

**DESARROLLO DE LAS TENDENCIAS DE DESCENTRALIZACIÓN EN EL
SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO PERIODO 2003-2005**

**MARCO FIDEL MARINEZ
ATRIZ ROSERO MEJIA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CIESJU
ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO
SAN JUAN DE PASTO
2006**

**DESARROLLO DE LAS TENDENCIAS DE DESCENTRALIZACIÓN EN EL
SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO.
PERIDO 2003-2005**

**MARCO FIDEL MARINEZ
ATRIZ ROSERO MEJIA**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el titulo de
ESPECIALISTA EN DERECHO ADMINISTRATIVO**

**ASESOR:
FREDY MUÑOZ**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CIESJU
ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO
SAN JUAN DE PASTO
2006**

“Las ideas y conclusiones aportadas en la tesis de grado, son responsabilidad exclusiva de sus autores.”

Artículo 1° del acuerdo No. 32 de octubre 11 de 1966, emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación:

Jurado

Jurado

Asesor

San Juan de Pasto, Marzo 2006

DEDICATORIA

**A mi querida madre Esperanza Gaviria
A mi amada mujer Yolita Burbano
Y a mi razón de vivir mi pequeño Nicolás**

Marco

DEDICATORIA

**A Carmen Mejía
Por su apoyo incondicional**

Atriz

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	16
1. ASPECTOS GENERALES	18
1.1 PLANES DE BENEFICIOS	18
1.1.1 El Plan de Atención Básica (PAB).	18
1.1.2 El plan obligatorio de salud del régimen contributivo (POS).	19
1.1.3 El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S).	19
1.1.4 Los Planes de Atención Complementaria (PAC).	19
2. LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD	21
2.1 HISTORIA: DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD	21
2.2 NORMATIVIDAD	22
2.3 OBJETIVOS	25
3. APLICACIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO	27
3.1 POLÍTICAS DEFINIDAS	27
3.2 PRESUPUESTO	28
3.3 ASEGURAMIENTO	32
3.3.1 Afiliación.	32
3.3.2 Cobertura y Atención a la población pobre y vulnerable del departamento de Nariño y de los eventos No Pos.	36
3.4 SERVICIOS	41
3.5 SALUD PÚBLICA	44

4. CONCLUSIONES	45
5. RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	50

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Ejecución de ingresos con corte a diciembre de 2004 y 2005	30
Cuadro 2. Ejecución de gastos con corte a diciembre de 2004 y 2005	31
Cuadro 3. Aseguramiento de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Departamento de Nariño	33
Cuadro 4. Aseguramiento de población afiliada al sistema General de Seguridad social en el Departamento de Nariño para el año 2005	34
Cuadro 5. Ampliación de cobertura régimen subsidiado departamento de Nariño años 2004-2005	37
Cuadro 6. Distribución de recursos de oferta para la atención de población pobre y vulnerable años: 2003, 2004, 2005	39
Cuadro 7. Red departamental de I.P.S Públicas I.P.S. Primer Nivel	42
Cuadro 8. Red departamental de I.P.S Públicas I.P.S. Segundo Nivel	42
Cuadro 9. Red departamental de I.P.S Públicas I.P.S. Tercer Nivel	42

RESUMEN

La descentralización del sector salud en el Departamento de Nariño, específicamente en el periodo comprendido entre los años 2.003 y 2.005, evidencia la aplicación de las leyes 10 de 1.990, 60 de 1.993, 100 de 1.993 y 715 del 2001, en la asignación de recursos y competencias las cuales pretenden una mejor organización en la prestación de los servicios de salud.

De acuerdo al informe de gestión rendido en el mes de enero de 2006, por el IDSN, se demuestra que la aplicación de las políticas fijadas para mejorar las condiciones de acceso de la población pobre y vulnerable al sistema de salud, en el Departamento ha incluido ampliaciones de cobertura para la afiliación a régimen subsidiado logrando un total de 38.827 nuevos cupos, por un valor de \$3.948.473.267, los cuales fueron cofinanciadas por el Ministerio de La Protección Social y los Municipios.

Con esta nueva ampliación de cobertura y frente a la meta establecida en el plan de desarrollo de 200.000 nuevos cupos para el cuatrienio 2.004 - 2.007 logrando hasta el momento un 80.76% de cumplimiento. En los años 2.003, 2.004 y 2.005 la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado en el Departamento de Nariño. Los resultados en la distribución de recursos de oferta para la atención de la población pobre y vulnerable pasó de transferir por rentas cedidas de 11.000 millones en el año 2.003 a 12.241 millones en el 2004 y a 14.196 millones en el 2005.

La contratación con la red de prestadores de servicios, para el año 2.003 fue de \$41.361.340.573, la cual para el año 2005 ascendió a \$56.550.901.553.00, suma que ha permitido garantizar la sostenibilidad financiera de estas entidades; cabe aclarar que los recursos provenientes del subsidio a la demanda (población vinculada), son los que se destinan para el pago de los contratos, sin embargo en la mayoría de entidades públicas como el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. en los últimos tres años ha sumido un alto costo como aporte al gasto social; en razón de que el IDSN, ha dejado de cancelar en este periodo más de \$12.000.0000.000

La descentralización en general ha mejorado la prestación de servicios, el manejo de recursos, la inversión en zonas rurales y en población pobre. En ese orden de ideas, avanzar en la perspectiva de una descentralización para mejorar la calidad de vida y disminuir las desigualdades, requiere la plena vigencia en la práctica del estado social de derecho que inspiró la Constitución del 91, como garante de los derechos sociales económicos y culturales inherentes a las sociedades modernas, y el cual supone más allá de las declaraciones formales, modificaciones estructurales en aspectos tan sensibles como la concentración de la riqueza, la justicia distributiva y

un debate nacional informado y pluralista al modelo de desarrollo, pues si bien no es viable el antiguo Estado de Bienestar De hecho los recientes fallos de la Corte Constitucional, evidencian la tensión entre las políticas gubernamentales y los intereses y expectativas de la mayoría de la población.

ABSTRACT

The decentralization of the sector health in the Department of Nariño, specifically in the period understood among the years 2.003 and 2.005, it evidences the application of the laws 10 of 1.990, 60 of 1.993, 100 of 1.993 and 715 of the 2001, in the assignment of resources and competitions which seek a better organization in the benefit of the services of health.

According to the fatigued administration report in the month of January of 2006, for the IDSN, it is demonstrated that the application of the politicians fixed to improve the access conditions from the poor and vulnerable population to the system of health, in the Department has included covering amplifications for the affiliation to subsidized régime achieving a total of 38.827 new shares, for a value of \$3.948.473.267, which were cofinanced by the Ministry of The Social Protection and the Municipalities.

With this new covering amplification and in front of the goal settled down in the plan of development of 200.000 new shares for the cuatrienio 2.004 - 2.007 achieving until the moment 80.76 execution%. In the years 2.003, 2.004 and 2.005 the covering amplification in the régime subsidized in the Department of Nariño. The results in the distribution of offer resources for the poor and vulnerable population's attention passed of transferring for given rents of 11.000 millions in the year 2.003 to 12.241 millions in the 2004 and to 14.196 millions in the 2005.

The recruiting with the net of lenders of services, for the year 2.003 were of \$41.361.340.573, which for the year 2005 ascended at \$56.550.901.553.00, adds that has allowed to guarantee the financial sostenibilidad of these entities; it is necessary to clarify that the resources coming from the subsidy to the demand (linked population), they are however those that are dedicated for the payment of the contracts, in most of public entities as the Departmental University Hospital of Nariño E.S.E. in the last three years he/she has sunk a high cost like contribution to the social expense; in reason that the IDSN, he/she has stopped to cancel in this period more than \$12.000.0000.000

The decentralization in general has improved the benefit of services, the handling of resources, the investment in rural areas and in poor population. In that order of ideas, to advance in the perspective of a decentralization to improve the quality of life and to diminish the inequalities, it requires the full validity in the practice of the social state of right that inspired the Constitution of the 91, as guarantor from the inherent economic and cultural social rights to the modern societies, and which supposes beyond the formal declarations, structural modifications in aspects so sensitive as the concentration of the wealth, the distributive justice and an informed

and pluralistic national debate to the development pattern, because although it is not viable the old State of Well-being in fact the recent shortcomings of the Constitutional Court, evidence the tension between the government politicians and the interests and expectations of most of the population.

INTRODUCCION

El presente trabajo intenta un balance sobre el alcance y la orientación en la práctica de los procesos de descentralización sectorial y participación social en salud en el departamento de Nariño.

Pese a su carácter preliminar y a los matices, la evaluación evidencia los principales elementos de la descentralización como son las políticas definidas, el presupuesto, aseguramiento, servicios, cobertura y el plan de atención básica, en el periodo comprendido entre el año 2.003 y 2.005.

En Colombia hasta finales de la década de los ochenta e inicios de los noventa se presentaba un modelo de administración centralizado, incluyendo por supuesto el sector salud. Dicho modelo permitía que las políticas, la planeación, la toma de decisiones, la distribución de los recursos se realice en la capital de la república y capitales de los departamentos.

La baja calidad en los servicios ofrecidos, la escasa cobertura de los mismos, la inequidad en la entrega de las atenciones y la ineficiencia en la utilización de los recursos, especialmente del sector oficial, generaron la necesidad de cambiar el tipo de sistema de salud hacia un esquema descentralizado en el cual se brindara un “verdadero aseguramiento”.

Por lo anterior, se promulgaron las leyes de distribución de Competencias y Recursos (Ley 10 de 1990 y 60 de 1993) y del Sistema de Seguridad Social (Ley 100/93), y posteriormente la Ley 715 de 2001, es evidente que la implementación de esta normatividad ha sido lenta, generado nuevos problemas que es necesario atender.

Del Sistema asistencial que caracterizaba al Sistema Nacional de Salud, se pasó a garantizar la prestación de servicios a través del aseguramiento universal de la población al Sistema de Seguridad Social en Salud (SSSS). El aseguramiento garantiza la prestación de planes con servicios estándares, el desarrollo de instrumentos para mejorar la calidad en los servicios ofrecidos y el logro de una completa descentralización.

El modelo actual se concibió para lograr la cobertura universal por medio de dos alternativas que toman en cuenta como criterio fundamental la capacidad económica de los usuarios para costearse los beneficios: el régimen subsidiado dirigido a las personas sin capacidad de pago y el régimen contributivo dirigido a las personas que sí la tienen.

La creación del Régimen Subsidiado (RS), refleja uno de los principales cambios en la estructura del sistema de salud; dicho cambio consiste en el paso del subsidio vía oferta, al subsidio vía demanda. Esto significa un cambio en el sujeto receptor de los recursos: se pasa de entregar los recursos a las instituciones que prestan los servicios a “otorgar” el subsidio a la población a través del aseguramiento de la prestación de una cantidad de servicios anuales estandarizados.

Los fines de la normatividad señalada buscan garantizar el acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, consecuentemente se incrementaría una mayor la cobertura de servicios de salud que permitiera mejorar la calidad de vida de la población y una mayor participación ciudadana en la planeación, vigilancia y control en los entes territoriales.

Las bases de eficiencia en la utilización de los recursos y en la calidad en la prestación de los servicios, constituyen las herramientas para asegurar la universalidad en la cobertura, es necesario aumentar y distribuir equitativamente los recursos del sistema, incrementar las contribuciones individuales de los trabajadores y patronos, como también las provenientes de los aportes fiscales. Puede afirmarse entonces que la descentralización en salud es una constante, lo que sin duda, va a generar reacciones y efectos distintos entre los actores, por lo que habrá que estar atentos y seguir de cerca su desarrollo, de manera tal que la reforma se pueda conducir acertadamente y obtener sus propósitos de universalidad en la cobertura, equidad en la distribución de los recursos y eficiencia y calidad en la prestación de los servicios para todos los colombianos.

1. ASPECTOS GENERALES

El acceso al servicio de salud, esta consagrado en la Constitución Política de 1.991, en el artículo 49 el cual establece que:

Artículo 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad¹.

En desarrollo del artículo mencionado y los tratados internacionales, el acceso a la salud, se ha establecido como un servicio público esencial, en el que se definen planes de beneficios.

1.1 PLANES DE BENEFICIOS

1.1.1 El Plan de Atención Básica (PAB). Es de carácter obligatorio y gratuito para todos los integrantes del territorio nacional; lo presta el Estado y sus entidades territoriales o particulares mediante contrato con el Estado. Con la aplicación del PAB, se busca la PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, a través del fomento de la salud,

¹ COLOMBIA. Constitución política de Colombia DE 1991. Santa Fe de Bogotá : Imprenta Nacional, 1991. Art. 49.

complementación nutricional, planificación familiar y la desparasitación escolar, el control de vectores, las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria, la vigilancia epidemiológica y el control intersectorial de los factores de riesgo para la salud. Su financiamiento se lleva a cabo con recursos fiscales del Gobierno Nacional y se complementa con recursos de las Direcciones Territoriales.

1.1.2 El plan obligatorio de salud del régimen contributivo (POS).

Es el conjunto básico de servicios de atención a la salud al que tiene derecho todo afiliado al régimen contributivo y están obligadas a garantizar las distintas EPS. Contiene las actividades, procedimientos e intervenciones de prevención y promoción de la salud, diagnóstico tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en los diferentes niveles de complejidad, así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

1.1.3 El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S).

El régimen subsidiado cubre a la población de bajos ingresos que no está en capacidad de afiliarse al Régimen Contributivo; constituye un paquete básico de servicios dirigido al combate de las enfermedades transmisibles y a la atención materna infantil. El POS-S excluye transitoriamente algunos de los beneficios previstos en el régimen contributivo. No obstante, los asegurados pueden acceder a dichos servicios con cargo a los subsidios de oferta que aún reciben las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. Esta medida se estableció con el propósito de universalizar en el corto plazo el acceso a un paquete básico de servicios dirigido al combate de las enfermedades transmisibles y a la atención materno infantil. El POS-S excluye transitoriamente algunos de los beneficios previstos en el régimen contributivo. No obstante, los asegurados pueden acceder a dichos servicios con cargo a los subsidios de oferta que aún reciben las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. Esta medida se estableció con el propósito de universalizar en el corto plazo el acceso a un paquete básico de servicios dirigido al combate de las enfermedades transmisibles y a la atención materno infantil.

1.1.4 Los Planes de Atención Complementaria (PAC).

Son contratados a voluntad del usuario y se financian con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. Los PAC incluyen, además, a los planes de medicina prepagada y a las pólizas de salud, y ofrecen condiciones opcionales de alojamiento en los hospitales o clínicas contratadas por la EPS.

El acceso a la salud ha generado un gran desarrollo jurisprudencial, convirtiéndolo en un derecho fundamental por conexidad, cuyo objeto es la protección efectiva a este derecho, no obstante lo anterior, la balanza entre lo justo y lo económico evidentemente se inclina sobre el racionamiento de los recursos obedeciendo a las políticas impartidas por el FMI. La reforma a dicho régimen se constituyó en una de las opciones de la política de racionalización del gasto público y del equilibrio fiscal, propiciadas por el Fondo Monetario Internacional, en la perspectiva de globalizar las condiciones de estabilidad macroeconómica requeridas para el libre flujo de capitales y de mercancías que demanda el actual orden capitalista².

Así las cosas, el reconocimiento a derechos individuales y racionamiento de los servicios de salud, han producido un debilitamiento al sistema general de seguridad social en salud. Situación preocupante en la medida en que el gasto en salud aumenta en forma desproporcionada a los recursos disponibles.

² ESTRADA, Jairo. Un nuevo orden Constitucional. Bogotá : Aurota, 20004. p. 83.

2. LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

2.1 HISTORIA: DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

Las políticas de descentralización apuntan a la reducción del gasto público, destinado a salud, y la implementación de un mayor número de competencias. El modelo que sirvió de base a las concepciones en que se basó el discurso neoliberal en salud fue el de la competencia administrada o managed competition desarrollado en Estados Unidos a partir de los años 70.

Hasta mediados de la década de los noventa, el modelo de salud que imperaba en Colombia fue el asistencialista, es decir los recursos económicos llegaban a los centros hospitalarios de las principales ciudades del país para la atención de las personas pobres. Durante décadas se construyeron centros de salud (o más bien de enfermedad) dedicados a curar enfermedades de tan solo la población que podía tener acceso a los servicios de salud, es decir aproximadamente un 20% de la población colombiana a inicios de los años 90.

El antiguo Sistema Nacional de Salud, estructura encargada de prestar servicios asistenciales a la población hasta finales de 1993, estaba conformado por 3 subsistemas: 1) el subsistema de la seguridad social, 2) el subsistema privado y 3) el subsistema oficial. Los dos primeros se

Encargaban de prestar servicios a aquellas personas con capacidad de pago bien sea a través de las cotizaciones compartidas con sus empleadores o por medio de la cancelación de los costos directos de la utilización de los servicios. En dicho sector, existía un gran asegurador para los trabajadores del sector privado (el Instituto de Seguros Sociales, ISS), uno para el sector público (Caja Nacional de Previsión, CAJANAL) y una serie de pequeños aseguradores para entidades públicas de niveles inferiores al nacional; estos aseguradores se caracterizaban por tener poblaciones cautivas, pues los empleados no tenían opción de escoger entre diferentes aseguradores. El subsistema oficial, por su parte, era dirigido y operado por el estado a través de hospitales, centros y puestos de salud de su propiedad, entregando servicios al conjunto de la población sin capacidad de pago, bajo el esquema de asistencia pública que se destacaban los hospitales privados, la naciente Medicina Prepagada y los Seguros de Indemnización en Salud. Estos tres subsistemas actuaban en forma separada, totalmente desarticulada y en muchos casos generando superposición y aún duplicación de acciones.

En este modelo centralizado las políticas y normas, la planeación, la toma de decisiones, la distribución de los recursos se realiza en la Capital de la República y capitales de los departamentos; los recursos son distribuidos a las ciudades que

posean hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad, dejando bastos sectores de la población sin cobertura en servicios de salud (80%).

De conformidad con la nueva ley de Seguridad Social, en la administración y financiación de los servicios de salud prestados directamente por el Estado a nivel territorial, se produce un cambio sustancial en la forma como se les entregaban los recursos a los hospitales públicos, asignados tradicionalmente mediante presupuestos históricos denominados “**subsidios a la oferta**”, no relacionados con el tipo y cantidad de pacientes atendidos ni con el volumen y calidad de los servicios producidos. En adelante a los hospitales públicos, que deberán convertirse en entidades autónomas eficientes denominadas Empresas Sociales del Estado, les serán eliminados gradualmente los “subsidijs de oferta” mediante un proceso de transición, ajustado a las condiciones de gestión interna, al mercado donde operan y al tipo de servicios prestados, para ser substituidos por recursos provenientes de la contratación con las E.P.S.

2.2 NORMATIVIDAD

Las leyes expedidas en el transcurso de la descentralización en salud se han desarrollado definiendo competencias y recursos para la prestación de servicios de salud.

Entre las primeras se encuentran las leyes 11 y 12 de 1987 y Decreto 77 de 1987 para la municipalización de los servicios de salud.

La Ley 10 de 1990 y más adelante en desarrollo de la Constitución de 1991, la Ley 60 de 1993 y La Ley 100 de 1993, constituyen las bases jurídicas del proceso de descentralización en salud.

La Ley 10 de 1990: esta ley, básicamente delimitaba las competencias y responsabilidades a nivel nacional y territorial de la nación, los departamentos y municipios, en cuanto al manejo de la salud, norma que fue insuficiente al no asignar claramente a los entes territoriales, los recursos necesarios para el cumplimiento de sus nuevas obligaciones, lo que significó un pobre desarrollo de su aplicación, por cuanto la responsabilidad de la prestación de servicios de salud de menor complejidad (primer nivel de atención), la promoción de la participación social en salud (Decreto 1416 de 1990) y la creación de estructuras locales mínimas para planear y administrar los servicios en su área de influencia a través de a la Dirección Local de Salud y Planes Locales de Salud y para manejar los recursos Fondo Local de Salud, fue escasa.

La expedición de la Ley 60 de 1993: permite definir criterios de equidad y de gasto para la asignación e inversión de recursos públicos, los cuales incorporando el espíritu constitucional del “gasto social prioritario” también aumentaron considerablemente. Se concretaron de manera precisa los recursos que debían

ser asignados a los territorios, con los que pudieran asumir de manera efectiva las responsabilidades.

La finalidad de las normas señaladas es clara la definición de responsabilidades por niveles de gobierno y mecanismos de articulación entre niveles territoriales buscando equilibrar funciones y recursos y aprovechar las ventajas comparativas. Argumentado la aplicación de los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia y la prestación de servicios de mayor complejidad por niveles de atención a cargo de los departamentos.

La Ley 100 de 1993: Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el aseguramiento como eje y en correspondencia con un modelo de competencia regulada, incluir el mercado, abierto a la participación de todos los sectores público y privado, estimulando paulatinamente el establecimiento gradual de un seguro social universal, con el que se financie la prestación de servicios a toda la población.

El fin primordial es alcanzar mediante la creación de las denominadas Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.), encargadas de efectuar el aseguramiento y organizar y administrar la prestación del plan de beneficios igual para todos, que se denomina el Plan Obligatorio de Salud , P.O.S. El valor del P.O.S., también regulado en su precio y conocido como la U.P.C – Unidad de Pago por Capitación, equivalente a una prima de seguros ajustada por riesgo, será financiado conjuntamente entre trabajadores, patronos y el Estado, con una contribución porcentual del ingreso de aquellas personas con capacidad de pago, como también con la utilización de aportes fiscales destinados a subsidiar la UPC para la afiliación de los más pobres. Las EPS recibirán una UPC o prima ajustada por riesgo por cada afiliado destinada a financiar la prestación de servicios. Este mecanismo se denomina en la nueva ley los “**subsidios de demanda**” y Las Instituciones Prestadoras de Servicios (I.P.S.).

Otro punto importante en el desarrollo de la Ley es la diferenciación entre las funciones de dirección y prestación de servicios, separándolas de las de aseguramiento, y en esa perspectiva definió nuevas competencias para el Ministerio de Salud y las entidades territoriales. Asignó al Estado un papel regulador, creó los consejos de Seguridad Social: Nacional (organismo decisorio y máximo rector del Sistema) y Territoriales (departamentales y municipales) con carácter asesor. Estas transformaciones generaron nuevos mecanismos de participación en salud.

La mayor parte de los recursos del Sistema serán administrados y distribuidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía, entidad adscrita al Ministerio de Salud, para su operación la existencia de un Régimen Contributivo para aquellas personas con capacidad de pago, quienes deben aportar un porcentaje de sus ingresos (12%), los que para el caso de los aportantes de mayores ingresos, deben generar

excedentes que serían destinados a completar los recursos necesarios para la afiliación a este régimen, de aquellos cuyo aporte es insuficiente para pagar las UPCs; mecanismo que en la nueva ley se denomina la **compensación**.

El Régimen Subsidiado se financia principalmente con aportes fiscales.

Ley 715 del 2001: con la expedición de esta ley se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias las cuales pretenden una mejor organización en la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Entre las nuevas competencias en salud de los departamentos, están establecidas en el artículo 43:

*Artículo 43. **Competencias de los departamentos en salud.** ... Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia³.*

Las principales funciones asignadas son:

- **Las de dirección del sector salud:** en el ámbito departamental entre ellas la formulación de planes, programas y proyectos para desarrollar el sector salud de cada departamento. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, las normas que formule el gobierno nacional; prestar asistencia técnica a los municipios, supervisar y controlar el recaudo de recursos propios y los cedidos por la nación, Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y norma que dicte El Ministerio de Salud; Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

- **Las de prestación de servicios de salud:** se encuentran entre otras las siguientes: Gestionar y financiar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Organizar, dirigir, coordinar, registrar, financiar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento. Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles,

³ COLOMBIA. Constitución Política de 1991, Op.cit., Art. 43.

dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

- **Las de Salud Pública:** están las de Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación. Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento. Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas. Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4^a, 5^a y 6^a de su jurisdicción. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.

- **Las de Aseguramiento:** De la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se destaca también la competencia asignada a los departamentos en Vigilancia y Control en el aseguramiento: "*Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.*"

2.3 OBJETIVOS

- ✍ Integrar los recursos de la participación de los municipios en los ICN (40%), del Situado Fiscal (51%) y del Fondo de Compensación educativa (9%).

- ✍ Brindar el acceso a los servicios de salud (Régimen Subsidiado) para quienes no tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

- ✍ La cobertura universal y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

- ✍ Buscar un sistema más equitativo tanto en el financiamiento como en la prestación de los servicios de salud.
- ✍ Introducir y Regular la competencia entre aseguradores para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos.
- ✍ Asignar competencias y recursos para la prestación de servicios de salud a los entes territoriales.

3. APLICACIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

3.1 POLÍTICAS DEFINIDAS

El principal objetivo del Instituto Departamental de Salud de Nariño, es el de Mejorar las condiciones de salud de la población del Departamento; garantizando el acceso al sistema, desarrollando acciones de promoción y prevención, fortaleciendo la oferta de servicios, fomentando la participación y control social y vigilando el sistema durante el cuatrienio 2004-2007, bajo los principios de equidad, transparencia, eficacia, celeridad y economía. (Plan estratégico Institucional 2.004-2.007)

Así las cosas, El Instituto Departamental de Salud de Nariño tiene como política la cual esta consignada en su misión institucional de:

Dirigir, coordinar, vigilar y controlar el sector salud y el Sistema de seguridad social en salud en el departamento de Nariño, en el marco de los principios señalados.

Es así que Fija las políticas en salud pública y prestación de servicios de salud y formula planes programas y proyectos para el desarrollo del sector y el sistema general de seguridad social en salud. Formula y ejecuta el PAB. Dirige el sistema de vigilancia de salud pública. Dirige, organiza y coordina la red pública de prestadores de servicios de salud y adopta, implementa y coordina el sistema integral de información en salud Vigila y controla el cumplimiento de la normatividad vigente por parte de los actores del sector.

Igualmente asesora y da asistencia técnica a los municipios e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. Gestionando además los servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y ejecuta acciones para la atención en salud de los grupos poblacionales especiales de acuerdo a lo que determine la ley.

La gestión de la entidad va dirigida al Fortalecimiento de las direcciones locales de salud, aumento de cobertura en afiliación al sistema, fortalecimiento de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia de a salud publica, reorganización de la red pública de hospitales, atención a la población pobre y vulnerable del Departamento de Nariño y de los eventos NO POS.

3.2 PRESUPUESTO

Con la expedición de la Ley 715 de 2001, por la cual se dictaron las normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación del servicio de salud, entre otros.

La presente ley, integra los recursos de la participación de los municipios en los ICN (40%), del Situado Fiscal (51%) y del Fondo de Compensación educativa (9%), convirtiéndolos en una sola bolsa el SGP (sistema General de Participaciones).

El SGP separa los recursos de cada sector, calculando cada uno en forma independiente para cada municipio y por ello llegarán por separado con destinación específica, y no podrán hacer unidad de caja entre ellos, ni con otros recursos municipales.

Los elementos principales del presupuesto destinado a la salud del departamento de Nariño, son la administración financiera y el flujo de recursos para la atención de la población pobre y vulnerable, población vinculada y seguimiento al pago de recursos del Régimen Subsidiado, el Plan de Atención Básica, y la complementariedad de las cuales el IDSN recibe 3.000.000.000.

La financiación del SGP constituido por los montos que transfiere la nación por mandato de los artículos 356 y 357 de la constitución política, se distribuyen los recursos entre estas entidades territoriales, tomando el monto total de los recursos para este componente, dividiéndolo por la población pobre por atender nacional ajustada por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. El valor per cápita así resultante, se multiplicará por la población pobre por atender de cada municipio, corregimiento departamental o distrito ajustada por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. La población atendida para los efectos del presente cálculo, será la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución.

A cada departamento le corresponderá el 59% de los montos resultantes de efectuar los cálculos anteriormente descritos de los municipios y corregimientos departamentales de su jurisdicción, los cuales deberán destinarse para garantizar la atención en salud de los servicios diferentes a los de primer nivel de complejidad, con los mismos criterios que la Nación aplica en la distribución para este componente. El 41% restante se deberá destinar a financiar la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los municipios y corregimientos de los respectivos departamentos.

Los recursos de salud se distribuyen en tres grandes bolsas:

- ? Régimen Subsidiado.
- ? Salud Pública.
- ? Atención Vinculados.

Los municipios de 4a, 5a y 6a categoría podrán utilizar el 28% de los recursos que reciban para propósitos generales para libre inversión o administración, siempre cumpliendo con lo ordenado por la Ley 617 del 2000.

Del total del recursos para vinculados el 41% se destinará a I Nivel de atención, y se girarán directamente a los municipios certificados y que habían asumido la prestación de estos servicios desde julio del 2.001 y a los Departamentos en los otros casos.

Los indicadores a tener en cuenta para la distribución de los recursos de salud pública serán:

- ? Número de Afiliados al Régimen Subsidiado.
- ? Cobertura Régimen Subsidiado frente al NBI municipal, con prioridad para la asignación de recursos a los de menor cobertura.
- ? Población por atender.
- ? Población susceptible de vacunación.
- ? Población total del municipio, ajustado por Riesgos de Salud Pública definidos por el Ministerio de Salud.

En el Departamento de Nariño, según informe de la Subdirección Administrativa y Financiera del Instituto Departamental de Salud, este fue el presupuesto de ingresos y gastos para el año 2004 y 2005. (Ver cuadros 1 y 2).

Cuadro 1. Ejecución de ingresos con corte a diciembre de 2004 y 2005

CONCEPTO DEL INGRESO	APROPIACION	CUMPLIM.	APROPIACION	CUMPLIM.
	2004	% 2004	2005	% 2005
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES				
Oferta prestación de servicios	31.520.828.006	100,00	30.783.475.397	100,00
Oferta Aportes Patronales	5.924.141.000	100,00	5.938.803.000	100,00
Salud Pública	5.938.779.301	100,00	5.944.584.105	99,99
SUBTOTAL	43.383.748.307	100,00	42.666.862.502	100,00
PROGRAMAS NACIONALES				
Control de Vectores	2.223.096.665	100,00	2.691.715.879	100,00
Otros aportes programas nacionales	1.061.874.624	49,18	5.264.106.761	90,65
SUBTOTAL	3.284.971.289	83,57	7.955.822.640	93,81
RECURSOS DE COFINANCIACION			1.070.000.000	100,00
SUBTOTAL			1.070.000.000	100,00
RENTAS CEDIDAS				
Licores	13.174.088.630	126,64	14.306.593.537	108,10
Cerveza	2.747.263.759	112,39	3.637.696.963	93,75
Loterías (Incluye rifas menores 2004)	3.068.747.488	91,13	3.103.168.722	104,85
Registro y Anotación	632.960.191	107,67	736.033.786	94,37
SUBTOTAL	19.623.060.068	118,48	21.783.493.008	104,78
VENTA DE SERVICIOS				
Servicios de Salud	825.028.457	79,70	940.991.627	59,08
Venta de otros bienes y servicios	323.258.776	55,92	166.905.798	105,66
SUBTOTAL	1.148.287.233	73,01	1.107.897.425	66,10
RECURSOS DE CAPITAL				
Rendimientos Financieros	720.571.605	122,01	882.185.913	101,64
Recursos de Balance	8.613.568.572	100,00	11.896.787.247	100,00
SUBTOTAL	9.334.140.177	101,70	12.778.973.160	100,11
TOTAL DE INGRESOS	76.774.207.074	103,82	87.363.048.735	100,21

Fuente IDSN

Cuadro 2. Ejecución de gastos con corte a diciembre de 2004 y 2005

CONCEPTO DEL GASTO	APROPIACION	%	EJECUTADO DICIEMBRE	%	APROPIACION
	2004		2004		2005
FUNCIONAMIENTO					
Gastos de Personal	3.819.407.614	47,95	3.236.006.891	56,06	6.438.794.595
Insumos y Suministros Hospitalarios	205.567.779	2,58	111.582.792	1,93	91.113.472
Gastos Generales	1.971.198.975	24,75	1.431.855.993	24,80	3.894.304.057
Transferencias Corrientes	1.968.766.481	24,72	993.377.305	17,21	1.112.532.669
SUBTOTAL	7.964.940.849	100	5.772.822.981	100	11.536.744.793
INVERSION					
Subsidio a la Oferta	53.584.279.620	75,43	53.215.312.326	82,26	56.133.051.898
Salud Pública	7.903.858.787	11,13	5.814.076.829	8,99	8.695.494.547
Régimen Subsidiado	690.757.141	0,97	616.443.608	0,95	1.661.481.256
Fortalecimiento Institucional	1.691.804.586	2,38	820.724.120	1,27	3.175.976.527
Programas Especiales Ministerio	4.876.970.811	6,87	3.987.756.747	6,16	5.858.176.647
Otros Programas de Inversión	2.141.971.327	3,02	115.094.497	0,18	145.982.802
Vigencias Anteriores	145.411.913	0,20	119.818.645	0,19	221.922.653
SUBTOTAL	71.035.054.185	100	64.689.226.772	100	75.892.086.330
TOTAL GASTOS	78.999.995.034		70.462.049.753		87.428.831.123

Fuente IDSN

La ejecución presupuestal del IDSN en los periodos 2.003- 2.005, ha presentado un incremento en los recursos obtenidos del 9%, en funcionamiento se mantiene el gasto y crece la inversión en 18%.

La distribución de recursos del presupuesto son: de SGP son el 49%, rentas cedidas 26%, ingresos propios 15%, cofinanciación y transferencias 10% del total de presupuesto del IDSN.

Las transferencias por rentas cedidas crecieron notablemente, no así de Sistema General de Participaciones que disminuyó el 6%.

El presupuesto de estos 3 años ha sido: 167.000 millones de pesos, de lo cuales ha contratado 110.293 millones para la atención de población en los niveles 1-2-3 y no descentralizados, manteniendo el 8% en gastos de funcionamiento

3.3 ASEGURAMIENTO

El aseguramiento presenta tres aspectos importantes que son:

Afiliación al Régimen ya sea Subsidiado o contributivo.

Ampliación de Cobertura.

No afiliados (Vinculados).

3.3.1 Afiliación. Es necesario mencionar, que la población pobre y vulnerable es aquella población que no se encuentra afiliada al SGSSS y en ella se encuentra la población del Nivel I, II y III del SISBEN, a la cual el estado le garantiza la atención en salud con recursos del Sistema General de Participaciones. La población no afiliada al Sistema, comprende las personas de niveles superiores al III del SISBEN y que se "Supone" tienen capacidad de pago.

De igual manera se considera población pobre y vulnerable a los afiliados al régimen subsidiado para aquellos eventos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiada.

El Departamento de Nariño a 31 de Diciembre de 2003 contaba con 1.719.162 habitantes, de los cuales 966.638 presentaban Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) lo que equivalía al 56% del total de la Población. En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se presenta la siguiente situación lo que indica un bajo número de habitantes en el Régimen Contributivo 13.6 % y un 41.4 % afiliado al Régimen Subsidiado lo que genera un desequilibrio económico en el Sistema, por cuanto con recursos de solidaridad del Régimen Contributivo se cofinancia el Régimen Subsidiado. De igual manera se observa que el 42.1 % de la población no está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la población afiliada al Régimen Subsidiado no se le garantiza un Plan Obligatorio integral, esto nos permite concluir que estamos distantes del

cumplimiento de política enmarcada en la Ley 100 del 1993, que preveía que el 100% de la población este afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para el año 2.003, el aseguramiento de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Departamento de Nariño presentaba las siguientes características:

Cuadro 3. Aseguramiento de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Departamento de Nariño

ASEGURAMIENTO	# AFILIADOS	%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	233.386	13.6
REGIMEN SUBSIDIADO	715.091	41.4
REGIMENES DE EXCEPCION	49.440	2.9
POBLACION POBRE Y VULNERABLE	254.155	14.8
NO AFILIADOS AL SISTEMA	469.698	27.3

Fuente IDSN

Para el año 2.005, el aseguramiento de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Departamento de Nariño presentó las siguientes cifras por cada municipio. (Ver cuadro 4).

Cuadro 4. Aseguramiento de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Departamento de Nariño para el año 2005

Municipio	Pob.2005 DANE	REG SUBSIDIADO 2005 TOTAL	CONTRIV	SISBEN	VINCULADOS	2005 REGSUB	TOTAMP 2005	%
San Pablo	28.097	11.969	772	19.170	14.764	11.798	171	0,61%
Colón (Génova)	9.603	6.672	68	8.881	2.608	6.627	45	0,47%
Belén	6.181	4.730	54	5.993	1.112	4.571	159	2,57%
La Cruz	23.133	9.351	611	17.553	12.206	8.164	1.187	5,13%
Albán	19.639	8.825	165	8.174	10.295	8.782	43	0,22%
San Bernardo	11.451	7.136	91	6.850	3.984	7.136	5	0,04%
El Charco	22.167	11.325	68	21.699	9.747	9.805	1.420	6,41%
La Tola	6.877	4.770	3	7.321	1.706	4.679	686	9,98%
Mosquera	11.532	5.441	48	11.752	5.609	5.201	240	2,08%
Olaya Herrera	29.636	14.161	11	14.409	14.718	13.354	807	2,72%
Santa Bárbara	19.183	8.789	1	12.463	10.296	8.756	33	0,17%
Barbacoas	32.243	18.097	343	25.556	12.496	17.699	398	1,23%
Roberto Payán	12.585	7.518	27	15.431	5.004	6.062	1.456	11,57%
Magui	10.983	6.336	37	6.972	4.560	6.242	94	0,86%
Túquerres	55.509	29.893	5.766	40.429	18.278	24.597	5.304	9,56%
Guaitarilla	29.470	13.852	50	11.475	15.228	13.275	577	1,96%
Imués	12.366	6.636	16	7.743	5.656	5.817	819	6,62%
Mallama	15.044	9.739	44	8.739	5.097	9.739	-	0,00%
Ospina	8.816	5.819	27	6.147	2.911	5.817	2	0,02%
Ricaurte	13.296	11.144	334	14.352	1.100	10.611	533	4,01%
Sapuyes	9.835	6.414	19	6.318	3.372	6.011	403	4,10%
Samaniégo	69.092	28.477	1.492	28.119	38.159	28.273	204	0,30%
La Llanada	8.571	3.843	108	4.070	4.483	3.819	24	0,28%
Los Andes	15.548	8.854	78	9.481	6.330	8.209	645	4,15%
Providencia	13.830	6.471	84	6.855	7.121	6.429	42	0,30%
Santacruz	14.934	7.800	29	9.548	6.914	7.743	57	0,38%
Linares	21.005	10.521	139	10.671	9.993	10.325	39	0,19%
Pasto	431.144	173.856	130.978	219.668	109.256	166.409	7.426	1,72%
Aldana	10.140	6.797	40	6.665	3.228	6.739	58	0,57%
Ancuyá	20.124	9.513	161	8.577	10.133	9.468	45	0,22%

Municipio	Pob.2005 DANE	REG SUBSIDIADO 2005 TOTAL	CONTRIV	SISBEN	VINCULADOS	2005 REGSUB	TOTAMP 2005	%
Arboleda	7.530	6.667	78	8.001	627	5.467	1.200	15,94%
Buesaco	20.953	9.588	171	17.842	10.855	8.732	856	4,09%
Consacá	13.410	10.296	124	10.382	2.717	9.908	235	1,75%
Contadero	7.738	6.781	11	6.177	834	6.781	-	0,00%
Córdoba	20.656	12.966	32	10.156	7.441	12.539	427	2,07%
Cuaspud	8.058	8.370	9	7.660	-451	8.349	21	0,26%
Cumbal	30.679	29.072	60	6.773	800	29.056	16	0,05%
Cumbitara	7.097	4.585	111	12.034	2.227	4.402	183	2,58%
Chachagüí	15.338	7.591	81	10.359	7.567	7.561	30	0,20%
El Peñol	9.404	5.066	3	6.146	4.334	5.055	11	0,12%
El Rosario	16.050	9.289	30	9.673	6.551	9.266	23	0,14%
El Tablón de Gómez	17.556	8.359	182	11.997	8.612	8.223	136	0,77%
El Tambo	30.407	15.372	206	13.858	14.247	15.330	42	0,14%
Funes	7.523	7.051	34	7.178	338	7.051	-	0,00%
Guachucal	21.846	14.788	40	5.452	6.622	14.780	8	0,04%
Gualmatán	6.214	4.194	26	4.484	1.892	4.004	190	3,06%
Iles	7.373	6.260	19	-	964	6.133	131	1,78%
Ipiales	97.093	41.982	20.226	39.312	31.836	37.441	4.541	4,68%
La Florida	22.147	10.236	61	11.335	11.705	9.930	306	1,38%
La Unión	43.207	17.555	1.573	24.937	23.082	16.566	1.013	2,34%
Leiva	16.212	7.993	36	10.770	7.854	7.801	192	1,18%
Nariño	6.861	2.520		3.034	4.341	2.238	282	4,11%
Francisco Pizarro	11.453	4.399	4	6.804	6.854	4.280	119	1,04%
Policarpo	13.161	7.957	23	12.140	5.010	7.868	89	0,68%
Potosí	25.575	11.646	18	9.382	13.813	11.607	39	0,15%
Puerros	14.249	6.994	40	7.912	6.970	6.921	73	0,51%
Pupiales	23.662	9.932	57	15.163	13.488	9.426	506	2,14%
Sandoná	28.404	16.854	262	19.822	10.413	16.358	504	1,77%
San Lorenzo	18.125	13.166	124	17.321	4.497	12.934	232	1,28%
San Pedro de Cartago	7.190	5.497	51	6.102	1.547	5.488	9	0,13%
Taminango	15.897	9.744	126	17.969	5.459	8.397	1.347	8,47%
Tangua	19.916	9.539	63	11.638	10.174	9.518	112	0,56%
Tumaco	169.454	59.675	19.454	105.804	84.580	56.643	3.032	1,79%
Yacuanquer	10.362	9.586	53	10.643	558	9.586	-	0,00%
TOTAL	1.782.834	876.319	185.052	1.059.341	674.722	837.796	38.827	

3.3.2 Cobertura y Atención a la población pobre y vulnerable del departamento de Nariño y de los eventos No Pos. En el departamento de Nariño, tras seis años de haber sido promulgada la Ley de Reforma y prácticamente cuatro años de instrumentación, el porcentaje de asegurados aumentó aproximadamente de 20% a 56.4%, lo que representa un incremento 19% de más del doble de la cobertura de aseguramiento. Dicho incremento ha sido en gran medida resultado de la incorporación de la población pobre al régimen subsidiado y de la ampliación de la cobertura al grupo familiar del trabajador afiliado al régimen contributivo.

En el año 2003, con el fin de adelantar el proceso de afiliación a la población no afiliada al régimen de seguridad social que no tiene capacidad de pago, se tramitaron 2347 solicitudes con un costo de \$6.086.700.000.

De acuerdo al informe de gestión rendido en el mes de enero de 2006, por el IDSN, se demuestra que la aplicación de las políticas fijadas para mejorar las condiciones de acceso de la población pobre y vulnerable al sistema de salud durante el año 2005, en el Departamento se incluyó en tres ampliaciones de cobertura para la afiliación a régimen subsidiado (agosto, octubre y noviembre). En estas ampliaciones se logró un total de 38.827 nuevos cupos, por un valor de \$3.948.473.267, los cuales fueron cofinanciadas por el Ministerio de La Protección Social y los Municipios.

De igual manera se gestionó la asignación de nuevos cupos y recursos para ampliación de cobertura a la población desplazada en un número de 2.583 cupos.

Con esta nueva ampliación de cobertura y frente a la meta establecida en el plan de desarrollo de 200.000 nuevos cupos para el cuatrenio 2.004 - 2.007 se ha logrado hasta el momento un 80.76% de cumplimiento (ampliación de 161.532 nuevos cupos). En los años 2.003, 2.004 y 2.005 la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado en el Departamento de Nariño, se comportó de la siguiente manera (ver cuadro 5)

Los resultados en la distribución de recursos de oferta para la atención de la población pobre y vulnerable pasó de transferir por rentas cedidas de 11.000 millones en el año 2.003 a 12.241 millones en el 2004 y a 14.196 millones en el 2005 (Ver cuadro 6 de distribución de recursos de oferta para la atención de población pobre y vulnerable año 2.003, 2004, 2005)

Cuadro 5. Ampliación de cobertura regimen subsidiado departamento de Nariño años 2004-2005

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO					
SUBDIRECCION DE SEGURIDAD SOCIAL					
MUNICIPIOS	AFILIADOS A DICIEMBRE 2003	AFILIADOS A XII-2004	AFILIADOS A XII-2005	No. AFILIADOS AMPLIACION DE COBERTURA 2003 -2005	% CRECIMIENTO
ALBAN	8.391	8.782	8.825	434	5,17
ALDAÑA	6.717	6.739	6.797	80	1,19
ANCUYA	8.404	9.468	9.513	1.109	13,20
ARBOLEDA	4.264	5.467	6.667	2.403	56,36
BARBACOAS	17.567	17.699	18.097	530	3,02
BELEN	4.258	4.571	4.730	472	11,09
BUESACO	7.328	8.732	9.588	2.260	30,84
COLON(GENOVA)	5.343	6.627	6.672	1.329	24,87
CONSACA	6.530	9.908	10.296	3.766	57,67
CONTADERO	6.781	6.781	6.781	0	-
CORDOBA	12.483	12.539	12.966	483	3,87
CUASPUD	8.319	8.349	8.370	51	0,61
CUMBAL	21.412	29.056	29.072	7.660	35,77
CUMBITARA	4.277	4.402	4.585	308	7,20
CHACHAGUI	7.067	7.561	7.691	624	8,83
EL CHARCO	8.047	9.805	11.225	3.178	39,49
EL ROSARIO	8.180	9.266	9.289	1.109	13,56
EL TABLON	7.315	8.223	8.359	1.044	14,27
EL PEÑOL ¹	4.605	5.055	5.066	461	10,01
EL TAMBO	13.687	15.330	15.372	1.685	12,31
PIZARRO	4.185	4.280	4.399	214	5,11
FUNES	7.051	7.051	7.051	0	-
GUACHUCAL	13.712	14.780	14.788	1.076	7,85
GUAITARILLA	12.052	13.275	13.852	1.800	14,94
GUALMATAN	3.917	4.004	4.194	277	7,07
ILES	6.127	6.133	6.260	133	2,17
IMUES	5.746	5.817	6.636	890	15,49
IPIALES	32.960	37.441	41.982	9.022	27,37
LA CRUZ	7.295	8.164	9.351	2.056	28,18
LA FLORIDA	9.720	9.930	10.236	516	5,31
LA LLANADA	3.760	3.819	3.843	83	2,21
LA TOLA	2.807	4.679	4.770	1.963	69,93
LA UNION	15.391	16.566	17.555	2.164	14,06

MUNICIPIOS	AFILIADOS A DICIEMBRE 2003	AFILIADOS A XII-2004	AFILIADOS A XII-2005	No. AFILIADOS AMPLIACION DE COBERTURA 2003 -2005	% CRECIMIENTO
LEIVA	6.968	7.801	7.993	1.025	14,71
LINARES	10.206	10.325	10.364	158	1,55
LOS ANDES	7.377	8.209	8.854	1.477	20,02
MAGUI	6.195	6.242	6.336	141	2,28
MALLAMA	9.702	9.739	9.739	37	0,38
MOSQUERA	4.536	5.201	5.441	905	19,95
NARIÑO ²	1.895	2.238	2.520	625	32,98
OLAYA HERRERA	13.159	13.354	14.161	1.002	7,61
OSPINA	5.694	5.817	5.819	125	2,20
PASTO	112.190	166.409	173.856	61.666	54,97
POLICARPA	6.214	7.868	7.957	1.743	28,05
POTOSI	10.343	11.607	11.646	1.303	12,60
PROVIDENCIA	6.345	6.429	6.457	112	1,77
PUERRES	6.485	6.921	6.994	509	7,85
PUPIALES	8.760	9.426	9.932	1.172	13,38
RICAUURTE	8.328	10.611	11.144	2.816	33,81
ROBERTO PAYAN	5.286	6.062	7.518	2.232	42,22
SAMANIEGO	27.568	28.273	28.477	909	3,30
SANDONA	15.241	16.358	16.858	1.617	10,61
SAN BERNARDO	5.566	7.136	7.136	1.570	28,21
SAN LORENZO	10.683	12.934	13.166	2.483	23,24
SAN PABLO	9.769	11.798	11.969	2.200	22,52
SAN PEDRO DE CARTAGO	4.720	5.488	5.497	777	16,46
SANTA BARBARA	7.619	8.756	8.789	1.170	15,36
SANTACRUZ	6.878	7.743	7.800	922	13,41
SAPUYES	5.767	6.011	6.414	647	11,22
TAMINANGO	7.475	8.397	9.744	2.269	30,35
TANGUA	8.973	9.518	9.539	566	6,31
TUMACO	50.463	56.643	59.473	9.010	17,85
TUQUERRES	19.402	24.597	29.901	10.499	54,11
YACUANQUER	9.586	9.586	9.586	0	-
TOTAL AFILIADOS	715.091	837.796	876.623	160.867	22,50

Fuente: Contratos Administración de Recursos

Cuadro 6. Distribución de recursos de oferta para la atención de población pobre y vulnerable años: 2003-, 2004, 2005

INSTITUCION	ASIGNACION DE RECURSOS 20003			ASIGNACION DE RECURSOS 20004			ASIGNACION DE RECURSOS 20005		
	SGP	RENTAS CEDIDAS	TOTAL OFERTA 2003	SGP	RENTAS CEDIDAS	TOTAL OFERTA 2004	SGP	RENTAS CEDIDAS	TOTAL OFERTA 2005
HUDN	5,797,862,000	2,330,000,000	8,127,862,000	8,890,095,965	2,126,410,818	11,016,506,783	8,729,064,703	3,663,867,652	12,392,932,355
SAN PEDRO	4,775,562,236	1,680,000,000	6,455,562,236	5,925,138,732	1,575,135,049	7,500,273,781	6,009,871,001	2,070,128,999	8,080,000,000
INFANTIL	2,656,000,000	1,120,000,000	3,776,000,000	3,582,268,948	921,331,052	4,503,600,000	3,937,012,137	1,262,987,865	5,200,000,002
E. SANTOS	1,112,000,000	270,000,000	1,382,000,000	1,259,616,089	337,203,261	1,596,819,350	1,013,383,898	466,616,102	1,480,000,000
CMP. ARBDA	0	0	0	31,531,063	0	31,531,063	0	0	0
CIVIL	3,625,000,000	1,039,000,000	4,664,000,000	4,087,745,649	1,138,000,007	5,225,745,656	3,633,463,465	1,366,536,535	5,000,000,000
H. TUMACO	3,653,000,000	840,000,000	4,493,000,000	3,688,768,406	1,096,276,594	4,785,045,000	3,128,019,460	1,365,724,461	4,493,743,921
C. TUMACO	0		0	1,162,640,554	0	1,162,640,554	1,145,360,530	0	1,145,360,530
SAN CARLOS	0	546,000,000	546,000,000	0	339,000,000	339,000,000	184,897,189	195,102,811	380,000,000
B. STANO	0	547,000,000	547,000,000	0	364,000,000	364,000,000	76,685,943	253,314,057	330,000,000
C. SANTOS	0	596,000,000	596,000,000	0	370,000,000	370,000,000	141,629,396	108,370,604	250,000,000
SAN JOSE	1,548,000,000	330,000,000	1,878,000,000	858,166,776	458,225,560	1,316,392,336	891,581,404	633,941,820	1,525,523,224
L. VILLEGAS	1,740,000,000	368,600,000	2,108,600,000	645,122,717	464,491,170	1,109,613,887	543,112,342	326,887,658	870,000,000
S. ANTONIO	1,454,000,000	286,000,000	1,740,000,000	1,270,892,445	424,554,034	1,695,446,479	1,022,511,595	777,488,405	1,800,000,000
S.C DE J.	1,109,000,000	213,000,000	1,322,000,000	914,833,028	322,563,467	1,237,396,495	725,748,310	604,251,690	1,330,000,000
SAN RAFAEL	1,131,000,000	298,000,000	1,429,000,000	788,855,337	1,033,144,663	1,822,000,000	1,334,214,470	465,785,530	1,800,000,000
P. SOCORRO	1,131,000,000	298,000,000	1,429,000,000	788,855,337	1,033,144,663	1,822,000,000	1,334,214,470	465,785,530	1,800,000,000
CEHANI	185,000,000	98,000,000	283,000,000	219,948,971	69,051,030	289,000,001	371,392,726	78,607,274	450,000,000
A. SAN JOSE	0	65,200,000	65,200,000	0	65,200,000	65,200,000	48,886,736	43,113,264	92,000,000
F. GUAD	0	25,900,000	25,900,000	0	30,000,000	30,000,000	26,527,556	18,472,444	45,000,000
A. SAN JOSE	0	62,300,000	62,300,000	0	62,300,000	62,300,000	40,780,059	29,219,941	70,000,000
A. ANCIANOS	0	22,620,000	22,620,000	0	11,130,000	11,130,000	0	0	0
C. SALUD	0	0	0	87,904,783	0	87,904,783	90,000,000	0	90,000,000
C. SALUD	0	0	0	87,064,974	0	87,064,974	80,000,000	0	80,000,000
C. SALUD	0	0	0	382,239,446	0	382,239,446	380,000,000	0	380,000,000
C. SALUD	0	0	0	175,377,671	0	175,377,671	170,000,000	0	170,000,000
C. SALUD	0	0	0	1,019,969,967	0	1,019,969,967	1,000,000,000	0	1,000,000,000

INSTITUCION	ASIGNACION DE RECURSOS 20003			ASIGNACION DE RECURSOS 20004			ASIGNACIÓN DE RECURSOS 2005			
	SGP	RENTAS CEDIDAS	TOTAL OFERTA 2003	SGP	RENTAS CEDIDAS	TOTAL OFERTA 2004	SGP	RENTAS CEDIDAS	TOTAL OFERTA 2005	
C. SALUD	0	0	0	50,000,000	0	50,000,000	180,000,000	0	180,000,000	
C. SALUD	0	0	0	0	0	0	127,000,000	0	127,000,000	
C. SALUD	0	0	0	0	0	0	450,000,000	0	450,000,000	
TOTAL	29,917,424,236	11,035,620,000	40,953,044,236	35,917,036,858	12,241,161,368	48,158,198,226	36,815,357,390	14,196,202,642	51,011,560,032	
ACCIONES NO I			3,426,481,027						5,585,22,700	5,539,341,521

Fuente : IDSN

3.4 SERVICIOS

La prestación de servicios, implica que el IDSN, se encargue de velar por la buena atención de los afiliados, para lo cual requiere una vigilancia a las entidades públicas y privadas que conforman la red de prestadores de servicios y el cumplimiento de los estándares de calidad, y requisitos de habilitación de ellas, entre otros.

La contratación con la red de prestadores de servicios, para el año 2.003 fue de \$41.361.340.573, la cual para el año 2005 ascendió a \$56.550.901.553.00, suma que ha permitido garantizar la sostenibilidad financiera de estas entidades; cabe aclarar que los recursos provenientes del subsidio a la demanda (población vinculada), son los que se destinan para el pago de los contratos, sin embargo en la mayoría de entidades públicas como el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. en los últimos tres años ha sumido un alto costo como aporte al gasto social; en razón de que el IDSN, ha dejado de cancelar en este periodo más de \$12.000.0000.000

En cumplimiento a la ley 715 del 21 de diciembre del 2001, en especial el artículo 54, que establece: los servicios de Salud a nivel territorial deben prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, la utilización adecuada de oferta y racionalización de costos de la atención, el I.D.S.N. a partir del 2002 inicia la organización de la red, fundamentada en los principios de oportunidad, accesibilidad, eficiencia y efectividad de la atención en salud que debe brindarse a la población Nariñense, mediante las acciones encaminadas a fortalecer la red pública de servicios con el fortalecimiento de la capacidad resolutoria y fortalecimiento de la Capacidad de Gestión.

Se establecen 9 Nodos de atención que por su capacidad resolutoria pueden hacer la complementariedad del I –II- III nivel de atención, a otras IPS que no han desarrollado estos niveles de manera integral. Estos nodos están ubicados estratégicamente en el área andina del Departamento: Zona Norte, Zona Centro, Zona Sur y Zona Oriente y en el área costera: Zona Occidente.

Dicha estructura implica, el Fortalecimiento del sistema de referencia y Contrarreferencia, y el establecimiento de convenios de prestación de servicios entre las IPS de los diferentes municipios que harán la complementariedad del primero, segundo y tercer niveles de complejidad, procurando de esta manera que la población sea atendida en su propia región, disminuyendo costos que se generan cuando los pacientes deben ser remitidos a lugares distantes.

El departamento cuenta con la siguiente oferta de acuerdo con el nivel de atención:

Cuadro 7. Red departamental de I.P.S Públicas I.P.S. Primer Nivel

REDES	I.P.S. PRIMER NIVEL							
	TOTAL	H. E.S.E	HOSPITAL	C.deS E.S.E.	C. HOSP.	C.deS.	P.deS	T CAMA
SUR	77	1	0	9	0	12	55	26
CENTRO	159	1	2	2	1	34	119	62
NORTE	28	2	0	0	0	5	21	50
OCCIDENTE	35	0	1	0	0	6	28	18
C.OCCIDENTE	68	3	0	0	1	8	56	110
TOTAL	367	7	3	11	2	67	279	266

Fuente IDSN

Cuadro 8. Red departamental de I.P.S Públicas I.P.S. Segundo Nivel

REDES	I.P.S. SEGUNDO NIVEL			
	TOTAL	H. E.S.E.	T. CAMAS	T. AMBU.
SUR	1	1	97	2
CENTRO	2	2	0	0
NORTE	1	1	39	3
OCCIDENTE	1	1	85	1
C. OCCIDENTE	0	0	0	0
TOTAL	5	5	221	6

Fuente IDSN

Cuadro 9. Red departamental de I.P.S Públicas I.P.S. Tercer Nivel

REDES	I.P.S. TERCER NIVEL			
	TOTAL	H. E.S.E.	T. CAMAS	T. AMBU
SUR	0	0	0	0
CENTRO	1	1	140	3
NORTE	0	0	0	0
OCCIDENTE	0	0	0	0
C. OCCIDENTE	0	0	0	0
TOTAL	1	1	140	3

Fuente IDSN

Se observa, que la Red Pública Departamental cuenta con trescientas setenta y tres (373) Instituciones Prestadoras de Salud, distribuidas porcentualmente, así: Primer Nivel de Atención 98.4%; Segundo Nivel de Atención 1.3% y Tercer Nivel de Atención 0.3%; a 31 de diciembre del 2003 del total de I.P.S Públicas, el 86.5% correspondiente a 323 Instituciones se encuentran Habilitadas mas no verificadas. Del total de Hospitales, a excepción del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de El Charco y Hospital San Antonio de Barbacoas, los demás son Empresas Sociales de El Estado.

En cuanto a oferta de Camas Hospitalarias, el Departamento cuenta con seiscientos veintisiete (627) camas, ubicadas en el Primer Nivel con el 42.43% (266 camas), con un porcentaje de ocupación de 33.5 promedio día de estancia de 3.1 y giro cama de 55; en el Segundo Nivel de Atención con el 35.24% (221 camas) con un porcentaje de ocupación de 80.7 promedio día de estancia 3.0 y giro cama de 68.8 y en el tercer Nivel de Atención con el 22.33% (140 camas) con un porcentaje de ocupación de 98.5 promedio día de estancia 5 y giro cama 98 . La red cuenta con noventa y seis (96) Ambulancias de las cuales ochenta y siete (87) están ubicadas en el Primer Nivel, seis (6) en el Segundo y tres (3) en el Tercer Nivel de Atención. Por otra parte, si bien es cierto el Recurso Humano en las diferentes Instituciones de Salud se encuentran proporcionalmente distribuidas en 33% para el área administrativa y en un 67% para el área asistencial, es un recurso humano con perfiles no adecuados a los requerimientos del sector salud, especialmente en el primer nivel de atención, además, las Instituciones no cuentan con el equipamiento que garantice una tecnología biomédica apropiada para una eficaz capacidad resolutive, en especial en el II y III nivel de complejidad que obliga al Departamento, en consecuencia hay muy limitados servicios de IV nivel de atención que obligan al departamento tener a referir al usuario a Instituciones Prestadoras de alta Complejidad fuera del Departamento.

Cabe mencionar, que el nivel de complejidad de los centros asistenciales es determinado por su capacidad técnico-científico, es decir, por los servicios que presta, así:

✍ **Nivel I.** Urgencias, laboratorio, consulta médica general, odontológica, servicio farmacéutico y promoción y prevención

✍ **Nivel II.** Especialidades básicas como medicina interna, ginecología obstetra, cirugía general.

✍ **Nivel III.** Los mismos servicios que el nivel II, y demás especialidades como traumatología, ortopedia, neurocirugía, endocrinología, exámenes de laboratorio y diagnostico especializado, etc.

3.5 SALUD PÚBLICA

El IDSN, en desarrollo de las políticas nacionales e internacional sobre acciones en salud pública ha establecido propósitos básicos para las actividades de promoción, prevención, vigilancia en salud pública, y gestión para que sean ejecutados en el Departamento de Nariño y operados por los 64 municipios.

Considerando que las metas anuales en salud pública son fijadas por el CNSSS, y el Ministerio de la Protección Social, quienes definen la prioridad de las mismas, dejando un espacio a los consejos territoriales de seguridad social en salud Para que definan los planes a tensión básica el departamento.

En desarrollo de las políticas el 2.003, el desarrollo del PAB, implico recursos de \$ 7.475.909.000.

Para los años 2.004 y 2.005 se han dado continuidad a las actividades del PAB tales como 1.- fortalecimiento de las direcciones locales de salud; en razón de que el municipio es la unidad en la cual se llevan a efecto las acciones en salud, realizando programas de asistencia técnica y acompañamiento continuo a los equipos de salud de los entes locales con el propósito de orientarlos en la atención objetiva de los problemas específicos que demanda la salud local. Establecidos los respectivos Planes de Salud y Planes de Atención Básica, se hicieron seguimientos y evaluaciones a los mismos.

Fortalecimiento de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia de la salud pública: salud infantil (programa ampliado de inmunizaciones, atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia (aiepi) estrategia escuelas amigas, seguras, activas y saludables salud sexual y reproductiva salud ambiental salud mentalseguridad alimentaría estilos de vida saludables protección social vigilancia de la salud pública laboratorio de salud pública el IDSN a través de la subdirección de programas especiales y específicamente con la unidad de control de vectores, los recursos invertidos en este programa ascienden a la suma de \$3.085.000.000.00 provenientes del nivel nacional (programa etv) y \$371.000.000.00 del plan de atención básica departamental, vigilancia epidemiológica salud ambiental, evaluación acciones de promoción y prevención del pos subsidiado.

4. CONCLUSIONES

? El proceso de descentralización en Salud en el Departamento de Nariño no ha tenido hasta el momento los resultados esperados. Existe una gran complejidad del sistema debido a la excesiva reglamentación así como a la diversidad de las fuentes de financiación, lo cual genera confusiones, evasiones de responsabilidad, duplicidad de funciones y conflictos, entre los actores del Sistema. El constante cambio en las reglas del juego, la falta de definición de objetivos así como procedimientos apresurados, han creado confusión en las entidades territoriales, las EPS y las IPS.

? El proceso de descentralización se ha caracterizado por el establecimiento de normas que definen con excesivo detalle las cuantías y el uso de los recursos territoriales destinados a salud, obligando a los departamentos y municipios a crear instancias burocráticas y exigiendo la elaboración de múltiples planes para el nivel central. Lo anterior limita la planificación participativa y desconoce la diversidad territorial.

? La Débil capacidad de vigilancia y control de los entes territoriales (IDSN) de acuerdo a competencias de Ley 715, para lograr los objetivos de la descentralización requiere un sistema fuerte de regulación que permita ejercer un mayor control sobre aspectos esenciales para el buen funcionamiento del mismo, como por ejemplo la evasión, problema que requiere del fortalecimiento de las entidades encargadas de la vigilancia y el control. Debido a la evasión el sistema deja de percibir importantes sumas de recursos, lo cual pone en riesgo su estabilidad financiera y le impide ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado. Además los frecuentes retrasos en los pagos, los cuales van desde la demora en el giro de los recursos del Fosyga a los fondos locales de salud, hasta la negligencia de algunos alcaldes en el desembolso de estos pagos. En el caso de las EPS un problema adicional consiste en fallas de facturación de las IPS, y en el caso del Régimen Subsidiado, a la falta de pago por parte de los municipios a las ARS, lo que a su vez dificulta el pago de éstas a las IPS.

? En Nariño los indicadores de salud no han mejorado, el estado de salud de la población es bastante complejo, aun contamos con enfermedades que se creían erradicadas o controladas (tuberculosis, lepra, malaria, cólera), las enfermedades infectocontagiosas continúan siendo la principal causa de morbi mortalidad en la población infantil, las patologías derivadas de la violencia son la primera causa de mortalidad en la población económicamente activa, las enfermedades degenerativas y crónicas están en constante aumento, las enfermedades emergentes son una amenaza constante, la multiresistencia bacteriana es una realidad, la mayoría enfermedades evitables, con una debida aplicación de

programas de promoción y prevención,. Si bien, las estadísticas demuestran que el Departamento de Nariño ha realizado en los tres últimos años grandes esfuerzos para mejorar la calidad de vida de sus habitantes y por consiguiente mejorar su estado de salud. Los resultados no se pueden observar en el corto plazo, pero son el camino para construir una sociedad más equitativa y justa.

? Los hospitales de Nariño de segundo y tercer nivel han sobrevivido a la crisis general de sus similares en otras regiones del país; la situación aun es compleja, el déficit para el periodo 2003- 2.005 es cercano a los doce mil millones de pesos en lo concerniente a la atención a la población pobre y vulnerable y eventos no contemplados en el plan obligatorio de salud subsidiada. A pesar que con la descentralización los hospitales públicos entraron a competir en el SGSSS, en condiciones de desigualdad, con crónicos déficit, la reestructuración y venta de servicios ha contribuido a su viabilidad financiera.

o La distribución del gasto La disponibilidad real de recursos territoriales aumentó considerablemente y, superadas las dificultades iniciales, se están gastando en salud. Sin embargo un porcentaje significativo se queda en la intermediación. La mayoría de los municipios dependen en buena medida de las fuentes nacionales y se advierte una tendencia deficitaria y al aumento del endeudamiento en la estructura de las finanzas territoriales y en perspectiva general, una disminución del gasto social. Las ARS se quedan con un porcentaje que oscila entre el 28,08% y el 40% de los dineros de la seguridad social destinados al régimen subsidiado. Algunas iniciativas ciudadanas y sindicales han propuesto acertadamente eliminar, la intermediación y aunque hay poderosos intereses económicos en juego, se trataría de ganarle espacio político y de opinión a esta iniciativa en la perspectiva de recuperar autonomía local y aumentar la disponibilidad de recursos para salud.

? El que la descentralización no sea hoy un propósito nacional ni una prioridad de gobierno representa un retroceso o, si se quiere, un estancamiento del proceso en el país. Esta situación podría profundizar a futuro la desigual distribución de beneficios del desarrollo local y de la capacidad de gestión, asociados a las también desiguales condiciones de desarrollo socioeconómico de las distintas regiones. Con base en esa realidad, algunos expertos proponen en general y en particular para la salud, una gradualidad con temporalidades diferentes según la categoría del municipio en la asunción de competencias y con claros apoyos y concurrencia de los niveles de gobierno departamental y nacional para acompañar y garantizar el desarrollo y sostenibilidad de la capacidad de gestión. Esto requiere voluntad política nacional para direccionar el proceso que hoy no se advierte, pero podría repuntar con la presión de los alcaldes quienes ya se han hecho escuchar ante decisiones unilaterales inconsultas como la reciente disminución de las transferencias. Ya en el mediano plazo es necesario poner en marcha una ley de ordenamiento territorial que incorpore la heterogeneidad de las regiones y problemas del país.

? La descentralización en general ha mejorado la prestación de servicios, el manejo de recursos y la inversión en zonas rurales y en población pobre. En ese orden de ideas, avanzar en la perspectiva de una descentralización para mejorar la calidad de vida y disminuir las desigualdades, requiere la plena vigencia en la práctica del estado social de derecho que inspiró la Constitución del 91, como garante de los derechos sociales económicos y culturales inherentes a las sociedades modernas, y el cual supone más allá de las declaraciones formales, modificaciones estructurales en aspectos tan sensibles como la concentración de la riqueza, la justicia distributiva y un debate nacional informado y pluralista al modelo de desarrollo, pues si bien no es viable el antiguo Estado de Bienestar De hecho los recientes fallos de la Corte Constitucional, evidencian la tensión entre las políticas gubernamentales y los intereses y expectativas de la mayoría de la población.

5. RECOMENDACIONES

? Para mejorar la situación financiera de los hospitales de segundo, tercer y cuarto nivel se requiere continuar con los programas de mejoramiento y acreditación que cada una de las instituciones viene desarrollando. Por parte del IDSN realizar las visitas de verificación a las IPS al auto evaluación y habilitación presentada. Exigir a los municipios la contratación del primer nivel de atención que no estén en capacidad de prestar a sus habitantes, en especial ayudas diagnósticas y servicios de hospitalización de baja complejidad.

? Exigir a las Administradoras del Régimen Subsidiado ARS, contratos para la atención de primer nivel de complejidad teniendo como referencia la resolución 5261 y el Acuerdo 72, en especial ayudas diagnósticas y servicios de hospitalización de baja complejidad.

? Incrementar la población afiliada al régimen contributivo solicitar a las administraciones locales las bases de datos de los empleados y contratistas que dependan de las Alcaldías Municipales, Concejos Municipales, Personerías Municipales, IPS, Contralorías Municipales e Institutos Descentralizados. Estas bases se cruzaran con las bases de Régimen Subsidiado y las personas que sean beneficiarias de este Régimen saldrán del sistema y se deberá exigir su afiliación al Régimen Contributivo. Esta medida libera cupos del Régimen Subsidiado y disminuye el número de población vinculada. Conjuntamente con Cámara de Comercio, DIAN y Oficina del Trabajo dependiente del Ministerio de Protección Social desarrollar políticas encaminadas al Aseguramiento de la población trabajadora que depende de las empresas legalmente constituidas. Igual que en el punto anterior esta medida libera cupos del Régimen Subsidiado y disminuye la población pobre y vulnerable no cubierta por ningún sistema de seguridad social.

? Diseñar políticas saludables con otros actores públicos y privados con la aseguradoras del soat: educación continuada a conductores y peatones sobre normas de tránsito y en especial, evitar accidentes. Con las Alcaldías y Concejos Municipales desarrollar estrategias para convertir a los Municipios en territorios saludables: Pico y Placa, Hora Zanahoria, No Fumar en sitios públicos, Prohibición total del uso de la pólvora, Prohibición del uso de armas, Deportes recreativos, Fiestas Zanahorias y otras actividades propias de cada Región.

? Con el Sector Salud fortalecer, vigilar y controlar la correcta ejecución de los recursos destinados al Plan de Atención Básica, Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad así como las acciones de recuperación de la Salud. Con saneamiento básico: Trabajar en la potabilización del agua de los acueductos en las cabeceras y zonas rurales de los municipios del Departamento, el manejo integral de

los residuos sólidos, mayor inspección vigilancia y control a establecimientos que atiendan u ofrezcan productos al público, en especial los restaurantes escolares y los de Bienestar Familiar.

? Colombia introdujo un sistema que utiliza la competencia como herramienta fundamental para mejorar la eficiencia y la calidad en los servicios prestados. Sin embargo existen serias fallas de operación del mercado que introducen la necesidad de una regulación clara por parte del Estado.

BIBLIOGRAFÍA

ABEL, Ramón. Elementos Fundamentales del Equilibrio Financiero del Sistema de Seguridad Social en Salud que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC. Bogotá : Documento Fundación Corona. 230 p.

ABEL CASTAÑO. Evolución de la Equidad en el Sistema Colombiano de Salud. Bogotá : Unidad de Estudios Especiales CEPAL/GTZ. Mayo 2.001. 120 p.

AHUMADA, Consuelo. La Penuria de la Salud Pública, 1.998-2002. En : Revista Gerencia y Política de Salud. No. 5 (dic., 20003); p. 47-56.

COLOMBIA. Constitución política 1991. Santa Fe de Bogotá : Imprenta Nacional. 1991. 230 p.

_____. Ley 10 de 1.990. Santa Fe de Bogotá : Imprenta Nacional, 1990.

_____. Ley 60 de 1.993. Santa Fe de Bogotá : Imprenta Nacional, 1993.

_____. Ley 100 de 1993. Santa Fe de Bogotá : Imprenta Nacional, 1993.

_____. Ley 715 de 2001. Bogotá : Imprenta Nacional, 2001.

CORCHO, Alexander. Narrativa sobre la reforma del Sistema de Salud en Colombia. Documento núcleo de acopio, apoyo y difusión de las iniciativas de reforma. Bogotá : Instituto Nacional de Salud Publica, 2.000. 310 p.

ECHEVERRY, María. Balance de los Procesos de Descentralización y Participación Social en Salud en Colombia década de los 90. En : Revista Fac. Nacional de Salud Pública. No. 18 Vol. 2 (2000); p. 19-40.

ESTRADA, Jairo. Un nuevo orden constitucional. Bogotá : Aurora, 2004. 83 p.

_____. Construcción del Modelo neoliberal en Colombia, 1970-2004. Bogotá : Aurora, 2004. 219 p.

HERNANDEZ, Mario. OPS y el Estado Colombiano, cien años de historia 1902-2002. Bogotá : s.n., 2.002. 170 p.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Informe de gestión año 2.003. [en línea]. San Juan de Pasto. 2003 [citado 12 ene., 2005]. Disponible en Internet : <URL : <http://www.idsn.gov.co>>.

_____. Informe de gestión año 2.004. [en línea]. San Juan de Pasto. 2004 [citado 12 ene., 2005]. Disponible en Internet : <URL : <http://www.idsn.gov.co>>.

_____. Informe de gestión año 2.005. [en línea]. San Juan de Pasto. 2005 [citado 12 ene., 2005]. Disponible en Internet : <URL : <http://www.idsn.gov.co>>. :

MORA, Humberto. Riesgo del Aseguramiento en el Sistema de Salud en Colombia en 1.997. Proyecto CEPAL/672 Reformas a los Sistemas en Salud en América Latina. Bogotá : CEPAL-672, 1997.190 p.

MORALES, Luís. El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Colombia. Colombia : Comisión Económica para América Latina y el Caribe Serie para el financiamiento del Desarrollo, julio 1.997. 280 p.