	Entes gubernamentales
Problema 3 Caninos	Irresponsabilidad de los propietarios en la tenencia de las mascotas	Enfermedad Contaminación	Recogida mensual de los caninos	Zoonosis (SSAB)
Problema 4 Recicladores	Contaminación Inseguridad	Contaminación y mal aspecto del ornato publico	Decomiso y Erradicación	Entes gubernamentales
Problema 5 Sedentarismo y obesidad en tercera edad	Falta de motivadores	Enfermedades	Programas y capacitación	Entes gubernamentales