

**LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD MUNICIPIO OIBA SANTANDER Y
SU IMPACTO SOBRE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN
RAFAEL**

**JAVIER EDUARDO ACELAS BELTRAN
CRISTIAN ELISEO ARDILA FORERO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACION EN GESTION PUBLICA
BUCARAMANGA**

2010

**LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD MUNICIPIO OIBA SANTANDER Y
SU IMPACTO SOBRE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN
RAFAEL**

**JAVIER EDUARDO ACELAS BELTRAN
CRISTIAN ELISEO ARDILA FORERO**

**Trabajo de grado para Optar al Titulo de
Especialista en Gestión Pública**

Director

**HECTOR ALIRIO MENDEZ SANCHEZ
ECONOMISTA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACION EN GESTION PUBLICA
BUCARAMANGA**

2010

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. ENUNCIACION DEL PROBLEMA	12
1.1. LA DESCENTRALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA	12
1.1.1. El concepto general de descentralización	13
1.1.2. Las motivaciones de la descentralización territorial.	14
1.1.3. La descentralización administrativa.	14
1.1.4. La descentralización financiera y fiscal.	14
1.1.5. La descentralización política.	15
1.1.6. Los Objetivos de la Descentralización Territorial.	15
1.1.7. Las competencias que se descentralizan.	16
1.1.8. El papel de los niveles intermedios de gobierno.	17
1.1.9. El papel de las instituciones prestadoras de servicios.	18
1.2. EL CASO COLOMBIANO EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO	18
1.2.1. Las Relaciones Intergubernamentales De Las Entidades ubnacionales.	18
1.2.1.1. El papel de Los Municipios.	20
1.2.1.2. Las funciones del Municipio	24
1.2.1.3. El jefe de la administración y del gobierno local.	26
1.2.1.4. La democracia representativa local.	27
1.2.1.5. El Papel de los departamentos en Colombia	27
1.2.1.6. Las funciones de los Gobiernos Departamentales	31
1.2.1.7. Estructura de los gobiernos municipales y departamentales.	34
1.2.1.8. La estructura descentralizada de los municipios y departamentos.	34
1.2.1.9. El control fiscal y el control legal en las entidades territoriales.	36
1.2.1.10. Las clases de servidores públicos.	37
1.2.1.11. Participación ciudadana.	37
1.3. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA	39

1.3.1. Los principios de la ley.	41
1.3.2. Aquí nadie paga	42
1.3.3. Actores e intermediarios del sistema.	43
1.3.4. Universalidad <i>versus</i> niveles	48
1.3.5. Equidad	52
2. MARCO TEORICO-CONCEPTUAL	59
2.1. LAS PROPUESTAS DE LOS ACTORES	64
2.2. PROPÓSITOS Y REALIZACIONES.	64
3. JUSTIFICACION	66
4. OBJETIVOS	67
4.1. GENERAL	67
4.2. ESPECIFICOS.	67
5. METODOLOGIA	68
6. DESARROLLO	69
6.1. ANÁLISIS DE NÓMINA:	69
6.2. ANÁLISIS DE PENSIONADOS:	71
6.3. ANÁLISIS DE JUBILADOS:	72
6.4. DÉFICIT:	72
7. CONCLUSIONES	74
8. RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFIA	79

RESUMEN

TITULO: LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD MUNICIPIO OIBA SANTANDER Y SU IMPACTO SOBRE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL*

AUTOR: JAVIER EDUARDO ACELAS BELTRAN
CRISTIAN ELISEO ARDILA FORERO

**

PALABRAS CLAVES: Descentralización, Empresa Social, Estado, convenio, Departamental, Administrativo

DESCRIPCION:

LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD MUNICIPIO OIBA SANTANDER Y SU IMPACTO SOBRE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL

La descentralización del sector salud implica cambios de orden fiscal, político, social y administrativo para que los municipios asuman las competencias transferidas por el gobierno central y departamental en la cabeza del alcalde

El **ACUERDO N°.034**(septiembre 10 de 1999). Por medio del cual se transforma el Hospital integrado San Rafael de Oiba en Empresa Social del Estado del Orden Municipal.

Se firma el convenio interadministrativo departamento y municipio cuyo PARAGRAFO 1 reza : EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER-SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. De conformidad con las normas que regulan materia diligenciará el saneamiento en todos los aspectos de orden salarial, prestacional y pensional del personal, hasta la fecha en que sean transferidos e incorporados a la planta de cargos de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de OIBA del orden municipal.

El proceso de descentralización realizado por el Municipio ignorando la normatividad a la luz del Convenio Inter-Administrativo con el transcurso de los años, demostró que ha generado un impacto negativo en la confianza de los funcionarios debido a la situación financiera de la Empresa, un falta de sentido de pertenencia, incremento de las demandas como mecanismo de recobro de los sueldo adeudados.

Teniendo en cuenta que el mayor problema que presenta la empresa social de estado Hospital San Rafael de Oiba después de haber surtido el proceso de descentralización es de no haber tenido un saneamiento total de las deudas,por tal razón evocamos a los gerentes y al señor alcalde municipal a buscar recursos adicionales que garanticen una competitividad de la empresa a nivel municipal y provincial como mecanismo para salir de la crisis.

* Trabajo de grado

** Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Economía y Administración. Director. José Joaquín Alzate Marín

ABSTRACT

TITLE: The Decentralization Of The Health Municipality Oiba Santander And His(Her,Your) Impact On The Social Company Of The Condition(State) Hospital San Rafael*

AUTHOR: Javier Eduardo Acelas Beltran
Cristian Eliseo Ardila Forero**

KEY WORDS: Decentralization, Social Company, State, agreement, Departmental, Administrative

DESCRIPTION:

THE DECENTRALIZATION OF THE HEALTH MUNICIPALITY OIBA SANTANDER AND HIS(HER,YOUR) IMPACT ON THE SOCIAL COMPANY OF THE CONDITION(STATE) HOSPITAL SAN RAPHAEL The decentralization of the sector health implies changes of fiscal, political, social and administrative order in order that the municipalities assume the competitions transferred by the central and departmental government in the head of the mayor RESOLVE(REMIND) N °.034 (September 10 of 1999). By means of which(whom) San Rafael of Oiba transforms the integrated Hospital in Social Company of the State of the Municipal Order.

The interadministrative agreement signs department and municipality which PARAGRAPH 1 prays: THE DEPARTMENT OF SANTANDER-SECRETARY OF DEPARTMENTAL HEALTH. Of conformity with the procedure that regulate matter it(he,she) was dealing with the reparation in all the aspects of order salaria, prestacional and pensional of the personnel, up to the date in which they are transferred and incorporated into the plant(floor) of charges of the Social Company of the State Hospital San Rafael of OIBA of the municipal order.

Le processus de décentralisation réalisé par la Municipalité en ignorant la réglementation à la lumière de la Convention Inter-administrative avec le cours des années, a démontré qu'il(elle) a engendré un impact négatif dans la confiance des fonctionnaires grâce à la situation financière de l'Entreprise, un manque de sens de propriété, un développement des demandes comme mécanisme de recouvrement de j'ils soude dus.

Bearing in mind that the major problem that San Rafael of Oiba presents the social company of condition(state) Hospital after supplied credit the process of decentralization is of not having had a total reparation of the obligations, for such a reason we evoke the managers and the municipal mayor to looking for additional resources that guarantee a competitiveness of the company to municipal and provincial level as mechanism to go out of the crisis.

* Work of degree

** Faculty of Human Sciences, School of Economics and Administration. Manager. Jose Joaquin Alzate Marin

INTRODUCCION

En Colombia la descentralización del sector salud tiene una amplia legislación, pero su implementación ha enfrentado obstáculos importantes que han influido en el logro de sus objetivos y por lo tanto en el impacto esperado en el desarrollo del sector y el estado de salud de la población de los municipios.

La descentralización del sector salud implica cambios de orden fiscal, político, social y administrativo para que los municipios asuman las competencias transferidas por el gobierno central y departamental con lo cual el gobierno municipal es responsable de la salud de la población.

Las Direcciones Locales de Salud presentan una baja capacidad administrativa y de gestión en los asuntos relacionados con la salud. Ello demanda por parte de las Direcciones Departamentales de Salud de una eficiente función de asesoría y asistencia técnica ligada a las políticas de desarrollo institucional del municipio, así mismo un mayor compromiso de las administraciones municipales en el desarrollo de sus competencias.

Con el fin de superar las dificultades de expansión desordenada de la oferta de los servicios de salud, entre otras, se expide la Ley 715 de 2001, la cual establece que los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, siempre y cuando cumplan con la reglamentación que se establezca para el efecto, por lo tanto, ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental. En este sentido, al Ministerio de Salud le corresponde determinar los criterios y lineamientos que deben cumplir los municipios descentralizados para continuar

prestando los servicios de salud.

Es importante señalar que la Ley 715 pretende que los recursos y competencias continúen en cabeza de los municipios que demuestren la capacidad Técnica, Administrativa y Financiera para ello. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que los procesos de Desarrollo Institucional requieren de unos ajustes organizacionales que ameritan largos periodos para su desarrollo. Así las cosas, se debe determinar las condiciones mínimas con que debe contar el municipio para la eficiente prestación de servicios de salud.

La evaluación de los municipios descentralizados se deberá centrar en dos ámbitos:

- 1) En la capacidad de gestión de las Direcciones Municipales de Salud frente a sus competencias en materia de planeación, sistemas de información, capacidad financiera y manejo de los recursos del Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud

- 2) En materia de prestación de servicios de salud, revisando para el caso de las Empresas Sociales del Estado la definición de la plataforma jurídica, el Análisis Situacional, la plataforma estratégica, el portafolio de servicios, la existencia del manual de funciones y el funcionamiento de los procesos contables, presupuestales y de facturación. Para aquellos municipios que cuenten con Centros y Puestos de Salud, se hará revisión de la existencia de su portafolio de servicios, la organización adoptada por el municipio para la prestación misma del servicio, el manual de funciones y el sistema contable, presupuestal y de facturación llevado.

Conscientes de las dificultades y heterogeneidad de los procesos de descentralización y asunción de competencias presentados en los municipios,

máxime con la de un nuevo Sistema por implementar, es preciso llevar a cabo una evaluación de la gestión realizada por los municipios descentralizados teniendo en cuenta dichos aspectos.

En este orden de ideas, se puede señalar que los municipios nunca habían prestado los servicios de salud en forma directa, por lo cual no contaban con la experiencia en el manejo de los mismos, así mismo, dicho papel lo vienen cumpliendo en un corto período.

En la evaluación que se les realice se podrá encontrar una diversidad de situaciones, en cuanto al manejo de los servicios, debido entre otros aspectos a las fechas en que asumieron su prestación, los recursos económicos, humanos con los que han contado para su organización y manejo, por lo tanto, es preciso definir y diseñar un instrumento que tenga en cuenta todas estas particularidades de los municipios.

En este contexto es preciso definir lo que se entiende por evaluación, que para este caso se puede definir como un proceso de análisis de todas las actividades y resultados de un proyecto, programa o política, con el fin de determinar la pertinencia de los métodos utilizados, el logro de los objetivos, la eficiencia en el uso de los recursos durante su ejecución y la consecución de los resultados, efectos e impactos en relación con los beneficiarios. La evaluación utiliza la información producida por el seguimiento y al comparar los resultados de los objetivos, identifica los factores que han afectado el desempeño (Impacto positivo o negativo sobre la Empresa social del Estado hospital San Rafael de Oiba)

La Empresa social del Estado Hospital San Rafael se encuentra ubicada en el departamento de Santander provincia Comunera en el municipio de Oiba se localiza a unos 1.420 m de altitud, en una cañada que desciende hacia el valle del río San Bartolomé, ubicado a 151 Km. de Bucaramanga.

Siguiendo los lineamientos del Gobierno Nacional en materia de Descentralización de la Salud, el Municipio de Oiba en cabeza del Señor Alcalde Dr. Ricardo Arteaga Gómez y el Concejo Municipal en cabeza de Su Presidenta Sra. Yesenia Vidal Madrid, inician el proceso de transformación del Hospital Integrado San Rafael del Orden Departamental en una Empresa Social del Estado del Orden Municipal, aprobando el **ACUERDO N°.034**(septiembre 10 de 1999). Por medio del cual se transforma el Hospital San Rafael de Oiba en Empresa Social del Estado del Orden Municipal, el cual reza:

“EL CONCEJO MUNICIPAL DE OIBA, SANTANDER, en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por la Constitución Nacional y demás normas vigentes y:

CONSIDERANDO

1. Que la ley 100 de 1993 en su artículo 194 y siguientes establece como una forma de asumir la prestación de servicios a través de las Empresas Sociales del Estado
2. Que de conformidad con el artículo 197 de la misma ley las entidades descentralizadas cuyo objeto principal sea la prestación de los servicios de salud, deberán adecuarlas al régimen de las Empresas Sociales del Estado.
3. Que el Decreto 1298 de 1994, consagra en el capítulo VII aspectos concernientes a la Empresa Social del Estado.
4. Que el Decreto 1876 del 3 de Agosto 1994 reglamento los artículos 96,97, del Decreto ley 1298 de 1994.

ACUERDA:

ARTICULO 1°: TRANSFORMACION. Transfórmese el HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA (SANTANDER), en una EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, entendida

como una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden Municipal, dotada de personería jurídica patrimonio propio y autonomía administrativa adscrita a la Dirección Local de Salud o al ente que haga sus veces e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en salud y sometida al régimen jurídico previsto en la ley 100 de 1993 y demás disposiciones que la modifiquen, adicionen, reformen o sustituyan.

ARTICULO 2°: DENOMINACION. EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA, se denominara a partir de la vigencia del presente Acuerdo **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA**, en lo sucesivo y para los efectos del presente Acuerdo se llamara la EMPRESA.

ARTICULO 3°: JURISDICCION Y DOMICILIO. La EMPRESA, Social del Estado Hospital San Rafael de Oiba, tiene jurisdicción en todo el territorio del Municipio de Oiba su domicilio y sede de sus órganos administrativos es el Municipio de Oiba y podrá adscribir unidades operativas de menor complejidad en la medida que su desarrollo lo exija”...

El 29 de Junio de 2000 se firmo el Convenio Inter. Administrativo celebrado entre el Departamento de Santander y la dirección departamental de salud, y el municipio de Oiba para la Asunción de la dirección y prestación de servicios de salud del primer nivel de atención.

El anterior convenio fue firmado por el entonces Gobernador de Santander **Dr. MIGUEL DE JESUS ARENAS PRADA**, el secretario de salud **Dr. ALVARO CADENA PALOMINO**, y el alcalde Municipal **Dr. RICARDO ARTEAGA GOMEZ**.

Que reza:

“CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER Y LA DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD, Y EL MUNICIPIO DE OIBA PARA LA ASUNCION DE LA DIRECCION Y

PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

Entre los suscritos a saber **MIGUEL JESUS ARENAS PRADA**, mayor de edad y domiciliado en Bucaramanga, identificado con la Cedula de Ciudadanía. N°13.817.457 de Bucaramanga, quien en su calidad de Gobernador, según Acta de Posesión N° 001 del 2 de Enero de 1998, obrando en nombre y representación del Departamento de Santander, **ALVARO CADENA PALOMINO** Secretario de Salud Departamental, también mayor de edad y domiciliado en Bucaramanga, identificado con la Cedula de ciudadanía N° 13.950.776 de Vélez, de conformidad con la Resolución de nombramiento N° 0047 del 7 de enero del 2000, quienes para efecto del presente convenio se denominaran **EL DEPARTAMENTO-SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL** por una parte y de otra parte **RICARDO ARTEAGA GOMEZ** , mayor de edad y domiciliado en OIBA, identificado con la Cedula de ciudadanía N°5.696.082 de Oiba-Santander, quien en su calidad de Alcalde obra en nombre y representación del Municipio de **OIBA**, hemos celebrado el presente convenio para la asunción de la Dirección y Prestación de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención previas las siguientes consideraciones. **1.** Que la ley 10 de 1.990 por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud, descentralizada, la administración de los servicios asignados responsabilidades en los diferentes niveles de atención. **2.** Que el artículo sexto de la mencionada ley, responsabiliza a los Municipios de la Dirección y Prestación de los Servicios de salud de Primer Nivel de Atención. **3.** Que de conformidad con las disposiciones de la ley 10 de 1990, ley 60 y 100 de 1993, Los municipios tiene derecho a recibir directamente los recursos del Situado Fiscal para la salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 37 de la ley 10/90, artículo 16 de la ley 60/93 y los títulos II y III del Decreto 1770/94. **4.** Que los articulas 2,3.5.156.176 y 216 de la ley 100/93, establecen las nuevas funciones de los Municipios en relación con la Dirección y Prestación de los servicios de salud. **5.** Que la **SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL**, emitió concepto técnico y jurídico de viabilidad sobre la

documentación presentada por el municipio de **OIBA**. **6.** Que la Gobernación del Departamento de Santander de acuerdo con la competencia determinada en el artículo 44 del decreto 1770/94, certifico mediante Decreto N° 0195 del 19 de junio de 2000, el cumplimiento de los requisitos para la transferencia directa de los recursos del situado fiscal para el sector Salud del Municipio de **OIBA**, convenio que se registrará por las siguientes **CLAUSULAS: PRIMERA-OBJETO:** El objeto del presente Convenio consiste en establecer los mecanismo y las acciones necesarias, que permitan la asunción completa de la Dirección y Prestación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención en Salud en el Municipio de OIBA, y la asignación y transferencia de los recursos del situado fiscal que la Nación destina para su funcionamiento, de conformidad con lo establecido en las leyes 10/90, 60 y 100 de 1993, sus normas reglamentarias y las disposiciones que sobre la materia expida el Ministerio de Salud para el efecto. EL DEPARTAMENTO-SECRETARIA administrativa requiere por el Municipio de OIBA, para la Dirección y prestación de los servicios de Salud en el Primer Nivel de Atención. **2.** Prestar apoyo técnico necesario para que el Municipio de OIBA pueda formular y ejecutar el Plan Local de Salud, en el contexto de su Plan de Desarrollo. **3.** Distribuir y transferir los recursos del situado fiscal correspondiente al Primer Nivel de Atención en Salud para el Municipio de OIBA, a partir del primero (1) de julio del año 2000, por doceavas partes y de conformidad con el sistema de distribución adoptado por la ordenanza 053 de diciembre 23 de 1994. **4.** Cede a título gratuito a: Municipio de OIBA los bienes muebles e inmuebles que se encuentren destinados a la prestación de los servicios de Salud del Primer Nivel de Atención en el área de influencia del Municipio de OIBA específicamente los ubicados en el HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA. De acuerdo en un Acta de Entrega y recibo firmado por las parte. **5.** Transferir a la Empresa Social del Estado del Orden Municipal la Planta de personal que se encuentra en el plan de cargos del Hospital San Rafael del municipio de OIBA, de conformidad con lo establecido en el presente convenio y en el acta que se firme para efectos de la entrega de dicho personal. **PARAGRAFO.** Para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en

los numerales 3,4, y 5 de la presente cláusula, el proceso de entrega se hará en forma gradual, el cual no podrá ser superior a tres (3) meses contados a partir de la firma del presente convenio. 6. Gestionar ante el Fondo del Pasivo Prestacional, la transferencia a los Fondos de Cesantías y Pensiones, la deuda prestacional causada por estos conceptos hasta el 31 de Diciembre de 1993 en los términos que lo determine la concurrencia a cargo de la Nación y el Departamento de Santander, **PARAGRAFO 1: EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER-SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. De conformidad con las normas que regulan materia diligenciará el saneamiento en todos los aspectos de orden salarial, prestacional y pensional del personal, hasta la fecha en que sean transferidos e incorporados a la planta de cargos de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de OIBA del orden municipal. PARAGRAFO 2:** Dentro del valor de la reserva para pensiones a cargo del Fondo del Pasivo prestacional y la entidad territorial se incluirá el valor atribuible a las condiciones pensionales establecidas por el régimen convencional que sea aplicable, siempre que dicho régimen hubiera estado vigente a 31 de diciembre de 1993, tal como lo establece el artículo 15 del Decreto 530/94 en concordancia con las leyes 60 y 100/93. 7. Ejercer vigilancia y control sobre la ejecución de los recursos recaudados para el Sector Salud y particularmente los captados por concepto de venta de servicios. Para el efecto el **DEPARTAMENTO-SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL**, brindara asesoría para la elaboración de los respectivos Planes de Inversión”.

A través de esta monografía se pretende presentar a consideración de las autoridades nacionales, departamentales y municipales un estudio realizado a conciencia y ayudado por la experiencia vivida como ex gerente de la empresa social del estado hospital san Rafael de oiba, durante el periodo 1 de julio de 2004 -31 de mayo de 2007, el cual permitirá conocer el verdadero impacto de la descentralización de la salud en esta IPS del primer nivel de atención desde mi óptica como Gerente público.

Este estudio le permitirá a la empresa social del estado hospital san Rafael tomar las acciones del caso después de un análisis claro de la situación financiera y social ocurrida después del nacimiento jurídico de la nueva empresa que manejaría la salud de la comunidad oibana a partir del 10 de septiembre de 1999.

Con la descentralización de la salud se pensó y se visiona a una empresa desempeñándose dentro de un equilibrio presupuestal y financiero que demuestren los análisis de la demanda, sin dejar a un lado los principios de calidad y equidad que caracterizan y exigen a una institución dedicada a la prestación de servicios de salud cuyo único y gran objetivo es dar a los usuarios y beneficiarios una atención de un alto sentido social acompañado de una alta dosis de eficiencia y eficacia en el manejo de los recursos que garantice supervivencia de la empresa en el tiempo, logrando una rentabilidad social y calidad de vida para sus empleados, así como despertar el sentido de pertenencia del pueblo oibano y de sus autoridades.

Para la realización de esta monografía se tomo en cuenta la normatividad existente sobre el tema descentralización administrativa, además de tener en cuenta un profundo análisis de las finanzas, la operatividad y la estructura física, así como el acuerdo 034 del 10 de septiembre de 1999, el convenio Inter administrativo municipio - departamento de Santander.

Es claro que la actual situación del Sector Salud y del detrimento financiero de las Entidades Públicas se han sustentado en estudios desarrollados y arrojados por los más entendidos en la materia. Algunos de los puntos críticos que han desembocado en el debacle financiero del sector: La amenaza numero uno se dio desde las proyecciones de recaudo estimadas a nivel nacional y sustentadas en los artículos de la ley 100 el cual estipulo que a través del régimen contributivo se generaría un punto de recaudo que beneficiaría los más pobres; es así como el

2000 se observó que los aportantes a este régimen disminuyeron en cerca de un 50% lo que generó dejar de recaudar cerca de \$2 billones de pesos; generados principalmente por aquellos que se afiliaron al SISBEN con capacidad de pago, ayudados por las administraciones locales encargadas del manejo de este sector.

Otro punto importante es el destino dado por los burgomaestres de los recursos destinados del sector Salud y que fueron desviados a otros rubros, aunado encontramos la gran carga salarial y prestacional que se han acumulado a través de los diferentes periodos y que como causa principal se da por exceso de contratación de personal, los desmedidos sueldos y la gran carga pensional generada por las negociaciones de pliegos sindicales en épocas anteriores, y que han obligado a los entes hospitalarios a asumirlos de manera directa por intermedio de su facturación y por último se señalaría el manejo amañado de los recursos por parte de las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) las cuales demoran los pagos de la facturación generada por la prestación de los servicios y cobijados por el derecho a glosar las cuentas los dilatan generando caos en el buen desarrollo de los procesos hospitalarios todo lo anterior ha derivado a que el sector salud haya presentado en los últimos ocho años una acumulación de deudas las cuales se convirtieron en inmanejables a través de la facturación, y que a su vez presupuestalmente solo se alcancen a cubrir parcialmente la totalidad de los meses del año, convirtiéndose en un ciclo vicioso el cual solo se solucionaría con el saneamiento fiscal, operativo y reorganizacional de las instituciones vinculadas al sector de la salud pública.

Pero en que ha contribuido la descentralización de la salud en el municipio de Oiba, en su Empresa Social del Estado Hospital San Rafael dada a partir del 10 de septiembre de 1999 con el acuerdo 034 emanado del honorable Concejo Municipal respecto a la actual situación financiera, económica, social y calidad de vida de sus empleados?.

Este trabajo va dirigido al ejecutivo municipal, al gobierno departamental, la junta directiva, gerente actual, autoridades de salud del municipio, para que unidos busquemos los mecanismo de protección y las herramientas que nos proporciona la ley por el incumplimiento de los convenios ínter administrativos que ha mi forma de ver han generado un desequilibrios en la finanzas y calidad de vida de quienes integran esta gran familia hospitalaria.

1. ENUNCIACION DEL PROBLEMA

1.1. LA DESCENTRALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA

1.1.1. El concepto general de descentralización

Por descentralización debe entenderse la transferencia del poder desde los altos niveles directivos de una organización a los niveles inferiores o desde las capitales de los Estados hacia la periferia territorial modificando el equilibrio de las relaciones intergubernamentales. Específicamente la descentralización supone la transferencia de competencias y recursos desde el nivel nacional del Estado hacia los niveles sub nacionales: regionales - departamentales o municipales.

Toda organización que tiene división funcional del trabajo, varios lugares de trabajo y diversos niveles de jerarquía posee en algún grado una “delegación” de funciones y de poder de decisión, no obstante esta delegación no se equivale con el concepto de “descentralización” y a cambio se maneja el concepto de “desconcentración”. La desconcentración significa, por lo general: delegación de autoridad para “ejecutar” y no para “decidir” sobre los objetivos. Además, quien “delega autoridad” para ejecutar acciones dentro de una organización centralizada, continua compartiendo la responsabilidad sobre los actos del delegado y se dice que “la autoridad se delega pero la responsabilidad se comparte”.

Cuando hay descentralización territorial: existe división del trabajo pero no jerarquía, pues se rompe la relación jefe - subordinado entre los diversos niveles de gobierno y por lo tanto se delega la autoridad y la responsabilidad. En este nuevo contexto el nivel superior de gobierno no puede “dar órdenes” al nivel inferior, porque ya no hay subordinación, pero si puede establecer regulaciones generales y controles.

El concepto de descentralización aquí definido se corresponde entonces con la “descentralización territorial” mas no así con la denominada “descentralización por servicios”. Esta última modalidad aparece cuando el estado desde su nivel central crea entidades especializadas en el manejo de algunas funciones, pero estas entidades siguen teniendo una dependencia jerárquica del nivel central del estado y por lo tanto su forma de operar corresponde mas con al concepto de “entes desconcentrados” aunque se les llame “descentralizados”. La descentralización o desconcentración por servicios puede darse tanto en el nivel nacional del gobierno como en los niveles intermedios y locales.

Dentro de los sistemas “desconcentrados” la delegación de autoridad puede ser revertida en cualquier momento, en cambio en los sistemas “descentralizados” la delegación es continua, más difícil de revertir, e implica autonomía para quien recibe la autoridad y además el delegatario debe asumir la responsabilidad plena sobre sus actos. En el caso de los sistemas descentralizados (a diferencia de la desconcentración) el órgano central no comparte la responsabilidad de quien ejecuta los actos pero si puede y debe reservarse las funciones de regular, asesorar, controlar y sancionar el incumplimiento de las normas cual significa que adquiere autonomía y capacidad para tomar decisiones, fijar objetivos y utilizar los instrumentos que recibe o crea. No obstante la autonomía de una región o municipio descentralizado puede ser muy grande en algunos aspectos o funciones, pero no puede ser una autonomía absoluta en todos los aspectos o funciones, porque en tal caso se estaría hablando de segregación territorial o de creación de un nuevo Estado. Con la descentralización territorial el nivel central del Estado siempre conserva funciones de regulación y control en un extremo de la relación intergubernamental, entre tanto que en el otro extremo se ejercen las funciones de ejecución con algún margen de autonomía y discrecionalidad en las decisiones.

La descentralización territorial implica entonces una delegación radical, estable y

permanente de competencias, funciones y recursos a los niveles intermedios y locales del Estado, generalmente es una delegación otorgada por la Constitución Política y/o por leyes del más alto nivel definiendo así la estructura básica de las relaciones intergubernamentales en un país.

1.1.2. Las motivaciones de la descentralización territorial.

La nueva descentralización territorial puede tener entonces los siguientes componentes políticos, financieros y administrativos.

1.1.3. La descentralización administrativa.

La descentralización administrativa ocurre cuando se modifican las relaciones intergubernamentales y el ente territorial (Municipio, Departamento, Provincia o Estado) recibe del Estado nacional algunas competencias y recursos, adquiere autonomía para seleccionar los objetivos de la política pública, aunque sea solo parcialmente y puede además, decidir como asignar o contratar la ejecución de los recursos recibidos con otras organizaciones, programas o personas.

1.1.4. La descentralización financiera y fiscal.

Ocurre cuando el ente central transfiere recursos financieros a las regiones o localidades para que el ente descentralizado los asigne y ejecute con cierto grado de autonomía. (En Colombia tales transferencias se denominan rentas cedidas, situado fiscal y participaciones municipales para la inversión social, ahora integradas en el Sistema General de Participaciones Territoriales). Por descentralización fiscal se entendería además la facultad de las regiones y localidades para imponer o regular tasas, contribuciones, tributos, o bien, determinar tarifas por servicios.

1.1.5. La descentralización política.

La descentralización puede otorgar a los entes territoriales autonomía en el diseño de sus políticas públicas y sociales con amplia discrecionalidad en la selección de objetivos y prioridades. Aún más, por autonomía política se entiende la selección de las autoridades públicas como ocurre con la elección popular de Alcaldes y Gobernadores; o en el caso de los hospitales y otras entidades operadoras de los servicios públicos las juntas directivas tienen poder en la designación de los directores y gerentes.

1.1.6. Los Objetivos de la Descentralización Territorial.

Los objetivos de la descentralización pueden ser variados según la clase de problemas a solucionar:

En lo económico la descentralización es una alternativa fiscal: Se trata de encontrar una salida a la insuficiencia del gobierno nacional para responder a las demandas en servicios públicos y sociales, reduciendo el aparato central y redistribuyéndolo geográficamente para un manejo más eficiente. Se busca además estimular el esfuerzo propio de las regiones y localidades de tal manera que se generen nuevos recursos fiscales o bien que se consigan aportes adicionales de la comunidad.

En lo político el objetivo principal es la gobernabilidad: Se trata de crear condiciones favorables a la participación ciudadana en la planificación y selección de objetivos y en aplicación de recursos en orden a las prioridades locales o regionales, desarrollando formas de control social y de representación política de diversas fuerzas, en ocasiones minoritarias o emergentes, propiciando así mejores condiciones para la gobernabilidad del país.

En lo social los objetivos buscados son de cobertura, economía y satisfacción de la población: Cuando se quieren descentralizar las políticas sociales de salud, educación, vivienda etc. generalmente se argumentan como objetivos específicos:

- a. **La eficiencia.** La descentralización las políticas sociales pretende buscar mejorar la eficiencia y la productividad de los recursos humanos, materiales y financieros, optimizando el uso de los recursos disponibles y economizando costos en el logro de metas sociales.
- b. **La equidad.** La descentralización busca mejorar la equidad en la asignación de recursos de tal forma que la red de servicios se distribuya por toda la geografía del país y que la inversión y los subsidios estatales se concentren en beneficiar a la población más pobre.
- c. **La calidad.** La descentralización pretende mejorar la calidad de los servicios propiciando un control político, gerencial y de los usuarios en forma más efectiva.

1.1.7. Las competencias que se descentralizan.

Cuando se establece un modelo de descentralización hacia los municipios lo primero que se piensa y se hace es transferir las responsabilidades sobre el manejo del agua potable y el saneamiento básico a las autoridades locales. Aun más, se considera que más que una transferencia esta es una “devolución” de unas funciones que naturalmente corresponden a los niveles locales y que en alguna forma fueron usurpadas por los gobiernos nacionales o regionales o por los sistemas nacionales de salud.

Una segunda alternativa es entregar a las localidades las funciones de inversión

en infraestructura y hacerles responsables no solo de la construcción, dotación y mantenimiento de los acueductos y alcantarillados sino incluso de los puestos, postas o centros de salud e incluso de los hospitales locales.

Un tercer grupo de competencias descentralizadas ocurre cuando a los municipios se les atribuyen responsabilidades en el manejo de algunas actividades de Salud Pública específicamente en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como su actuación en el control de los factores de riesgo para la salud.

Un cuarto nivel de descentralización se da cuando la municipalidad se hace cargo no solo de la construcción y el mantenimiento de la infraestructura sino de la operación y funcionamiento de los puestos, centros de salud y hospitales locales. En los países en donde existe un Seguro Popular de Salud debidamente subsidiado (casos de México, Perú y Colombia) los municipios (para el caso colombiano) pueden asumir funciones de identificación de los beneficiarios del Seguro de Salud así como en la contratación y pago a los administradores del seguro.

1.1.8. El papel de los niveles intermedios de gobierno.

No siempre la descentralización llega inicialmente los municipios, casi siempre hace una escala en los niveles intermedios de gobierno. Así ocurrió en México antes de Vicente Fox, en Bolivia antes de Sánchez de Losada, en Colombia antes de la ley 10 de 1990 y en Perú, pese a que existen leyes descentralizadoras para las regiones y las municipalidades, sin embargo hoy se vive un momento con énfasis en las regiones o departamentos. La prioridad regional o local en la descentralización depende de los intereses políticos de los gobiernos y finalmente se tienden a constituir modelos mixtos en donde unas competencias se asientan en los niveles intermedios de gobierno y otras en los niveles locales.

1.1.9. El papel de las instituciones prestadoras de servicios.

Si bien la descentralización tiene inicialmente un diseño territorial y debe preguntarse qué competencias debe tener el municipio y cuales la región, no significa que las entidades u organizaciones prestadoras de servicios se deban convertir en “dependencias” o “brazos” de los gobiernos locales y regionales, con todo el riesgo de politización y desmejora técnica que ello implica.

Las unidades prestadoras de servicios, dentro del proceso de descentralización, tienden a convertirse en instituciones gerencialmente autónomas que actúan en coordinación y bajo supervisión de los gobiernos regionales o locales. Es así que en el Perú los hospitales se han ido convirtiendo en “unidades ejecutoras” de presupuestos autónomos frente a la región y los centros y puestos se han ido convirtiendo en CLAS , que son entidades autónomas de manejo comunitario-privado, no obstante estos últimos aún no actúan en coordinación o bajo supervisión de las autoridades municipales ; para el caso colombiano los hospitales y centros de salud se han constituido en personas jurídicas o empresas autónomas (llamadas Empresas Sociales del Estado) que son financiadas y actúan bajo la tutela de Alcaldes y Gobernadores.

1.2. EL CASO COLOMBIANO EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

1.2.1. Las Relaciones Intergubernamentales De Las Entidades nacionales.

El reordenamiento territorial de El Estado de Colombia y quizás de Latinoamérica en conjunto ha girando intermitentemente a lo largo de su historia entre el fortalecimiento del centro o de la periferia y dentro de esta última se disputan la preeminencia las entidades locales y las intermedias.

Las entidades locales denominadas “municipios” en Colombia, semejantes a los

“condados” norteamericanos, existen desde la colonia, y por lo general han permanecido estancados, abandonados y desmejorados, pero el movimiento descentralizador desde los ochentas ha visto en ellos la "matriz institucional" que pueda recibir las competencias, los recursos y los poderes que se quieren descentralizar. Por eso ha existido un movimiento "municipalista" que tiende a revalorizar esta unidad básica de la organización política administrativa del país y seguramente no se podría dar una verdadera descentralización tomando al municipio como eje si a este no se le hubiera dotado de recursos institucionales y financieros para hacerlo capaz de jugar en nuevo rol que las circunstancias le han asignado.

No siempre el municipio estuvo en la mira de las pretensiones centrales, y los movimientos descentralizadores o des concentradores anteriores a 1980 en Colombia , al igual que en América Latina, se detuvieron mejor en los niveles intermedios: estados, departamentos o provincias como posibles entes receptores de competencias, y es así que por ejemplo que en educación y salud se crearon modelos desconcentrados con base en los departamentos (caso Colombia con los fondos educativos regionales y los servicios seccionales de salud) o más descentralizados con base en las provincias (caso de Argentina con los Ministerios de Salud y Educación).

No obstante lo dicho, es conocida la debilidad estructural de la mayoría de los municipios que no está siendo sustentada con desarrollo institucional en muchos casos, pero al tiempo se han conformado en muchos países y en Colombia en particular Federaciones de Municipios que luchan por su reivindicación y desarrollo, al tiempo que programas de crédito internacional se han orientado a fortalecer estas unidades administrativas locales.

En Colombia los municipios al igual que los departamentos son entidades territoriales dentro de un Estado unitario y descentralizado, con autonomía para la

gestión de sus intereses, que pueden designar autoridades propias para gobernarse, ejercer las competencias fijadas por la ley, administrar recursos, establecer tributos y participar de las rentas nacionales; pero no tienen capacidad de legislar o de impartir justicia por lo cual estos entes subnacionales son en realidad semi - autónomos, no obstante lo cual tienen capacidad de crear normas propias dentro del marco señalado por la Ley, y ejercen, con cierto grado de autonomía, competencias sobre el manejo de los servicios públicos y sociales, el ordenamiento territorial interno, el plan de desarrollo local y regional y el control de la convivencia ciudadana.

En los departamentos el gobernador elegido popularmente asume las tareas propias del gobierno interior, auxiliado principalmente por un secretario de gobierno. Los alcaldes que ejercen los gobiernos municipales son los jefes de policía, son también de elección popular y no dependen jerárquicamente del gobernador del departamento, aunque deben actuar bajo su coordinación y respetar lo dispuesto en las Ordenanzas Departamentales y en las Leyes las cuales siempre son nacionales.

Además de lo dicho existen estructuras especiales tales como son las asociaciones de municipios y las áreas metropolitanas, las cuales se pueden crear por mutuo acuerdo entre municipios o entre éstos y los distritos, y tienen como fin coordinar o prestar servicios públicos comunes o bien realizar obra de infraestructura de beneficio conjunto. La financiación de estas estructuras depende por lo general solo de los aportes que libremente se acuerden entre los asociados, no obstante para obras de alcance intermunicipal de gran envergadura como la construcción de los “metros”, la nación se convierte en el principal aportante.

1.2.1.1. El papel de Los Municipios.

La concepción predominante en Colombia es que el municipio es una unidad

político - administrativa básica en que se subdivide el territorio de el país, es el espacio físico y social en el cual se operativizan las formas de la democracia directa y participativa, la autonomía y el poder local.

Se postula que en un proceso de reordenamiento los municipios deberían tener la cobertura territorial y poblacional necesaria para organizar económicamente la prestación de los servicios públicos domiciliarios, los servicios sociales básicos, además de regular el uso del espacio público y ser sostén de las relaciones de convivencia ciudadana.

Lejos está la realidad colombiana y latinoamericana de ser un modelo de racionalidad técnica en el diseño de sus municipios, y que muchas veces, aunque no sean organizaciones económicamente viables, (caso de la atomización rural) son la única forma política y cultural de contener institucionalmente a sus ciudadanos.

Históricamente los municipios nacen como producto de las relaciones de vecindad y gracias a las identidades afectivas, solidarias y a los intereses comunes se conforman sus instituciones embrionarias, posteriormente el ordenamiento jurídico - administrativo de nivel constitucional o legal desarrolla sus posibilidades institucionales otorgándoles por lo general una gran autonomía para el desarrollo de sus asuntos propios.

Debe entenderse por supuesto que toda autonomía municipal es solo "relativa" porque de lo contrario en nada se diferenciaría del concepto "soberanía" y el municipio sería un estado independiente, se debe entender entonces que la autonomía es dentro del marco y con las limitaciones que señala la constitución y la ley de cada país.

Posteriormente una vez formado sobre el municipio gravitan fuerzas centrífugas y

centrípetas. Las primeras producen fraccionamientos y multiplicación sucesiva de entes municipales, y en otros casos las fuerzas migratorias a veces debilitan y a veces fortalecen las realidades municipales. El desarrollo industrial y comercial genera grandes ciudades que tienden a absorber a los municipios vecinos e incluso por razones de economías o funcionalidad en la prestación de servicios se conforman generalmente estructuras supra - municipales alrededor de las grandes ciudades denominadas "áreas metropolitanas" las cuales asumen algunas funciones de los municipios que las conforman.

En forma semejante pero con menos frecuencia se conforman asociaciones o consorcios de municipios pequeños o de naturaleza rural buscando también una mejor organización de algunos servicios públicos y sociales.

En los grandes municipios también operan fuerzas centrífugas que producen secesión de territorios en ocasiones o sin producir desmembraciones obligan a la sub - división del territorio en comunas, localidades, delegaciones o distritos incluso con autoridades propias que ejercen facultades delegadas.

En municipios rurales aunque medianos o pequeños requieren subdivisiones territoriales para organizar servicios y el control policial rural tomado denominaciones como son los corregimientos en Colombia semejantes a los cantones en Bolivia o a los distritos en algunas provincias Argentinas.

El producto en Colombia de la evolución de la estructura municipal dio como resultado agrupamientos humanos que a veces son menores de 3.000 habitantes y también otros que en ocasiones son mayores a los 6 millones de habitantes, en un extremo algunos demasiado pequeños para cumplir con los requisitos de la definición normativa y en el otro demasiado grandes para cumplir eficientemente con los requerimientos del buen control y la participación ciudadana.

En el entorno macro, durante el presente siglo en Colombia y América Latina los estados nacionales y sus administraciones públicas fueron creciendo al asumir nuevas competencias y funciones, dentro de un contexto de estado que se concebía como necesariamente intervencionista y garante del bienestar social, pero las nuevas competencias y funciones que fueron asumidas por lo general no fueron atribuidas a los gobiernos locales o seccionales y por el contrario en algunos casos les fueron usurpadas algunas de esas funciones.

Dentro de este contexto el gobierno colombiano paso en cien años de tener menos de diez dependencias o entidades centrales a poseer mas de quinientas con la características que para cumplir con cada nueva función el nuevo ministerio o el instituto nacional respectivo recién creado, dividió el territorio de una manera distinta en forma acorde a sus parámetros de necesidad, eficiencia y accesibilidad, desconociendo el ordenamiento básico municipal y en ocasiones incluso el ordenamiento intermedio o departamental.

Sobre el territorio de los municipios se superpusieron entonces toda clase de distritos: de riego, de salud, de agricultura, de electrificación, de educación, desconociendo a las autoridades municipales, cuya jurisdicción y competencia sobre los asuntos locales se vio marchitar progresivamente. Incluso en forma abusiva los ministerios denominaron "local" y "regional" a su propia división del trabajo usurpando conceptos que la práctica administrativa había otorgado a los municipios o a otras entidades territoriales generando de paso una confusión en los términos.

Tal superposición de ordenamientos suponía un deslinde total entre sectores imposible de practicar, originado en consecuencia todo tipo de superposición de esfuerzos y hasta duplicación de programas cada vez que un sector buscando articulación intersectorial y se proponía complementar sus servicios.

El nuevo movimiento descentralizador busca una matriz institucional en la cual depositar las competencias que se quieren transferir y encuentra que puede ser el municipio entre otras cosas porque las desconcentraciones funcionales de los ministerios (llamadas regionales, distritos, áreas etc.) no son personas jurídicas con capacidad de contratar y operar con administración propia, no poseen autoridad para articulaciones intersectoriales y menos aún poseen capacidad de obligarse legalmente en concertaciones con la comunidad o establecer y recaudar recursos fiscales y otras contribuciones, en cambio el municipio si tiene estas facultades aunque sea como desarrollos potenciales.

El movimiento descentralizador contemporáneo es entonces acentuadamente "municipalista" diferente de movimientos anteriores que buscaron su punto de apoyo principal en las divisiones sub - nacionales intermedias o departamentos para el caso colombiano (estados o provincias en otros países), y se diferencia también de las medidas des concentradoras que ocurren al interior de los ministerios u otras entidades nacionales.

Lo anterior no excluye que el movimiento municipalizador no pueda combinarse con descentralización de algunas competencias en niveles intermedios por ejemplo de los hospitales de alta complejidad pasen a manos de las entidades seccionales o regionales; y de otra parte esta perspectiva tampoco desconoce que dentro de un proceso de transición las desconcentraciones al interior de órganos o entidades nacionales puede ser una medida provisional que facilite el camino hacia la descentralización y la municipalización.

1.2.1.2. Las funciones del Municipio

El municipio como entidad territorial está sujeto al régimen político, administrativo y fiscal que para él establece la propia Constitución y a las leyes o estatutos especiales como es el caso de Santa fe de Bogotá que para su organización y

funcionamiento se dicten.

El estatuto político, administrativo y fiscal municipal tiene por objeto permitirle a los municipios cumplir las funciones y prestar los servicios a su cargo; promover el desarrollo integral de su territorio; y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, conforme a los principios de autonomía, descentralización, desconcentración y participación ciudadana que reconozcan la Constitución y la ley.

Las autoridades municipales deben coordinar e integrar la acción de las entidades y funcionarios puestos bajo su dependencia y asegurar una gestión racional y eficiente de los recursos humanos, físicos, técnicos y financieros que deben colocar al servicio de la comunidad.

Los municipios por lo general y en Colombia en particular gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, dentro de los límites de la Constitución y la ley. En materia fiscal el municipio posee recursos propios tales como los impuestos a la propiedad, pero tiene competencias regulatorias limitadas, debiendo respetar los marcos y rangos tributarios establecidos por Ley.

El municipio colombiano es autónomo en todo lo que tiene que ver con la planificación territorial, el desarrollo económico, y la infraestructura. Puede decirse de otra parte que tiene autonomía relativa para el diseño de la política social y la regulación del transporte, sin embargo debe respetar normas definidas nacionalmente, de tal manera que puede asignar subsidios sociales o gestionar hospitales, pero respetando el ordenamiento normativo establecido por el nivel nacional. En materias como la administración de justicia y el control del orden público, el municipio tiene una injerencia muy limitada estando en manos estas funciones de aparatos nacionales, tales como el ejército, la policía, los juzgados y la fiscalía.

Los municipios colombianos ejercen competencias reglamentando el uso del suelo, la protección del patrimonio ecológico y cultural, el manejo de los servicios públicos domiciliarios, el agua potable y en el saneamiento básico; la construcción de vías secundarias, plazas de mercado y en general de obras públicas para el desarrollo urbano, así como la organización de servicios de recreación y cultura, deporte y bienestar social. Los municipios pueden otorgar subsidios para vivienda, reforma agraria y para los servicios públicos domiciliarios. Algunos servicios sociales como la salud y la educación se prestan en coordinación con los departamentos y bajo una estricta regulación nacional.

1.2.1.3. El jefe de la administración y del gobierno local.

Toda entidad municipal para ser tal al menos debe ser persona jurídica y tener un jefe de la administración local. A ese jefe de la administración local se le denomina: Presidente Municipal o Regente en México, Prefecto en Brasil, Intendente en Argentina, Alcalde en Colombia, Bolivia y la mayoría de los países. En Colombia, el gobierno municipal, es ejercido por el Alcalde. Cuando el municipio no es autónomo el jefe de la administración o alcalde es un agente del gobernador o del presidente tal como era el caso de este país antes de 1986, por lo tanto tenía a su cargo aplicar sus directivas e instrucciones, debía reportar sus actos, y sus decisiones podían ser suspendidas o revocadas por la autoridad superior. Pero cuando el jefe de la administración local es elegido democráticamente en forma directa (México, Colombia, Argentina) o indirecta (Bolivia) entonces solo debe responder ante su electorado y ante la constitución y la ley, es por lo tanto el jefe del gobierno local y posee autonomía en sus decisiones dentro del marco legal que lo rige.

El alcalde cuando es electo popularmente es entonces el jefe del gobierno y de la administración municipal y representa legal, judicial y extrajudicialmente al

municipio.

El alcalde es además la primera autoridad de policía en el municipio y los cuerpos de policía cuando son nacionales deben cumplir con prontitud y diligencia las órdenes que aquél le imparta por conducto del respectivo comandante.

1.2.1.4. La democracia representativa local.

Los municipios por lo general poseen un cuerpo colegiado o corporación de elección popular denominado Concejo Municipal (Colombia), semejante al Concejo deliberante (Argentina), Cámara de vareadores (Brasil), o Cabildo municipal y sus integrantes se denominan concejales, ediles, munícipes o delegados. Este cuerpo colegiado es la suprema autoridad del municipio en materia administrativa y sus atribuciones son de carácter normativo; estas normas no se llaman leyes en los regímenes unitarios como Colombia y se entiende que el cabildo municipal lo que hace es reglamentar la aplicación de la ley; pero también le corresponde inspeccionar, vigilar y controlar la gestión que cumplan las autoridades municipales.

En algunos casos en Latinoamérica el legislativo local elige al alcalde el cual debe administrar en conjunto con el Concejo Municipal de Elección popular, pero además por lo general el cabildo local designa además un Contralor que supervisa la ejecución de los recursos fiscales por parte del poder ejecutivo y de un Personero que vigila el cumplimiento de la ley.

1.2.1.5. El Papel de los departamentos en Colombia

Colombia está constituida como una república unitaria, pero en su organización descentralizada se le reconoce autonomía a su nivel administrativo intermedio, en este caso a los departamentos, así como a los municipios que configuran la célula

fundamental del ordenamiento territorial del estado colombiano. Si bien los departamentos tuvieron una importancia histórica en la organización del estado federado de 1863, al conformarse la república unitaria que perduró desde 1886 hasta ahora, perdieron progresivamente toda significación política, fiscal e institucional, cayendo en una situación de dependencia económica frente a la nación. Desde principios de los años 70 esta instituyó una transferencia de carácter automático en beneficio de los departamentos, condicionada y sin contrapartida sobre sus ingresos ordinarios, con el fin de financiar los servicios de educación primaria y de salud. Desde fines de los años 70 los departamentos fueron el centro del modelo de descentralización. Las políticas de entonces se orientaron a fortalecer el papel de los órganos administrativos del nivel intermedio, delegándoles funciones que venía ejerciendo el nivel nacional y comprometiéndolos a participar en forma activa en los planes y programa nacionales y en el seguimiento y control de las acciones nacionales en su territorio. También se les dotó de un sistema jurídico adecuado para la gestión de planeamiento en el territorio de su jurisdicción, fijándoles reglas modernas de presupuestación, con el fin de estimular su papel como centro de referencia de la acción nacional.

Empero, la descentralización de los años 80 se orientó a fortalecer los municipios, y los departamentos quedaron fuera del centro principal de atención de las políticas públicas territoriales del Estado. Su debilidad institucional no mejoró mayormente y su capacidad fiscal no repuntó a lo largo de la década de esos años.

No obstante, a fines de la década de los 80 se volvió sobre los departamentos: para fortalecer su papel de nivel intermedio entre la nación y los municipios y trasladarles ciertos servicios, bienes y funciones que venía asumiendo la nación; para comprometerlos en la gestión de desarrollo y coordinación de la planificación local; para involucrarlos en los procesos de programación de la inversión pública

nacional, y, en fin, para que sirvieran de soporte técnico de la nación en todas las actividades territoriales.

En respuesta, varios departamentos establecieron estrategias de descentralización en su territorio a fin de atender más eficientemente su capacidad planificadora, y para gestionar la prestación de bienes y servicios y ejercer determinadas funciones.

El proceso de descentralización llevó a transferir mayores recursos a los municipios en forma creciente y gradual, entre 1987 y 1992. A estos se les confirieron mayores responsabilidades de gasto público, y se les fortaleció políticamente al instituirse la elección popular de los alcaldes. Este proceso se tradujo en un saldo financiero negativo para los departamentos, debilidad institucional y bajo protagonismo político, pues sus mandatarios seguían siendo designados por el Presidente de la República.

En contraste, los municipios vieron incrementados sus recursos por las mayores transferencias automáticas del gobierno nacional, condicionadas a determinados rubros de gasto público; se estableció un marco jurídico apropiado para devolver la elasticidad al ingreso de sus recursos tributarios propios, se fortalecieron políticamente y la dinámica institucional pareció favorecer a los municipios intermedios y grandes, principalmente. No obstante, quedó en claro que era necesario actuar sobre el nivel administrativo intermedio si se quería garantizar la buena marcha de la descentralización y de las reformas al Estado, en su conjunto.

Con la promulgación de una nueva Constitución Política, en 1991, se dio paso a la elección popular de mandatarios departamentales (gobernadores) y se ordenó incrementar las transferencias del situado fiscal (transferencia nacional) que debería financiar los gastos de la educación preescolar, primaria y secundaria, así como de los servicios de salud. Se estableció que los departamentos tendrían facultades reglamentarias en educación, salud, transporte, medio ambiente,

cultura y turismo entre otros, y que podrían asociarse entre si para conformar regiones administrativas y de planificación, y posteriormente regiones, en calidad de entidades territoriales supra departamentales. Se les ratificó su carácter de órganos intermedios entre la nación y los municipios, y su función coordinadora de la planificación municipal y de gestión de desarrollo en el ámbito de su jurisdicción. Igualmente, se les facultó para asumir directamente la prestación de determinados bienes, servicios y funciones.

La situación fiscal de los departamentos siguió siendo gravosa, pero ganaron un protagonismo político significativo, se asociaron en una conferencia nacional de gobernadores y se constituyeron en un elemento de presión importante frente al gobierno central.

La descentralización se profundizó de nuevo de la mano de los recursos destinados al nivel municipal. El mayor incremento de transferencias (participaciones de inversión social) se decretó junto con la Constitución de 1991 beneficiando a los municipios, a los que en 1993 se les atribuyeron mayores responsabilidades de gasto en materia social, principalmente en salud, educación, agua potable y saneamiento básico, renglones en los cuales debían aplicar el 75% de las participaciones que reciben de la nación.

Con la fuerte descentralización del gasto social, los departamentos quedaron dotados de facultades de coordinación en la programación de dicho gasto, así como de los programas y planes de inversión de sus municipios. Se les ordenó realizar el seguimiento a los gastos, establecer reglas y normas para evaluar el impacto de los recursos y “monitorear” a través de metodologías establecidas por ellos la eficiencia y eficacia de las acciones, e incluso que regularan la distribución de ciertos recursos del situado fiscal que podían a su vez redistribuirse a ciertos grupos de municipios que asumieran determinadas responsabilidades en materia de educación y salud.

Desde el nivel nacional de gobierno se vio al departamento como un elemento esencial para acometer orgánicamente las reformas del Estado y como prerrequisito de la sostenibilidad del proceso de descentralización. En efecto, ciertos organismos nacionales que tenían operación centralizada tendrían que suprimirse o transformarse en dependencias u organismos normativos especializados, reguladores o financiadores, en tanto que la competencia para ejecutar los programas pasaría a los departamentos, ante la imposibilidad práctica de descender hasta el nivel municipal. En un sentido estricto, los departamentos pasarían a ser entidades sustitutivas de las agencias regionales y a prestar apoyo institucional al sistema desconcentrado de operación de la nación, para hacer el tránsito hacia una organización descentralizada del Estado.

Con el surgimiento de la cofinanciación de origen nacional, los departamentos fueron llamados a prestar apoyo técnico a los municipios para que estos pudieran formular adecuadamente sus proyectos, y también para servirles de filtro técnico de los fondos de cofinanciación que el gobierno central creó en sustitución de actividades de ejecución directa tradicionales del viejo modelo inherente al estado centralizado, especialmente en materia social, de vías, de infraestructura urbana y de desarrollo rural.

1.2.1.6. Las funciones de los Gobiernos Departamentales

Constitucionalmente el departamento en Colombia es una entidad territorial de tipo intermedio entre la localidad y la nación, con funciones administrativas de coordinación, complementariedad de la acción municipal, e intermediación entre la nación y los municipios; tiene autonomía para la administración de los asuntos seccionales, la planificación y promoción del desarrollo económico y social; puede tener injerencia en el manejo del entorno ambiental, la infraestructura común, la organización de los servicios sociales y la gestión de algunas fuentes de recursos,

tales como los impuestos al licor, los cigarrillos, a la cerveza y a los juegos de azar

No obstante el departamento tiene una estructura de competencias más ambiguas y menos definida que la existente en el nivel municipal. El departamento tiene un poder ejecutivo en manos de un gobernador de elección popular, acompañado de un organismo colegiado también de elección popular, e integrado por diputados que conforman la Asamblea Departamental.

La Asamblea Departamental no tiene atribución legislativa pero expide normas administrativas dentro del marco que otorga la Ley. Estos organismos mediante las denominadas Ordenanzas determinan la estructura administrativa del departamento, ordenan la distribución de recursos y la administración general de los servicios de salud y educación; crean entidades, determinan las plantas de personal y fijan las escalas salariales.

El ejecutivo departamental por lo general tiene un gabinete del cual forman parte los secretarios de gobierno, hacienda, salud, educación, agricultura, turismo, obras públicas y planeación, cuya actividad está fiscalizada por una contraloría departamental .

1.2.1.7. Estructura de los gobiernos municipales y departamentales.

En Colombia el gobernador, como jefe de la administración departamental o el alcalde, como jefe de la administración local a medida que crecen sus funciones o crece su complejidad, se rodea de los secretarios del despacho, o los jefes de departamento administrativo en cada una de las áreas de necesaria especialización, y en cada caso particular el jefe de la administración y el secretario o jefe de departamento correspondiente, constituyen el Gobierno. Como jefe de la administración municipal o departamental el alcalde o el gobernador ejerce sus atribuciones por medio de los organismos que conforme a la ley sean

creados por el legislativo seccional o local.

La estructura administrativa que puede tener un municipio o un departamento comprende:

- El sector central de la administración;
- El sector descentralizado funcionalmente;
- Y el sector desconcentrado o descentralizado territorialmente de las localidades, comunas o distritos para el caso de los municipios o de las provincias o subregiones para el caso de los departamentos.

El sector central está compuesto por el despacho del alcalde o del gobernador, las secretarías, los departamentos administrativos y la tesorería. Con el fin de hacer más eficiente la administración, jefe de la administración puede además delegar sus funciones en los secretarios, jefes de departamento administrativo, gerentes o directores de entidades descentralizadas.

El sector descentralizado o desconcentrado territorialmente está conformado por sus autoridades propias denominadas alcaldes locales en Santa fe de Bogotá, los cuales actúan en coordinación con los organismos de participación social que allí se creen tales como son las Juntas Administradoras Locales de Santa fe de Bogotá.

El sector descentralizado funcionalmente está conformado por los establecimientos públicos, las empresas industriales y comerciales del municipio o del departamento y las sociedades de economía mixta. La autonomía de las entidades descentralizadas se ejerce conforme a las normas que las crearon, y la tutela de la administración a que están sometidas tiene por objeto el control de sus

actividades y la coordinación de éstas con las políticas del gobierno territorial central.

Con el fin de asegurar la ejecución de los programas y proyectos correspondientes a los planes de desarrollo, los jefes de la administración central , y las entidades descentralizadas pueden celebrar contratos con entidades privadas de conformidad con los reglamentos que sobre la materia expide el gobierno nacional, y específicamente con las organizaciones comunales o empresas de economía solidaria.

Los organismos de control de la administración por supuesto no forman parte de ella pero actúan sobre ella y por lo general esos organismos son de dos clases: la contraloría o auditoría fiscal que controla el recaudo y la aplicación de los recursos financieros, y la personería, o procuraduría que controla el respeto por los derechos de los ciudadanos y que se haga dentro de la ley el ejercicio administrativo y de gobierno.

Normalmente corresponde al legislativo local o seccional, a iniciativa del Jefe de la Administración: crear, suprimir y fusionar secretarías y departamentos administrativos, entidades descentralizadas, subdivisiones territoriales; asignarles el área de su competencia; y determinar su estructura interna. Igualmente le corresponde crear y regular los organismos de control.

1.2.1.8. La estructura descentralizada de los municipios y departamentos.

Para cumplir más eficientemente con la prestación de los servicios es común y recomendable que los municipios y departamentos recurran a la descentralización funcional de los servicios y constituyan entidades con autonomía relativa que se hagan cargo de la gestión, producción y distribución de los servicios, posibilitando el desarrollo de gerencias públicas al frente de cada organización de servicios.

Lo mas importante es que el ente descentralizado o desconcentrado permite que el principio de la "unidad de gestión" opere eficientemente y es así que el mismo gerente que fija las metas tiene la autoridad para determinar que personal necesita y que inversión requiere, además es quien tiene la competencia para ejecutar directamente compras y ordenar otros gastos, teniendo así la facultad de regular costos y adecuar medios afines.

Tal situación no es posible cuando la prestación de servicios se hace mediante dependencias del nivel central de la administración, ya que por lo general en casos los responsables finales de los servicios no tienen decisión ninguna sobre la asignación de los factores que se requieren para lograrlos. Un caso ilustrativo son los hospitales cuando operan como dependencias del nivel central de un ministerio como ocurría en Colombia antes 1990: el director era responsable del logro de metas según los planes y de los resultados que efectivamente consiga, pero el personal, la compra de medicamentos y la inversión en infraestructura se decide en otra instancia central, produciéndose además un divorcio en los procesos de planeación, presupuestación y ejecución del gasto.

En Colombia se conocen tres modalidades de entidad pública descentralizada: el establecimiento público, la empresa industrial y comercial del estado y las empresas mixtas con presencia del capital privado. Para el caso específico del sector salud se creó la figura jurídica denominada "Empresa Social del Estado" la cual es adoptada por los hospitales y conjuga una naturaleza pública y herramientas financieras y de contratación privadas.

A su turno la opción de la contratación privada de los servicios permite que el proveedor opere con toda la autonomía en el manejo de los factores (capital y trabajo) para producir los servicios, y la administración territorial pueda concentrar su esfuerzo en controlar la calidad y cobertura del los servicios finales.

Si bien es recomendable la descentralización funcional para la prestación de los servicios, no es recomendable la descentralización en las funciones de dirección y supervisión global de las políticas públicas las cuales deben permanecer centralizadas en el despacho del Jefe de la Administración y de sus inmediatos colaboradores con el fin de poder garantizar la responsabilidad política y financiera del gobernador o el alcalde , articular la intersectorialidad, subordinar a las entidades descentralizadas y ejercer las funciones de control técnico y político que se requieran.

1.2.1.9. El control fiscal y el control legal en las entidades territoriales.

La vigilancia de la gestión fiscal de las entidades territoriales y de los particulares que manejan fondos o bienes de las mismas, corresponde a las contralorías Departamentales y Municipales o a la auditoría fiscal que la ley determina.

De acuerdo a las normas más modernas dicho control se ejerce en forma posterior y selectiva, conforme a las técnicas de auditoría externa, e incluye el ejercicio de un control financiero, de gestión y de resultados, fundado en la eficiencia, la economía, la equidad y puede incluir la valoración de los costos ambientales, en los términos que señala la ley . Las contralorías y las auditorías fiscales son organismos de carácter técnico, dotados de autonomía administrativa y presupuestal. En ningún caso pueden ejercer funciones administrativas distintas a las inherentes a su propia organización.

El control o la evaluación de resultados que corresponde realizar a las contralorías se lleva a cabo para establecer en qué medida los sujetos de la vigilancia logran sus objetivos y cumplen los planes, programas y proyectos adoptados por la administración territorial para un período determinado.

Cuando la administración central le fija metas o propósitos específicos a sus entidades descentralizadas, corresponde a la contraloría o a las auditorías por delegación evaluar el grado de cumplimiento y rendir concepto sobre las razones que expliquen el desempeño de dichas entidades.

Además del control fiscal existe en los municipios y departamentos instituciones que velan por el respeto a los derechos de los ciudadanos y en general el respeto por las leyes en la gestión administrativa y de gobierno de las autoridades municipales.

A los funcionarios encargados de tales funciones se les denomina según el caso "personero" "procurador" "defensor del pueblo" o "veedor ciudadano".

1.2.1.10. Las clases de servidores públicos.

En Colombia los funcionarios públicos son de dos clases: los funcionarios de carrera que se vinculan mediante concursos de méritos y adquieren un derecho especial al cargo que ejercen y los funcionarios de libre nombramiento y remoción, los cuales cumplen funciones de dirección, asesoría y manejo de recursos, conformando el equipo de confianza del liderazgo político en el departamento o en el municipio. La legislación colombiana ha creado además la figura del denominado trabajador oficial, vinculado mediante contrato de trabajo sin concurso, con unos derechos similares a los del empleado privado, y que cumplen funciones especialmente en obras públicas, en actividades de mantenimiento y en servicios generales de apoyo a la administración.

1.2.1.11. Participación ciudadana.

En Colombia, a partir de la Constitución Política de 1991 el esquema de la democracia representativa se vio ampliado, pues además de existir organismos

colegiados de elección popular en los tres niveles territoriales a saber: el Congreso de la República, las Asambleas Departamentales y los Concejos Municipales; también se eligen en Colombia junto al Presidente de la República los Gobernadores de los Departamentos y los Alcaldes Municipales.

Este esquema se ha visto complementado con el desarrollo de instrumentos propios de la llamada democracia participativa o democracia directa, la cual se expresa en la posibilidad de realizar plebiscitos o referendos nacionales o locales e incluso se introdujo la figura de la revocatoria del mandato a los gobernantes, ligada al denominado voto programático, según el cual el elector no vota por una persona sino por un programa y puede remover al gobernante sino cumple con el programa propuesto. ha producido que dentro de las normas ordinarias que regulan la organización municipal está previsto que las autoridades deban promover la organización de los habitantes y comunidades del municipio, estimulando para ello la creación de asociaciones profesionales, culturales, cívicas, populares, comunitarias, juveniles y de la tercera edad, con el fin de que sirvan de mecanismo de representación en las distintas instancias de participación, concertación y vigilancia de la gestión municipal y local.

A las corporaciones legislativas municipales, denominadas, Concejos Municipales, les corresponde ahora dictar las normas necesarias para que la vigencia efectiva de las instituciones y mecanismos de participación ciudadana y comunitaria previstos en la Constitución y la ley se haga realidad, y se busque estimular y fortalecer los procedimientos que permitan garantizar la veeduría o vigilancia social frente a la gestión y la contratación administrativas.

Inicialmente la participación ciudadana y comunitaria se promueve mediante mecanismos "informales" o instancias sin poder decisorio institucionalmente definido tales como son las comisiones consultivas, las juntas asesoras, las asambleas de concertación etc. La característica básica de esta clase de

participación informal o institucionalmente embrionaria es que las conclusiones y decisiones de estas instancias no obligan a ninguna autoridad competente.

Cuando la democracia participativa se desarrolla entonces sus mecanismos, escenarios e instancias se regulan en la constitución y en las leyes, lo cual permite que las decisiones producto de la concertación tengan carácter mandatorio para las autoridades. Esto es precisamente lo que ocurrió en Colombia cuando la Constitución Política de 1991 desarrolló los conceptos de participación comunitaria y participación ciudadana, al amparo de los cuales se han desarrollado múltiples formas de veedurías ciudadanas, asociaciones de usuarios y participación comunitaria en diversos tipos de juntas administrativas y directivas de las empresas y los servicios públicos y sociales ; así mismo los municipios han creado subdivisiones administrativas internas con un carácter mas cívico que político originando las denominadas Juntas Administradoras Locales, equivalentes al concepto de “consejos sociales participativos”, integradas por líderes comunales conocidos como los ediles. Estas formas de participación definen a la comunidad por la pertenencia a un espacio territorial urbano o rural.

1.3. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

La Ley 100 plantea un sistema de salud con dos regímenes paralelos: el contributivo, para los ciudadanos con capacidad de pago, y el subsidiado, para los más pobres. Con el fin de determinar el estrato socioeconómico se aplica una encuesta, el SISBEN, que divide a la población en 6 estratos (el 1 sería el más bajo y el 6 el más alto), y en función de ellos los sitúa en uno u otro régimen. Los afiliados al régimen contributivo (estratos 3 al 6) aportan una cantidad de su salario mensual para financiar el sistema, mientras para los afiliados al subsidiado (estratos 1 y 2) las aportaciones llegan del Estado, departamentos, municipios... Una vez que una familia recibe su clasificación de estrato socioeconómico según la encuesta, y si éste es de nivel 1 ó 2, debe ser afiliado por una Administradora

de Régimen Subsidiado (ARS) que le otorga un carné y, con él, el acceso al sistema de salud. Si bien las previsiones iniciales eran que en el año 2001 toda la población estuviera dentro del sistema, en uno u otro régimen, la realidad es que en estos momentos hay 20 millones de personas que no han conseguido acceder (los “vinculados”), por no haberseles hecho la encuesta o no haber sido afiliados por una ARS. El problema es que las afiliaciones y la carnetización se realizan en función de los cupos disponibles y no de la demanda.

Ambos regímenes tienen planes obligatorios de salud (POS) distintos y con diferentes prestaciones: mientras el contributivo cubre casi todas las enfermedades y problemas, el subsidiado deja fuera un gran número de patologías. Tampoco tienen flexibilidad para hacer frente a las diferencias regionales.

Los afiliados al régimen contributivo le pagan a una Entidad Prestadora de Salud (EPS), que actúa como intermediaria. Ésta ingresa el dinero en una cuenta del FOSYGA, adscrita al Ministerio de Salud, tras descontar una parte para licencias de maternidad, accidentes y otras eventualidades (en este punto se producen importantes desvíos de fondos que suponen en la práctica una capitalización de estas empresas). El FOSYGA les devuelve una cantidad de dinero por cada afiliado (Unidad de Pago por Capitación, cuya cuantía se fija anualmente). En el subsidiado, los intermediarios son las ARS, que reciben fondos de la mencionada cuenta del FOSYGA y de instituciones oficiales.

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son los hospitales, centros de salud, etc. De acuerdo a este régimen funcionan por demanda: no disponen de un presupuesto previo sino que las EPS o ARS les pagan cuando prestan los servicios y los facturan (normalmente con bastante retraso, en ocasiones incluso de 1 ó 2 años). Por eso, las IPS tratan de evitar la atención a personas pobres que no puedan garantizar el pago, por lo que los vinculados quedan por fuera del

sistema (o se les atiende previo pago del servicio). El paciente se convierte en cliente y los centros de salud no tienen presupuesto para comprar medicamentos ni pagar salarios, cirugía, etc. Además, los afiliados al contributivo pueden ir a cualquier IPS pública o privada, mientras los del subsidiado sólo pueden acudir a los antiguos hospitales públicos.

La realidad socioeconómica de Colombia ha influido en el fracaso del sistema, diseñado más para las condiciones de un país desarrollado que para uno con altos niveles de desempleo y exclusión. Influyen otros factores como el clientelismo, la corrupción y la compra de votos: dentro del subsidiado se calcula que hay entre 3 y 4 millones de “colados”, no pobres, que quitan recursos que sí deberían ir destinados a los más pobres. Además, con el complejo proceso de transferencias establecido en la ley, se multiplican los filtros, los “desvíos” y la corrupción.

1.3.1. Los principios de la ley.

<p>EFICIENCIA: Es la mejor utilización social y económica de los recursos disponibles, para que los beneficios a que da derecho la Seguridad Social sean prestados en forma adecuada, oportuna y eficiente.</p>
--

Desde finales de los años ochenta y principios de los noventa, tanto en Colombia como en los países de la zona se pusieron en marcha planes de ajuste macroeconómico preconizados por el FMI, basados en los paquetes de reformas que caracterizan al modelo neoliberal: apertura al mercado internacional; privatización de las empresas estatales; sectores eléctrico, minero y financiero; subida de los impuestos; recorte del gasto público y eliminación de los subsidios sociales; despidos de personal y reducción de las transferencias a las entidades territoriales. Estas políticas provocan que los sistemas de salud, educación, pensiones o desempleo sufran una considerable reducción en sus prestaciones, cuando no un desmantelamiento.

El sector salud pretende rentabilizarse basándose en criterios financieros y justificando la reducción de servicios con la ineficiencia del gasto público hasta la fecha y las diferencias de ingresos entre los beneficiarios del sistema. En base a esto, en 1993 se aprueba la Ley 100 y se establece un sistema sanitario que implica:

- Privatización de las empresas públicas.
- Cobro a los usuarios (preago por determinados servicios).
- Participación de varios actores en el sistema, desde ONG hasta empresas privadas.
- Descentralización de los servicios gubernamentales, que transfieren sus responsabilidades a los departamentos y municipios.
- Pérdida de responsabilidades por parte del Estado como proveedor de servicios sociales: el papel del Ministerio de Salud se reduce a la formulación de políticas y a la vigilancia del sistema.
- Focalización de la asistencia a los sectores más pobres.

Todas estas medidas, destinadas teóricamente a la sostenibilidad del sistema de salud, han provocado crisis periódicas cada vez más graves, solventadas con remedios individuales que no han logrado, hasta la fecha, paliar un problema de fondo: tanta justificación economicista para implantar el modelo y ahora se constata que no es viable. Aunque es cierto que el gasto en salud se ha incrementado en los últimos años —un 7,5% del PIB en 1990 y un 13,6% en 1999—, lo más importante es el destino de esos recursos y la calidad del gasto en términos de equidad, efectividad y eficiencia. Esto está lejos de ocurrir y de ello dan fe las noticias aparecidas durante el año 2000 en la prensa.

1.3.2. Aquí nadie paga

Desde 1996, con la promulgación de la ley 344, se redujo el aporte del Estado a la

salud de 1 punto a 0,25 por cada peso que aporte el régimen contributivo al subsidiado, lo que equivale a una reducción del 75% en los aportes a salud respecto a los años anteriores. El Estado no ha girado recursos por valor de dos billones de pesos, por lo que el sistema se sustenta, desde un punto de vista financiero, en los aportes de los trabajadores y en la venta de servicios de los hospitales públicos. En el año 2000, 1 billón 25.000 millones de pesos destinados a salud se “dieron a la fuga”.

En rasgos generales, el principal problema aparece porque los centros prestadores de salud quedan supeditados a la acción de varios intermediarios, que les giran los recursos en lugar de recibirlos directamente (recursos que, muchas veces, quedan mermados en manos de agentes privados). Mientras tanto, las EPS (Entidades Promotoras de Salud) privadas, reciben mensualmente los recursos por cada una de las personas afiliadas, independientemente de que éstas utilicen o no los servicios. Esto conlleva una capitalización de estas empresas.

1.3.3. Actores e intermediarios del sistema.

LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS)

Hay 27 EPS en Colombia, públicas y privadas, que administran el esquema de aseguramiento en el Régimen Contributivo. Una vez que el trabajador se afilia libremente a una EPS y paga la primera cotización, ésta le proporciona el carné, como documento de afiliación. Por delegación, recaudan las cotizaciones de sus afiliados al régimen contributivo y descuentan de esa suma los costos de incapacidades, las licencias de maternidad, las actividades de promoción y la UPC (Unidad de Pago por Capitación).

La diferencia queda como fondo en el Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía), en una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, y debería ejercer una labor de

balanza del régimen contributivo respecto al subsidiado. A su vez, está organizada en cuatro subcuentas: de compensación interna del régimen contributivo (se paga una UPC a cada EPS por cada afiliado); de solidaridad para la administración de los recursos del régimen subsidiado; de promoción de salud (0,5 puntos por cada afiliado al contributivo) y de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

El Fosyga exige a las EPS tener información actualizada sobre los afiliados y beneficiarios para girar los fondos. Sin embargo, sólo en la EPS del Instituto de Seguridad Social se calcula que existen 453.000 presuntas dobles filiaciones. Esta situación es provocada por casos de parejas separadas en las que ambos cónyuges afilian a los hijos, personas que cotizan a dos EPS o que dejan un trabajo y cotizan a otra empresa, etc.

Pese a lo anterior, estas empresas acumulan recursos y mantienen independencia de acción: pueden contratar con los entes territoriales, operar a nivel nacional y poseen más medios en el campo de la salud. En muchos casos incluso contratan con otros intermediarios, destinando una parte importante de los recursos a gastos administrativos, en lugar de atención en salud.

LAS ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (ARS)

Las ARS no tienen libertad de acción ya que funcionan en el ámbito local, tienen dificultades para incrementar el número de sus afiliados y, en algunos casos, obtienen un escaso margen de ganancia en sus operaciones, cobrando por persona asegurada y a la demanda. Su financiación depende de un 1% de los ingresos solidarios del régimen contributivo; de los impuestos de armas y explosivos; el Fosyga; las Cajas de Compensación Familiar; recursos del situado fiscal y un 15% de inversión de los municipios. A pesar de que muchas de ellas han acumulado recursos de forma indiscriminada, se están forzando medidas para la desaparición de las ARS comunitarias, con lo que se tenderá a la creación de

monopolios. En Bogotá, en abril de 2001, cuatro ARS cesaron sus actividades por problemas de liquidez y 179.000 personas tuvieron que ser afiliadas a otras entidades.

Las EPS y ARS ejercen su función de intermediarios dentro del sistema de salud concentrando los recursos, con graves fallos en sus sistemas de información, sin que se les aplique mecanismo de control alguno respecto a la calidad de sus prestaciones, con un retraso crónico en los pagos a sus IPS y reduciendo, con su sola presencia, los gastos destinados a salud. Si no se soluciona este problema, se puede llegar a la cesación de pagos de las EPS a la red hospitalaria nacional y a una eventual suspensión de licencia de funciones de las EPS (las privadas pidieron la intervención de la Contraloría General).

LOS HOSPITALES

Los de carácter público se han convertido en ESE (Empresas Sociales del Estado) y cobran por servicios prestados, al usuario que pueda permitírsele y a las personas afiliadas al régimen subsidiado (un pago que efectúan las ARS siempre posteriormente, lo que lleva a una falta de fondos crónica y a la imposibilidad de planificación de actividades). Deben atender también a los “vinculados”, cuya atención en salud depende, desde un punto de vista financiero, de los gobiernos locales. El déficit operacional de la red pública ronda el billón de pesos.

Según el Ministerio de Salud esta deuda asciende a 465.800 millones —de los que 165.000 son de los municipios—, por lo que las aproximadamente 33.000 clínicas, hospitales, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios y demás IPS, corren el riesgo de desaparecer a causa de:

- Falta de recursos girados por el Estado y autofinanciación de los hospitales públicos a través de la venta de servicios. Con la aplicación de la ley 344, los subsidios a la oferta se convierten en subsidios a la demanda, lo que

convierte a los hospitales públicos en empresas que se sostienen por la venta de servicios (muchas veces, no se les reconocen los gastos en que incurren cuando tratan en urgencias a personas no cubiertas por el sistema de salud).

- Los fondos no llegan directamente: pasan por el intermediario correspondiente —EPS o ARS—, y hay retrasos por parte de estos.
- No se llega a cobrar, en muchas ocasiones, la atención a personas vinculadas. A veces tampoco a las pertenecientes al régimen subsidiado.
- Mala gestión y administración de los hospitales.
- Contención de costos por parte de las ARS y EPS.
- Congelación de la UPC mientras crecen los costos de servicio. El manual de tarifas está desactualizado, ya que éstas se reajustan cuando el año está avanzado mientras que la UPC se incrementa a primeros de año. Por cada 100 pesos que facturan, las IPS pierden, con respecto al año 1998, entre 18 y 26 en intervenciones quirúrgicas, entre 9 y 25 en exámenes y procedimientos diagnósticos y entre 12 y 18 en servicios intrahospitalarios y ambulatorios (según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas).

En definitiva, los hospitales públicos sólo reciben recursos a través de las EPS por facturación o servicios prestados, y contratan los mismos con una ARS para atender a la población vinculada o subsidiada. En estas circunstancias, para muchos hospitales es imposible mantener una continuidad en el funcionamiento y la planificación de actividades, ya que no tienen recursos para prestar asistencia de calidad. La crisis afecta a 11 de los grandes centros hospitalarios del país, y podrían quedar sin servicios de salud 10 millones de personas. Las deudas más abultadas se dan en los hospitales de Antioquia (98.585 millones), Cundinamarca (51.036), Bogotá (41.600), Tolima (27.874), Bucaramanga (el único de tercer nivel en el oriente colombiano, al que las ARS adeudan más de 12.000 millones de pesos), Huila (20.935, y donde se adeudan 11.000 millones de pesos al hospital de Neiva, que constituye el punto de referencia de tercer y cuarto nivel para la

población de Huila, Caquetá, sur de Tolima y parte de Cauca, Nariño y Putumayo), el hospital de Ipiales, el San Rafael de Tunja, el Antonio Roldán de Apartadó, el San José de Popayán o el Infantil de Caldas (que presta atención pediátrica en todo el eje cafetero). Hay que sumar los universitarios de Barranquilla y Cartagena, el San Andrés de Tumaco....

También el Hospital San Juan de Dios, el más antiguo de Colombia, ha quebrado y ha llegado al límite su estado de iliquidez, ya que las deudas superan los 67.000 millones de pesos (los 1.426 trabajadores de plantilla llevan 17 meses sin percibir su salario ni prestaciones sociales, mientras el monto que recibe el hospital por servicio, de 100 millones de pesos al mes, debe destinarse al pago de unos embargos que suman 11.000 millones de pesos). Esta situación afecta también a los hospitales de San José, La Samaritana y Lorencita, de Bogotá.

La situación se solventa con desembolsos puntuales para paliar la crisis, pero sin atajar el problema de fondo que se arrastra desde la implantación de la ley 100: falta crónica de recursos, disminución de los fondos procedentes del Estado y los departamentos, indefinición de las responsabilidades de las EPS y ARS y mala gestión de los hospitales, que han entrado a competir al mercado en desventaja respecto a las entidades privadas, con mecanismos gerenciales obsoletos, corrupción, burocracia, peso excesivo de las nóminas, etc... Para muchos pacientes no hay opciones, pues los hospitales de segundo y tercer nivel se mantienen en funcionamiento de forma precaria. Hay huelgas en muchos hospitales del país a causa del retraso en el pago a los trabajadores, un colectivo cada día más desmotivado no sólo por los problemas económicos, sino por el papel que les toca jugar: al ser las necesidades de facturación tan acuciantes para muchos hospitales, el personal se convierte en la punta de lanza de un sistema que llama al paciente usuario o cliente. A partir de ahí, no sólo se olvida la norma que debe marcar la prestación de salud, que es garantizarla, sino que se atenta contra el sentido de la ética y se crea una admisión adversa: hay pacientes que no

interesan, hay medicamentos que deberían recetarse pero no están dentro del paquete básico, hay intervenciones que no son rentables o no quedan contempladas. Por encima está la rentabilidad del servicio, no la calidad, y el trabajador se encuentra supeditado a este mercadeo.

1.3.4. Universalidad *versus* niveles

UNIVERSALIDAD: Es la garantía de protección para toda la población, sin discriminación alguna.

El 60,2% de la población colombiana, unos 25 millones de personas, está incluido en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. De ellas, 9,3 millones son afiliadas al régimen subsidiado (entre los que, aproximadamente, la mitad no son pobres) y 16,6 millones al contributivo, según datos del Ministerio de Salud correspondientes a 1999.

RÉGIMEN SUBSIDIADO

Las expectativas de cobertura eran de un mínimo del 30% de la población cubierto por este régimen en el año 2001; sin embargo, esta cifra no se ha cumplido. Hay, dentro del mismo, cuatro millones de afiliados que tienen capacidad adquisitiva suficiente como para pertenecer al régimen contributivo, mientras siete millones de pobres no tienen cobertura.

Son beneficiarias de este régimen las personas sin capacidad de pago (niveles 1 y 2 del SISBEN, núcleo familiar incluido), con especial prioridad para indigentes, población infantil abandonada, indígenas... Esta población se afilia al sistema a través de una UPC (Unidad de Pago por Capitación), subsidiada total o parcialmente con recursos del Estado. Tienen preferencia las mujeres embarazadas y niños menores de un año, los discapacitados, tercera edad, mujeres cabeza de familia, desmovilizados, etc..., afiliándolos según la cantidad de

recursos asignados o cupos y en función de si se trata de población priorizada. Esto implica en primer lugar un proceso de **focalización** de esa población y, en segundo, **la liberación de fondos** por parte del municipio con el concurso del departamento y la nación. La afiliación al sistema no es inmediata ni generalizada, ni se produce a demanda.

Procedimiento de afiliación

Los beneficiarios son identificados mediante el SISBEN, una encuesta que permite obtener información socioeconómica y que mide la pobreza. Esta encuesta no está adaptada a las verdaderas necesidades de las personas ni a las diferencias entre regiones en cuanto a medios o forma de vida. Sobre esta base se asigna un puntaje al cabeza de familia, a partir del cual se solicita la certificación del SISBEN, que se entrega unos 8 días después. Esto no implica una cobertura real sino sólo descuentos en las tarifas. Para tener cobertura, el requisito es estar afiliado a una ARS, para que la entidad les preste servicios directa o indirectamente.

Este proceso presenta varias complicaciones:

- Por un lado no existen los cupos necesarios, que dependen del presupuesto y el número de población priorizada. En Altos de Cazuca, en el municipio de Soacha (cercano a Bogotá), en el año 2000 se concedieron 8.000 cupos para una población de un millón de habitantes.
- Tampoco hay disponibilidad a tiempo completo para la realización de la encuesta: en este mismo municipio, dos personas se encargan de sisbenizar a un promedio de 40.000 habitantes aproximadamente.
- Resulta fácil el aprovechamiento electoralista de ese poder por parte de los municipios: hay varios casos documentados de votos comprados por ese medio.

Vinculados al sistema

Son aquellas personas que no tienen capacidad de pago y pertenecen al estrato 1, 2 ó 3, mientras logran ser afiliadas al régimen subsidiado. Durante este periodo transitorio, tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado. El número de “desvinculados” alcanza ahora, aproximadamente, los 20 millones de personas, de las cuales 12 millones no tienen ninguna cobertura en salud, y se acrecienta cada día a causa de la elevada tasa de desempleo y el aumento de la economía informal.

En aras de la sostenibilidad financiera, se cobra a los usuarios por determinados servicios, lo que se convierte en una barrera para el acceso a la salud: tanto los copagos (aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado) como las cuotas moderadoras que hace el usuario al utilizar un servicio:

- Las cuotas se aplican a ciertos servicios (consulta externa médica, odontológica, paramédica o de medicina alternativa, consulta de especialista, fórmula de medicamentos de uso ambulatorio...), en el momento de su uso.
- Los copagos se pueden aplicar a todos los servicios incluidos en el POS, con excepción de los de promoción y prevención, control de atención materno-infantil, control de enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, atención inicial de urgencias y los servicios por los cuales se cobran cuotas moderadoras.
- Para los casos de indigencia y comunidades indígenas, la atención será gratuita.
- Para el nivel 1 del SISBEN y la población incluida en el listado censal, el

copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, sin que el cobro pueda exceder una cuarta parte del salario mínimo mensual legal vigente.

- Para el nivel 2 del SISBEN, el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro exceda la mitad de un salario mínimo legal mensual.
- Se aplica una tarifa del 30% si se es vinculado.

Todo esto significa barreras a la asistencia en salud pues el precio resulta gravoso para los pacientes, en un país donde el número de hogares por debajo de la línea de pobreza (menos de dos dólares/día) es del 45% y con un aumento del desempleo en los últimos años. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Colombia el 32% de los asalariados trabaja sin contrato. La tasa de desempleo es del 19,7%, una de las más altas de la zona, y 3,5 millones de colombianos trabajan informalmente. El 48% de la población vive del “rebusque”. Hay 600.000 mujeres cabeza de hogar en las principales ciudades colombianas, 230.000 niños que trabajan en el servicio doméstico, vendedores ambulantes y ancianos sin ningún tipo de cobertura en salud.

Los servicios de urgencias

Dentro de las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud se encuentra la atención de urgencias. Está establecido que éstas “se atenderán en cualquier parte del territorio nacional, sin que sea necesaria la autorización previa de la EPS o remisión como tampoco el pago de cuotas moderadoras”. El POS-S acota, además, que “todo paciente tiene el deber de suministrar información veraz sobre los hechos ocurridos, colaborar con el proceso de identificación para recuperar en lo posible los costos de atención, portar los carnés de identificación de las ARS, seguro obligatorio de accidentes y demás documentos que requiera la parte administrativa para ser reinvertidos en los servicios de salud”.

Se establece un agravio comparativo con los más pobres: los problemas que tiene la población más vulnerable suelen ser de solución más compleja, lo que provoca una selección adversa de estos pacientes por lo que suponen de más tiempo de aclaración, trámites a realizar, problemas de facturación, etc... Por ejemplo hay casos en zonas rurales en los que, si el paciente es ingresado, el carné se convierte en la moneda de cambio y la administración del hospital lo retiene hasta el pago por el servicio.

1.3.5. Equidad

EQUIDAD: Es la prestación de servicios para todos, sin importar su capacidad de pago

La ley institucionaliza la desigualdad al establecer dos sistemas de salud, uno “para ricos” que sería el régimen contributivo —cuya UPC tiene doble valor que la del régimen subsidiado—, y éste último para pobres, con unas prestaciones inferiores.

Las prestaciones del régimen contributivo incluyen todos los servicios de salud del POS, subsidios monetarios en caso de incapacidad temporal por enfermedad o accidente, los de licencia de maternidad (si la afiliada ha cotizado por un periodo mínimo igual al de la gestación) y el subsidio en POS a los familiares que no estén cotizando. Las exclusiones o limitaciones del POS son, a grandes rasgos, los tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios, o el resultado de complicaciones de estos. Se garantiza la atención ambulatoria especializada, la atención de urgencias, la internación y la atención en los niveles de complejidad 1, 2, 3 y 4, además de enfermedades ruinosas o catastróficas.

Respecto al régimen subsidiado, sobre el papel, cubre prácticamente el primer

nivel de atención. En la prevención, la desviación de recursos para otros fines es la norma. El único derecho que le queda al paciente es la tutela, fórmula para acceder al sistema de salud que se ejerce como herramienta individual, nunca colectiva. Para llegar a entablar una tutela o una queja, se precisan pasos difíciles para muchos pacientes: desconocen sus derechos respecto a la asistencia en salud, existe el riesgo de ser “penalizados” si plantean sus reivindicaciones, sobre todo en zona rural, y hay una gran complejidad burocrática. Entre 1998 y junio de 2000, se habían recibido en el Instituto del Seguro Social 1.375 quejas por causas que iban desde la deficiente calidad de atención hasta la no entrega de medicamentos, incluidos o no en el POS (el paciente debe, en estos casos, presentar la denuncia ante el comité científico-técnico).

En los proyectos que MSF ejecuta en Colombia en zonas rurales y asentamientos urbanos, el personal sanitario debe ejercer acciones de acompañamiento cuando los pacientes son remitidos a un nivel superior, en vista de las dificultades que se presentan cuando se realizan las derivaciones. Un ejemplo es la situación en Puerto Asís (Putumayo), donde la atención de primer y segundo nivel está representada por la ESE municipal, 4 EPS y el hospital respectivamente, mientras los 8 puestos de salud mantienen paralizadas la mayor parte de sus actividades, así como el abastecimiento de medicamentos por parte de las farmacias comunitarias. La población “vinculada” se calcula entre el 60-70%. Una responsable de salud del municipio adujo que no se daba carné a la población por el número excesivo de desplazamientos en la zona, debidos a la guerra y a las fumigaciones del plan Colombia, además del exceso de mortalidad. “De esta forma, no colapsarán los servicios”.

Por más que la ley hable de atención gratuita, el paciente es previamente interrogado respecto a su capacidad de pago, su sistema de afiliación y sus datos por un personal de salud cada vez más entrenado en la venta y la facturación. De esta forma se logra que los pacientes de bajo nivel adquisitivo acaben por no

demandar más que determinados servicios asistenciales de urgencia, algo frecuente en el medio rural.

LA SALUD PÚBLICA

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el sistema de salud colombiano es la desaparición progresiva de la salud pública como responsabilidad del Estado. El papel del Ministerio se ha recortado, quedando bajo su responsabilidad los lineamientos y la coordinación y vigilancia, y no existe en estos momentos una política estructurada, al haberse separado el concepto asistencial del preventivo, con lo que se han perdido logros ya conseguidos anteriormente. Hay actuaciones puntuales que dependen en muchos casos de instancias locales y varían de unos a otros municipios, ya que la transferencia de competencias a las entidades territoriales ha sido más una delegación de funciones que un propósito claro de potenciarlas. A ello se une la excesiva burocratización con lo que, a más de siete años de iniciarse el proceso, no han sido muchos los municipios y departamentos que han asumido el proceso de implantación del sistema de seguridad social en salud.

Según los decretos 1.891 y 1.938 que desarrollan la ley 100, las acciones de Salud Pública dentro del PAB (Plan de Atención Básica, de carácter gratuito, obligatorio y prestado directamente por el Estado y sus entes territoriales), se refieren a colectividades e individuos. El artículo 165 de la ley establece que el PAB complementará las acciones previstas en el POS y las previstas en saneamiento ambiental. El Ministerio de Salud y los entes territoriales, entre ellos el distrito, son los responsables de “la planificación, ejecución y control del PAB en salud, en cuya prestación podrán concurrir las EPS, las IPS, las comunidades, los COPACOS y las ESS, mediante el establecimiento de contratos de prestación de servicios.

Las acciones colectivas son:

- Información y educación para control del consumo del tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, sobre derechos y deberes de los usuarios del sistema de seguridad social, sobre riesgos y servicios, factores protectores, como promover la participación social en el manejo de la salud, solución de los problemas y cómo llevar una vida saludable.
- Actividades para la prevención de accidentes, violencia y desastres.
- Control de riesgos del ambiente: vectores, riesgos ocupacionales, de consumo, saneamiento básico (calidad del agua y del aire, basuras y excretas) y vigilancia y control sanitario de los establecimientos.
- Control de riesgos del comportamiento que representan riesgo para la salud, como los hábitos de higiene y alimentación, educación sexual, la salud pública mental y el control del consumo de cigarrillos, licores y otras sustancias psicoactivas.

Las acciones individuales son:

- Actividades de prevención, detección precoz, control y vigilancia epidemiológica de enfermedades sujetas a control estricto como el sida y otras de transmisión sexual, tuberculosis, lepra, leishmaniosis, cólera, malaria, fiebre amarilla y dengue.
- Las inmuno-prevenibles contenidas en el PAI, rabia y otras zoonosis, y todas aquellas enfermedades que puedan convertirse en un riesgo para la salud pública.
- Actividades de vacunación contenidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Actividades de prevención, diagnóstico precoz y control de enfermedades relacionadas con el riesgo originado en el proceso reproductivo, como el cáncer de cérvix y las relacionadas con la morbilidad materna y perinatal.
- Desparasitación, fluorización, planificación familiar y suplementos nutricionales

a la mujer embarazada y al menor de un año.

DESCENTRALIZACIÓN: LAS DESVIACIONES

Las alcaldías y Direcciones Locales de Salud son las encargadas de garantizar los servicios de salud del primer nivel de atención (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S), organizar y financiar los planes de atención básica, seleccionar de forma focalizada a los beneficiarios del régimen subsidiado y ejecutar la contratación con las ARS para la prestación de servicios a estos últimos. El alcalde es el máximo responsable de la salud, junto con la Dirección Local de Salud. Pero los municipios, en muchos casos, tampoco cumplen, y existe por su parte un déficit de 165.000 millones de pesos. Se han dado casos de desvío de los fondos hacia otros fines (se financian campañas electorales, se asignan los subsidios en base al clientelismo o bien se contrata a personas sin capacitación). A veces, simplemente, el dinero desaparece. Estos son algunos ejemplos:

- **San Andrés de Tumaco**, en el departamento de Nariño, donde el déficit alcanza los 2.300 millones debido a una mala gestión que no ha permitido pagar los salarios de los trabajadores. La ESE municipal le adeuda 1.200 millones al hospital, y éste ha dejado sin atención de segundo nivel a más de 300.000 personas.
- **En Barranquilla**, la alcaldía les debe a las ARS 12.000 millones de pesos, que significan atención sanitaria para medio millón de personas de los estratos 1 y 2. Este dinero fue desviado para otros fines por la Administración municipal entre 1997 y 1999 (como el pago de nóminas del distrito, compra de papelería y pavimentación de calles).
- **En Cali**, al menos 900 municipios congelaron, desviaron, retuvieron o perdieron recursos por valor de 100.000 millones de pesos destinados a la atención en salud a personas de escasos recursos. Estos fondos se han

utilizado como fuente de garantía de créditos financieros, retención en entidades bancarias o su incorporación a otros presupuestos.

Problemas de la descentralización:¹

- Se da importancia excesiva a la regulación de la descentralización, mientras los departamentos asumen de forma ambigua sus funciones como entidades intermedias.
- Bajo desarrollo institucional de los municipios y falta de recursos.
- Ausencia de políticas claras, lo que provoca cantidad de propuestas provenientes de ONG, consultoras, etc.
- Falta de incentivos a los municipios.
- Utilización electoral del SISBEN.
- Falta de comunicación entre las administraciones y las corporaciones municipales.
- Multiplicación de requisitos para descentralizar. Rigidez administrativa.

Si los departamentos no asumen sus competencias y los municipios no tienen capacidad para ello, además de que el personal es renovado cada 3 ó 4 años, la salud pública se desmorona; no se controlan los recursos, se desarticulan servicios ya existentes y los municipios son incapaces de gestionar la salud pública de forma coherente. Principales problemas:

- No existe una política definida de salud pública, ya que la Ley 100 se ocupa de ella de una manera tangencial.
- No se tiene en cuenta la variedad epidemiológica de las regiones del país ni sus distintas realidades, tanto económicas como sociales, olvidando la violencia como factor desestabilizador de la salud comunitaria.
- Los mecanismos de vigilancia epidemiológica se han desmoronado, sobre todo

¹ *Elementos para la gestión local de la SS en Salud*, ESAP, 1999.

en zonas rurales. Se desconoce la realidad epidemiológica del país en muchas zonas.

- “Africanización” de las patologías: resulta alarmante el incremento en los últimos años de enfermedades que parecían controladas. En 1999 se registraron 71.714 casos de malaria, más de 20.000 casos de dengue clásico, 1.093 de dengue hemorrágico, 748 de sífilis congénita... Las tasas de cobertura vacúnales disminuyen a pasos agigantados.
- La prevención y promoción de la salud se han convertido en tareas asistenciales con una baja cobertura.

2. MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

El proceso de descentralización de la salud se inicia en el país en 1987 y se afianza en 1990 con la expedición de la ley 10. La reforma constitucional de 1991 retoma los principios del Sistema Nacional de Salud y establece que el país es una República unitaria y descentralizada; y en desarrollo de ella se expide la Ley 60 de 1993, reglamentaria de la Constitución, mediante la cual se establecen las competencias y recursos de la Nación y las Entidades Territoriales

La descentralización como modelo de estado para la administración de lo público persigue como objetivos:

1. Racionalizar y unificar la administración pública por medio de la creación de estructuras territoriales adecuadas a las funciones que deben ejercer y, por otra parte, devolviendo el protagonismo a las administraciones, de gestión global en vez de las de carácter sectorial.
2. Democratizar el Estado, acercando las instituciones representativas a los ciudadanos, creando nuevos mecanismos de participación y de consenso y aplicando el principio de que las decisiones se tomen desde el nivel más bajo posible.

La descentralización en salud como estrategia para modernizar el Estado, junto con la democratización y la internacionalización, son respuestas necesarias al surgimiento de nuevas realidades interrelacionadas y características de la época actual: individuos con una nueva conciencia de su papel protagónico frente al Estado, con información al acceso del usuario, con identidades regionales más explícitas, nuevos grupos sociales, nueva organización de la producción en donde

sobresalen las relaciones horizontales y la creatividad de los individuos.

La Ley 60 reserva para el nivel nacional funciones de dirección, asesoría y control y entregó las competencias operativas y de ejecución a las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios), quedando los Municipios y Distritos como responsables del primer nivel de atención y los departamentos del segundo y tercer nivel.

Para la asunción de las competencias por parte de las entidades territoriales se expidió el Decreto 1770 de 1994, reglamentario de la Ley 60 de 1993, el cual estableció los requisitos para la descentralización departamental y municipal. Estos requisitos debían ser presentados por la entidad territorial y una vez cumplidos y avalados se expedía el acto administrativo que certificaba su cumplimiento. Estos requisitos eran:

1. Adopción de metodología para la elaboración del plan sectorial de salud.
2. Adopción de procedimientos para la programación, ejecución, evaluación, control y seguimiento físico y financiero de los programas de salud.
3. Organización y puesta en funcionamiento de la Dirección Local de Salud.
4. Organización del régimen de carrera administrativa y del manual de funciones.
5. Afiliación de los empleados a los fondos de cesantías y a las instituciones de previsión y seguridad social.
6. Transformaciones institucionales.
7. Celebración de contratos para la prestación de servicios de salud.
8. Creación y organización del Fondo Local de Salud.
9. Organización y puesta en funcionamiento de un Sistema Básico de Información.

Con la expedición de la resolución de certificación, se debían formalizar las respectivas actas de entrega efectiva del recurso humano, físico y financiero que iban a ser administrados por el municipio.

La acreditación documental de los anteriores requisitos no garantizaba que el municipio estuviese preparado para el manejo de la salud en su territorio, le permitía organizarse e iniciar un proceso de desarrollo institucional en el ámbito de la Dirección Local de Salud y de su Institución Prestadora de Servicios de Salud. Lo anterior, en parte se debe a que antes del proceso de descentralización, la salud en los municipios venía siendo manejada por los departamentos a través de los Hospitales Regionales, lo que no permitió un manejo del sector por parte de las administraciones municipales. De ahí, la importancia que tiene la asesoría y asistencia técnica que los departamentos le brinden a los municipios para que puedan asumir de manera efectiva y eficiente la salud en su municipio.

En cuanto a los procesos de participación social, el Decreto 1757 reglamentario de la Ley 60, por medio del cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud, permite a las personas naturales y jurídicas participar en el ámbito ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus deberes y derechos en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud, así:

- En el ámbito social, la participación es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.
- En el ámbito ciudadano, funcionará en las Direcciones del Sistema General de Seguridad Social en salud el servicio de atención a la comunidad, con el fin de canalizar y resolver las inquietudes en salud de los ciudadanos. Así mismo el sistema de atención e información al usuario en las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas.
- En el ámbito comunitario, funcionarán los Comités de Participación Comunitaria como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el

Estado, para intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y control del gasto en su jurisdicción respectiva.

La definición de las competencias en las normas antes mencionadas, no permitió suficiente claridad y especificidad en las entidades territoriales. Las competencias asignadas por la Ley 60 de 1993 a departamentos y municipios se traslapan produciendo colisión de competencias y poca claridad en los mecanismos de responsabilidad y rendición de cuentas, además, sectorialmente se siguieron diferentes lógicas para la asignación de competencias que no concuerdan con el objetivo principal de la descentralización, que es el de otorgar una mayor autonomía local. Adicional a esto, no se tuvo en cuenta las capacidades diferenciales de las entidades territoriales, las fluctuaciones e inestabilidad de los recursos y las dificultades en el proceso de inspección, vigilancia y control; sobre éste último aspecto, es necesario señalar que debido a la duplicidad de funciones sobre la materia tanto en el nivel nacional como territorial, ha sido en algunos casos imposible el funcionamiento de la vigilancia y el control al funcionamiento del Sistema.

En el ámbito de la oferta de servicios de salud, es importante señalar que con la legislación anterior se presentó una expansión desordenada de la oferta de servicios de salud, se evidenciaron problemas de la red pública, deficiencias en la calidad de la atención lo cual permitió un incremento de los costos fijos de los hospitales públicos asociados al valor de las nóminas.

Esta situación se pretende superar con el Acto Legislativo 01 de 2001 y la Ley 715 del mismo año, con lo cual se quiere hacer del sistema de transferencias intergubernamentales un medio efectivo para la descentralización, entendido este como un proceso irreversible, una política de Estado opuesta a los esquemas centralistas y basado en los principios de autonomía y participación ciudadana. Así mismo, se asignan competencias territoriales de una forma diferenciada en cada nivel territorial permitiendo así un mejor uso de los recursos disponibles para la

inversión social, distribuyendo éstos últimos con criterios de equidad y eficiencia.

2.1. LAS PROPUESTAS DE LOS ACTORES

A partir de la expedición de la ley 100 de 1993, se crearon organizaciones que no existían previamente y se reagruparon otras nuevas figuras institucionales. Se establecieron las entidades promotoras de salud (EPS), las administradoras de régimen subsidiado (ARS), las administradoras de riesgos profesionales (ARP) y las empresas solidarias de salud (ESS).

Otros actores del sistema son las asociaciones de usuarios, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Las empresas Sociales del Estado (ESE) que son IPS de carácter público, los comités de participación de participación comunitaria (COPACOS) y las veedurías ciudadanas.

Hay por supuesto, posturas en desacuerdo entre los diferentes actores del sistema, en especial con relación al papel de los intermediarios; a las relaciones entre el Instituto de Seguros Sociales, las IPS y las demás EPS; al papel de la ARP; a la forma de seleccionar a los beneficiarios el régimen subsidiado y a los servicios que deben ser considerados dentro de los planes obligatorios de salud.

ALGUNOS PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

MODULACION

- Poca claridad y dispersión en las reglas y normas establecidas.
- Incapacidad de los entes de vigilancia y control.
- Consolidación de las iniquidades propias del mercado a partir de la persistencia de la medicina prepagada y los planes complementarios.
- Debilitamiento de las direcciones territoriales de salud y restricción de su papel en la administración de recursos públicos dedicados al Plan de

Atención Básica (PAB)

- Imposibilidad de tener real injerencia en la toma de decisiones públicas relacionadas con la atención en salud, por parte de la comunidad.

FINANCIACION

- Incumplimiento por parte del gobierno de sus compromisos de contribución.
- La cobertura del régimen contributivo es todavía precaria y tiende a estancarse.
- Evasión, elusión y corrupción.

ARTICULACION

- El aumento de los trámites burocráticos de intermediación ha comenzado a constituir un serio obstáculo para acceso a los servicios por parte de la población.
- Progresiva disparidad en las coberturas rural-urbana y entre regiones del país.
- La presión ejercida por las EPS-ARS sobre las IPS para la disminución de costos ha empezado a generar el deterioro de la calidad del servicio.

PRESTACION DE LOS SERVICIOS

- Crisis hospitalaria progresiva
- Demanda de servicios, excesiva e incontrolable, por parte de la población “vinculada”
- Aumento de quejas, demandas y tutelas por los malos servicios, inadecuados procedimientos y violación de derechos.

2.2. PROPÓSITOS Y REALIZACIONES.

En general, los logros alcanzados han estado muy por debajo de los objetivos perseguidos y planes trazados.

Es imprescindible considerar, con “cabeza fría”, dos condiciones que actúan como problemáticas centrales del modelo de aseguramiento actual. El primero tiene que

ver con el hecho de que la viabilidad y estabilidad financiera que existe SGSS dependen, en buen grado, del modelo de desarrollo que asume el país y de los nexos que fabrica con los mercados de capital internacionales y el segundo, con el hecho de que el sistema presupone un mejoramiento significativo y continuo de las condiciones de trabajo y de vida de la población colombiana.

Es necesario agenciar este proceso evaluativo, para ello, se hace necesario generar múltiples escenarios de debate donde, a partir de un esfuerzo colectivo, se esclarezcan las bases para garantizar el derecho que todos tenemos de una íntegra seguridad social, sin entregar nuestro futuro a las manos de unos pocos.

3. JUSTIFICACION

El motivo por el cual se realiza esta monografía es para ejecutar un estudio pormenorizado de los documentos legales que soportan el proceso de descentralización de la salud en el municipio de Oiba en el año 2000, para posteriormente hacer un análisis serio y saber si hubo o no, beneficio para el hospital.

Dicho estudio tendrá como finalidad poder plantear alternativas para el mejoramiento de la atención de salud en dicho municipio, además de tomar decisiones precisas para la implementación de nuevas estrategias que reflejen una cultura de mejoramiento continuo en cada uno de los procesos.

La profundización de este estudio nos indicará el camino a seguir tanto para la identificación como para la solución de los problemas que actualmente truncan el desarrollo de las funciones dentro del hospital; conllevando a la determinación de ventajas y desventajas que se presenten actualmente dentro de la administración. Por otro lado, encontraremos las consecuencias que ha generado el proceso de descentralización en el ámbito de la salud y específicamente en la empresa social del estado Hospital San Rafael del municipio de Oiba; de tal manera que a nivel administrativo se pueda generar una matriz DOFA, con el fin de hallar debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas con las cuales está funcionando el hospital en la actualidad.

Con este estudio encontraremos también las limitaciones existentes para la implementación de las nuevas estrategias que deberán establecer el saneamiento tanto administrativo como financiero que sufre hoy por hoy el hospital; de tal manera que este pueda ser comparado con las otras entidades sociales del estado cercanas a esta situación y pertenecientes a los municipios de Santander.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

IDENTIFICAR EL IMPACTO ECONOMICO Y FINANCIERO QUE PUDIERA OCASIONAR EL INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL DEPARTAMENTO AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CON EL MUNICIPIO DE OIBA.

4.2. ESPECIFICOS.

- Revisar los documentos de proceso de descentralización de la salud en el municipio de Oiba en el año 2000, a fin de confrontar si hubo o no irregularidades de dicho proceso y cuantificar el déficit económico año por año, desde el inicio de dicho proceso.
- Determinar cuál es la realidad actual económica, social y empresarial de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Oiba, seis años después del inicio del proceso.
- Mencionar los mecanismos de protección y participación ciudadana útiles para reclamar el derecho que le corresponde a la empresa social del Estado Hospital San Rafael de Oiba a la luz del convenio interadministrativo que descentraliza los servicios de salud en dicho municipio.
- Aclarar si el proceso de descentralización de la salud en el municipio de Oiba en el año 2000, ha sido el responsable de la actual crisis financiera de la empresa social del Estado Hospital San Rafael.

5. METODOLOGIA

Como se ha definido anteriormente, el propósito de nuestro trabajo es realizar un estudio detallado sobre los documentos que soportan el proceso de descentralización dentro de la empresa social del estado Hospital San Rafael de Oiba. Para lograr nuestro cometido implementaremos la investigación documental; ya que como su nombre lo indica, se realiza apoyándose en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos de cualquier especie. Tomando información basada en la consulta de libros, en artículos o ensayos de revistas y periódicos, como también en documentos que se encuentran en los archivos, como cartas, oficios, circulares, expedientes, etcétera.

En cuanto al tipo de investigación a utilizar se maneja el descriptivo, ya que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos; trabajando sobre las realidades de hechos, que nos conlleve a una interpretación correcta.

La tarea de investigación en este tipo de investigación tiene las siguientes etapas:

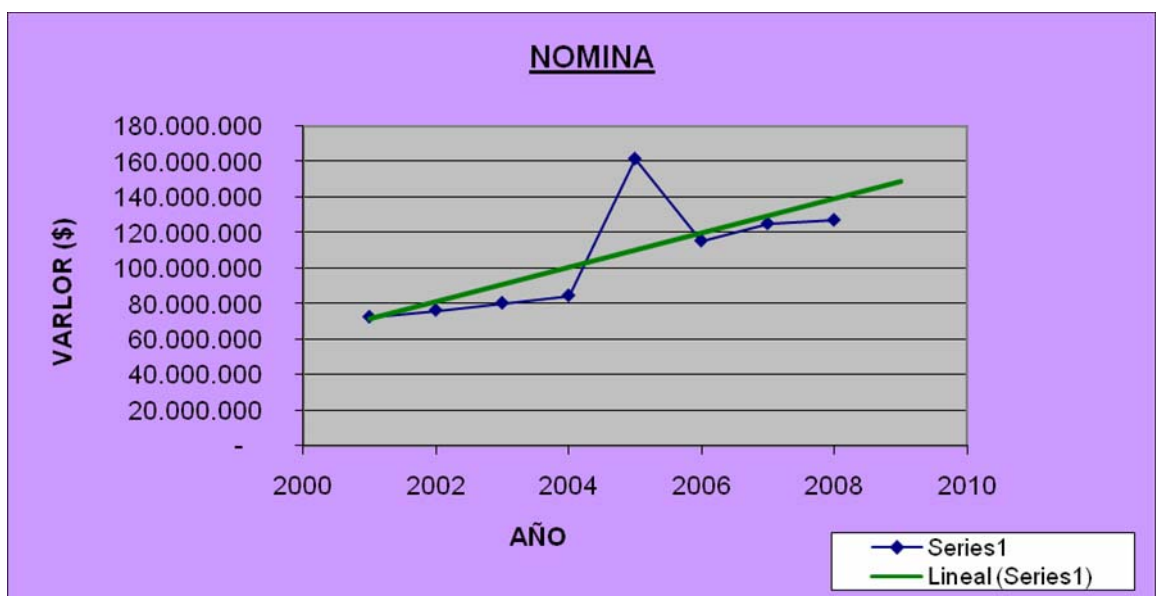
1. Descripción del Problema
2. Definición y Formulación de la Hipótesis
3. Supuestos en que se basa la Hipótesis
4. Marco Teórico
5. Selección de Técnicas de Recolección de Datos
6. Categorías de Datos, a fin de facilitar relaciones
7. Verificación de validez del instrumento
8. Descripción, Análisis e Interpretación de Datos.

6. DESARROLLO

Para el desarrollo de nuestro objetivo, es conveniente presentar el panorama en el cual se encuentra la empresa social del estado Hospital San Rafael de Oiba conforme a tres aspectos importantes: Nomina, pensionados y jubilados dentro de un periodo comprendido desde el 2001 hasta el 2008.

A continuación encontramos los datos de nómina para este periodo de tiempo:

NOMINA							
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
72.648.405	76.472.005	80.496.848	84.733.524	161.872.348	115.667.334	125.342.621	127.314.235



6.1. ANÁLISIS DE NÓMINA:

- El comportamiento de la nómina para el periodo del 2001 al 2008 manifiesta un

comportamiento creciente.

- Para el año 2004, se cubrió el 48% de la deuda anterior.
- A pesar de que el incremento del año 2004 al año 2005 es considerable, para este año, se cubrió el 53% de la deuda anterior.
- Para el año 2006, se cubrió el total de la deuda anterior con un faltante del 2%
- Para los años siguientes 2007 y 2008 la nómina mantiene un comportamiento estable debido a que para estos años, la administración logró cubrir la totalidad de la deuda que adquirió el Hospital San Rafael desde el momento en que inició el proceso de descentralización.
- Para el periodo comprendido entre el 2004 y el 2006, se suprimieron algunos cargos con el fin de poder estabilizar la nómina actual y la deuda anterior.
- Durante este periodo se suprimieron en total 30 cargos discriminados de la siguiente manera: para el 2004, ocho cargos; para el 2005, diez cargos y para el 2006, 12 cargos.
- Los cargos más afectados dentro de este proceso de reducción de nómina para este periodo de tiempo fueron: auxiliares de servicios generales y auxiliares de enfermería. Seguido de estos, cargos técnicos y otros cargos auxiliares para ciertas áreas dentro del Hospital.
- Para estos años, el ahorro de implementación para las políticas de contratación del personal obtuvieron los siguientes porcentajes: Para el año 2004, el 27% equivalente a \$86.237.964; para el año 2005, el 37% equivalente a \$118.352.614 y para el 2006, el 36% equivalente a \$113.737.866

No obstante, no podemos dejar pasar ciertos aspectos de vital importancia como son el comportamiento de los pensionados y jubilados durante este periodo de tiempo y que, además de la nómina se involucran dentro de la carga prestacional que adquirió la empresa social de estado Hospital San Rafael de Oiba en el momento que inició su proceso de descentralización.

A continuación analizaremos el comportamiento de estas dos variables:

PENSIONADOS							
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
28.840.137	30.358.039	31.955.830	33.637.716	76.131.689	101.031.951	106.083.548	112.523.642

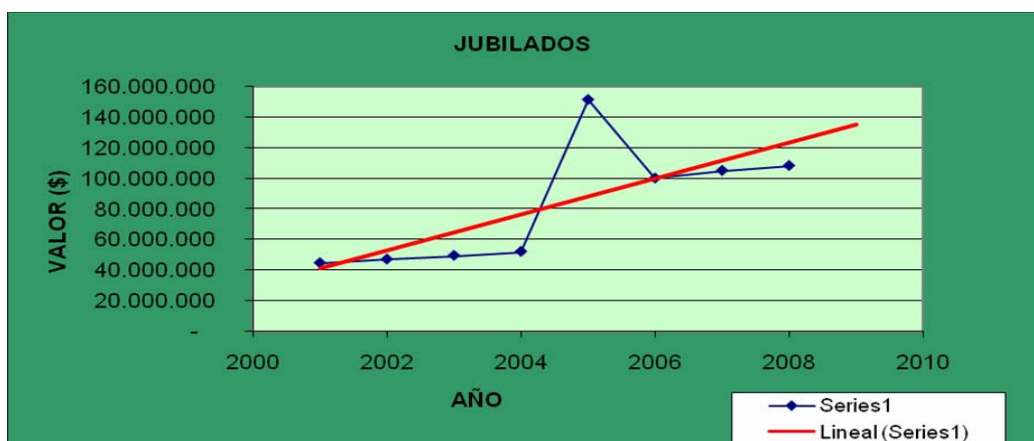


6.2. ANÁLISIS DE PENSIONADOS:

- El comportamiento de los pagos a pensionados para el periodo comprendido del 2001 al 2008 manifiesta una tendencia creciente. Sin embargo durante los primeros 3 años el comportamiento de estos pagos se mantiene en un crecimiento no muy significativo. De igual manera para los siguientes años dichos pagos sí aumentaron considerablemente.
- Para el Año 2004 se realizaron pagos a pensionados por \$33.637.716, incluido un 71% de deuda antigua.
- Durante el año 2005, se giraron a los pensionados \$76.131.689, incluido un 62% de deuda antigua.
- Para el periodo del 2006 al 2008, los pagos a pensionados han aumentado de

manera proporcional al tiempo.

JUBILADOS							
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
44.688.207	47.040.218	49.516.019	52.122.125	151.495.441	100.102.018	105.107.118	108.322.432



6.3. ANÁLISIS DE JUBILADOS:

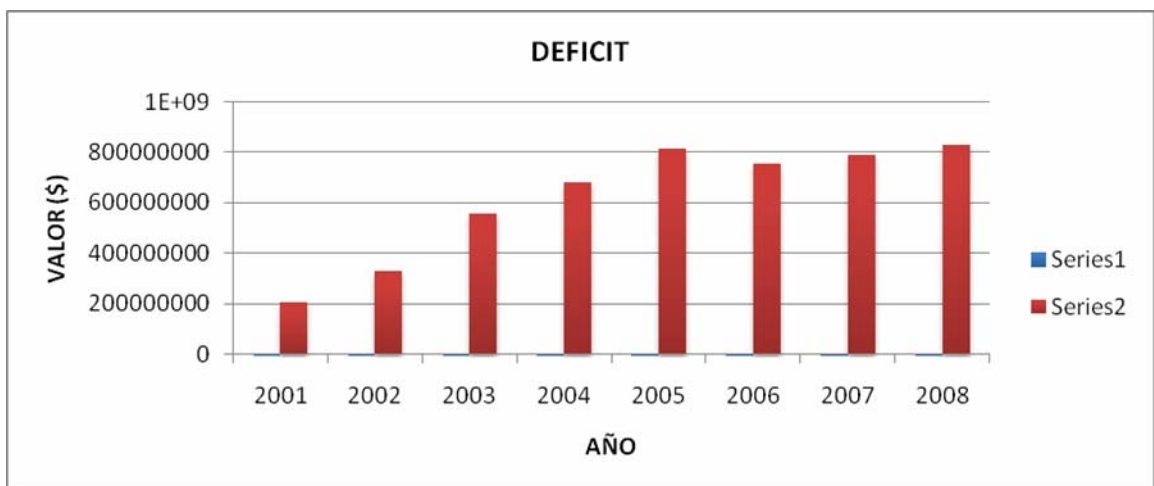
- El comportamiento de los pagos a pensionados para el periodo comprendido del 2001 al 2005 manifiesta una tendencia creciente. Sin embargo durante los últimos 3 años el comportamiento de estos pagos ha decrecido; aunque no de manera muy significativa.
- Para el Año 2004 se realizaron pagos a pensionados por \$52.122.125, incluido un 59% de deuda antigua.
- Durante el año 2005, se giraron a los pensionados \$151.495.441, incluido un 83% de deuda antigua.
- El mayor incremento para esta carga prestacional se dio en el periodo 2004 a 2005 con una diferencia de \$99.373.316.

6.4. DÉFICIT:

Como consecuencia de la falta de liquidez y la acumulación de deudas, la entidad no ha podido saldar todas las obligaciones y el aumento del déficit obedece al movimiento o giro normal de la entidad; gracias a las políticas implementadas dentro de las cuales se destacan: la contratación del personal por intermedio de las cooperativas de trabajo asociado, nos han permitido mantener la prestación del servicio ahorrando una gran suma de dinero, ya que existen muchos factores que afectan la situación actual de la ESE Hospital San Rafael de Oiba. Pero vale la pena resaltar que si bien es cierto nos hemos podido solventar dicho déficit, si hemos mantenido el servicio, el suministro de medicamentos y elementos necesarios para el funcionamiento de la entidad.

A continuación representamos los datos del periodo del 2001 al 2008:

DEFICIT							
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
207.817.000	328.539.654	555.040.044	678.905.326	814.232.196	753.791.306	791.480.871	831.054.915



7. CONCLUSIONES

En la estructura estatal, la organización descentralizada implica transferir cuotas de poder político a organismos públicos determinados, de tal manera que se les confiera determinadas competencias sobre la base de determinado nivel de autonomía. Esta descentralización puede elaborarse con un criterio funcional o, más bien, con un criterio de distribución territorial. De hecho, la organización descentralizada, adecuadamente implementada, puede generar determinados los beneficios.

La existencia de mecanismos de decantamiento de los poderes del Estado permite un adecuado control del poder estatal, en términos específicos de control vertical, a través de la transferencia de poder político. Ahora bien, conforme se transfiere poder, se pasa de un esquema de centralización a otro de descentralización. El descentralizar implica que existen núcleos de autoridad, básicamente en las distintas zonas geográficamente consideradas en un país determinado, que implica una división de poder garantizada por el ordenamiento jurídico. Una organización estatal establecida mediante divisiones geográficas, con autonomía política y administrativa, implica entonces la existencia de una descentralización amplia

Asimismo, la idea de descentralizar implica proporcionar alivio a la dirección estatal central – denominada en general Gobierno Nacional o Gobierno Central -, permite generar mejores decisiones, y adquirir una mayor velocidad para tomar dichas decisiones. En suma, la descentralización, sea ésta política o administrativa, reduce el costo de la toma de decisiones al interior de un Estado. Ello implica, además, la necesidad de una construcción delicada de las competencias que les corresponde a cada uno de los entes que componen la organización.

Por otro lado, la descentralización acerca el poder estatal al particular, proporcionándole mecanismos más eficientes de control político y de acercamiento a los que detentan dicho poder. Mientras más descentralizado se encuentre el poder, le resultará más sencillo al ente descentralizado el conocer las opciones y preferencias que manejan los pobladores sometidos a su jurisdicción. De hecho, los mecanismos de descentralización democratizan el acceso de dichos particulares al Estado en general, puesto que facilitan la realización de mecanismos de participación política propios de la democracia directa.

Es necesario tener claro, sin embargo, hasta donde puede descentralizarse. En primer lugar, existen ciertas ventajas de la propia centralización a tomar en cuenta. Por un lado, ciertas cuestiones especializadas no son susceptibles de ser descentralizadas. Puede darse como resultado un indebido incremento de los costos administrativos: la coordinación administrativa puede ser costosa, haciéndose difícil la toma de decisiones. Por otro lado, la tecnología actual facilita las comunicaciones y el transporte, lo cual genera que ciertas decisiones puedan manejarse de manera central.

La descentralización administrativa de la Salud es un Proceso que en Colombia ha demostrado ser eficiente para las Empresas Sociales del Estado. En el caso de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael, en mi concepto se comete un error, y fue asumir una nomina de jubilados que adquirieron este derecho antes del año 94. Quiere decir que según el Convenio inter-administrativo ESE Y GOBERNACION DE SANTANDER, estos funcionarios serían saneados por la Gobernación y Secretaria de Salud, por todo concepto hasta que el Hospital realizara la asunción de los servicios de la salud del Municipio. Esto ha hecho un impacto negativo en la Institución dado que inicio con una carga prestacional muy elevada de unos funcionarios que por ley debían ser asumidos por el Gobernación.

El déficit de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael es relativamente proporcional al pago de los jubilados por los años que la Empresa los ha tenido en la nomina.

El proceso realizado por el Municipio ignorando la normatividad a la luz del Convenio Inter-Administrativo con el transcurso de los años, demostró que ha generado un impacto negativo en la confianza de los funcionarios debido a la situación financiera de la Empresa, un falta de sentido de pertenencia, incremento de las demandas como mecanismo de recobro de los sueldo adeudados.

La descentralización de la Salud ha generado un impacto negativo en la Gestión Administrativa al no tener recursos económicos suficientes para inversión de infraestructura para tener un Empresa Competitiva que responda a las necesidades de los habitantes de este Municipio de la Provincia Comunera.

Falta de sentido de pertenencia de Honorable Concejo Municipal y de los Alcaldes al no ponerse al frente de esta situación legal y llevarlas a otras estancias que protejan los derechos de la Empresa y solucionen estos problemas de índole legal y no dejarlo como un problema que deba solucionarlo cada Gerente de turno.

8. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que el mayor problema que presenta la empresa social de estado Hospital San Rafael de Oiba después de haber surtido el proceso de descentralización es de no haber tenido un saneamiento total de las deudas, hacemos las siguientes recomendaciones:

- Buscar recursos adicionales para el hospital: Organizar actividades que generen un ingreso adicional y que pueda ser utilizado para amortizar la deuda laboral con vigencias anteriores. Para estas actividades es necesario involucrar al personal y concientizar a este de la dificultad por la cual pasa el hospital. Convencerlo de que si se genera una actividad que genere ingreso extra, los mayores beneficiados serían ellos mismos. Estos recursos adicionales se pueden buscar de:

- ✚ Los ingresos por venta de medicamentos: La Farmacia de la Empresa se encuentra ubicada en el Interior del Hospital, además que no atiende en horas de la noche. Es importante ser competitivo, si otras droguerías del municipio viven de los enfermos que van al Hospital con mayor razón la Empresa debe poner al servicio de la Comunidad la venta de Medicamentos las 24 horas al día.

- ✚ Mejorar los recursos recaudados por concepto de contratación y venta de servicios a las Empresas promotoras de salud, los entes territoriales, las Empresas Solidarias de Salud, otras instituciones prestadoras de servicios de salud y particulares que lo soliciten. Lo anterior buscando otros nichos de mercado, es necesario hacer convenios con otros municipios cuyos servicios no puedan prestar ellos por falta de apoyo tecnológico y presentar una propuesta de contratación de acuerdo al portafolio del Hospital de Oiba, para el ejemplo tenemos venta de Laboratorio Clínico, Promoción y Prevención, Convenios de Transporte de Ambulancia entre otros.

🚦 Los recursos provenientes de la cooperación internacional.

- Implementación de estrategias administrativas: en este campo es necesario revisar los procesos administrativos con los cuales está funcionando el Hospital, y así mismo, desarrollar una mentalidad de mejora continúa en cada uno de ellos. En este punto es vital tener en cuenta que si hablamos que el 90% del déficit de la Institución corresponde a deuda laboral sería importante buscar el trámite de un préstamo a nivel del Ministerio de Protección Social que a largo plazo sea condonable, por la vía de la gestión administrativa.
- Buscar la forma de reducir el tamaño de la nómina por el camino de retiros voluntarios y acuerdos de pago de la deuda laboral.
- Venta de Activos de la Empresa cuyos recursos contribuyan a disminuir el déficit orientando la Empresa hacia una Institución viable que preste servicios de salud con calidad y oportunidad.
- Contratación: Revisar la contratación que actualmente tiene el hospital, con el fin de organizar contratos y poder establecer si la nómina que maneja el Hospital hoy por hoy es totalmente necesaria y cumple eficazmente con los procesos de atención y administración del mismo.
- Autocontrol en el personal: Esta estrategia va totalmente dirigida al personal y consiste en crear en el personal la mentalidad de hacer las cosas bien, debido a que muchas veces los paradigmas o vicios que se generan dentro del personal ocasionan pérdidas de tiempo, de material e insatisfacción en la actividad realizada que finalmente se ve reflejada en un aumento en los costos de los procesos internos del Hospital.

BIBLIOGRAFIA

- Documentos existentes a la Empresa Social de Estado Hospital San Rafael de Oiba.
- Documentos existentes en la secretaría de Salud de Santander
- Dirección Nacional de planeación.
- www.monografias.com
- www.bibliotecavirtual.com
- www.emprendedoresunam.co.mx
- www.unicauca.edu.co
- www.gestiopolis.com
- www.fuac.edu.co
- www.dotec-colombia.org
- www.digital.unal.edu.co
- www.nexosmunicipales.org.co
- www.mineduccion.gov.co
- www.sigob.gov.co