

**ANÁLISIS DEL MANEJO PRESUPUESTAL DEL INSTITUTO
DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO.
PERIODO 2002-2006**

ÁNGELA LORENA DE LA CRUZ BURBANO

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2008**

**ANÁLISIS DEL MANEJO PRESUPUESTAL DEL INSTITUTO
DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO.
PERIODO 2002-2006**

ÁNGELA LORENA DE LA CRUZ BURBANO

Pasantía para optar al Título de Economista.

**Asesor IDSN
Cesar Ruano Rosero
Economista P.E. Oficina de presupuesto**

**Asesor Universidad de Nariño
Arsenio Hidalgo Troya
Economista**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2008**

Nota de aceptación

Jurado

Jurado

Pasto, 5 de marzo de 2008

Dedicado a las personas que durante todo el tiempo dentro del ejercicio de mi carrera representaron un apoyo incondicional, en especial a mi madre Amparo Burbano por su amor y esfuerzo para salir adelante y mi padre José de la Cruz, persona que desde el cielo siempre fue un impulso para salir adelante en el cumplimiento de mis metas, a mi hermano Cristhian de la Cruz y finalmente a las personas que siempre me tendieron una mano con amor, amistad y apoyo.

RESUMEN

El presente trabajo realizado en el Instituto Departamental de Salud de Nariño recopila la evaluación del manejo presupuestal de esta entidad durante el periodo 2002 – 2006 a partir del cual se estableció la estructura, tendencia y proyección de tal sistema para los años 2007 – 2009 dado que esta entidad, durante su existencia, nunca había emprendido un análisis de este tipo. Dentro de este análisis se incorporó las variables más representativas en torno a las fuentes de financiamiento e inversión en el sector de la salud, en dos áreas importantes: Atención de la población pobre mediante subsidios a la demanda y las acciones e intervenciones dirigidas a la salud pública y gastos de funcionamiento, a través de un análisis de series de tiempo. A partir de lo cual se avanza hacia una evaluación del cumplimiento de las metas trazadas por el instituto en su Plan Estratégico Institucional dentro del cual se enmarca, prioritariamente, los programas de promoción y prevención, además del cumplimiento de la legislación Colombiana inherente al sector de la salud.

ABSTRACT

This work was made in the “Instituto Departamental de Salud de Nariño” and it have the evaluation of handling budgetary of these organization between the 2002 and 2006 the copilation made the structure, tendency and projection of these system for years of 2007 - 2009 the organization, never made some analysis of this type. In this analysis was incorporate the most representative variables around the financing sources and inversión in the sector of health, in two important areas: Attention of poor people by means of subsidies that need, the actions, and interventions manages to public health and operation`s, expense through one analysis of time series. In that`s way had been advances towards an evaluation of compliment goals drawn up from the institute in his “Plan Estratégico Institucional” within as framed, the programs primarily of promotion and prevention, in addition the fulfillment of Colombian’s legislation of the health sector.

TABLA DE CONTENIDO

		pág.
	INTRODUCCIÓN	16
1	ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA PASANTÍA	18
1.1	TITULO	18
1.2	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
1.2.1	Descripción del problema	18
1.2.2	Formulación del problema	22
1.3	MARCO DE REFERENCIA	22
1.3.1	Marco teórico	19
1.3.2	Marco conceptual	26
1.3.3	Marco legal	27
1.4	OBJETIVOS	36
1.4.1	Objetivo general	36
1.4.2	Objetivos específicos	36
1.5	JUSTIFICACIÓN	37
1.6	COBERTURA DEL ESTUDIO	39
1.6.1	Cobertura temporal	39
1.6.2	Cobertura espacial	39
1.6.3	Variables a trabajar	39
1.7	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	39

1.7.1	Tipo de investigación	40
1.7.2	Fuentes de información	40
1.7.3	Procesamiento de la información	40
2.3	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PRESUPUESTAL GASTORA DEL IDSN PARA EL PERIODO 2002-2006	82
2.1	INGRESOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO CONFORME A SU PLAN ESTRATÉGICO. PERIODO 2002 – 2006	90
2.1.1	Sistema general de participaciones (SGP)	43
2.1.2	CONCLUSIONES	108
2.1.2	RECOMENDACIONES	142
2.2	GASTOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO	155
	NETGRAFÍA	116
2.2.1	Atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. (Subsidios de oferta)	51
2.2.2	Salud pública	52
3	ANÁLISIS DEL MANEJO PRESUPUESTAL DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO MEDIANTE SERIES DE TIEMPO. PERIODO 2002 – 2006	55
3.1	COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS DEL IDSN EN EL PERIODO 2002 – 2006	55
3.1.1	Ingresos totales del IDSN. periodo 2002 - 2006	56
3.1.2	Recursos de capital del IDSN. Periodo 2002 -2006.	69
3.2	COMPORTAMIENTO DE LOS GASTOS DEL IDSN EN EL PERIODO 2002 – 2006	70
3.2.1	Gastos de funcionamiento del IDSN. Periodo 2002 -2006	73
3.2.2	Gastos de inversión del IDSN. Periodo 2002 -2006	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Colombia: Gasto en salud 1993-2002. Principales componentes millones de pesos constantes del 2000	18
Gráfico 2. Colombia. Gasto per cápita en salud. Pesos constantes del 2000 y US dólares	20
Gráfico 3. Estructura del Sistema General de Participaciones	44
Gráfico 4. Composición del Sistema General de Participaciones	45
Gráfico 5. Rentas cedidas del Departamento y su destinación	46
Gráfico 6. Recursos propios IDSN y su respectiva destinación	45
Gráfico 7. Ingresos IDSN y su respectiva destinación. Vigencia 2002 – 2006	5
Gráfico 8. Gastos IDSN y su respectiva destinación. Vigencia 2002 – 2006	54
Gráfico 9. Apropiación y recaudación de ingresos en el IDSN. Periodo 2002 – 2006 (Millones de pesos)	56
Gráfico 10. Estructura de los ingresos totales del IDSN. Periodo 2002 – 2006	58
Gráfico 11. Evolución de los ingresos totales del IDSN. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)	59
Gráfico 12. Estructura de los ingresos corrientes del IDSN. Periodo 2002-2006	59
Gráfico 13. Evolución de los ingresos corrientes del IDSN. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)	62

Gráfico 14. Evolucion de las transferencias nacionales del IDSN. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)	63
Gráfico 15. Estructura de las transferencias nacionales percibidas por el IDSN. Periodo 2002-2006	65
Gráfico 16. Estructura de las rentas Departamentales Giradas al IDSN. Periodo 2002 - 2006	66
Gráfico 17. Evolución de las rentas cedidas del departamento giradas al IDSN. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)	68
Gráfico 18. Estructura de los recursos de capital del IDSN. Periodo 2002-2006	69
Gráfico 19. Evolución de los recursos de capital del IDSN, Periodo 2002 – 2006. (Millones de pesos)	69
Gráfico 20. Apropiación y ejecución de gastos en el IDSN. Periodo 2002 – 2006. (Millones de pesos)	70
Gráfico 21. Estructura de los gastos totales del IDSN. Periodo 2002-2006.	72
Gráfico 22. Evolución de los gastos totales del IDSN. Periodo 2002-2006. (Millones de pesos)	73
Gráfico 23. Estructura de los gastos de funcionamiento del IDSN. Periodo 2002-2006	74
Gráfico 24. Evolución de los gastos de funcionamiento del IDSN. Periodo 2002-2006. (Millones de pesos)	75
Gráfico 25. Constitucion de los recursos de subsidio de oferta del IDSN. Periodo 2002-2006	77
Gráfico 26. Evolución de los gastos de subsidio de oferta CSF del IDSN. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)	78

Gráfico 27. Estructura de los gastos de subsidio de oferta CSF del IDSN. Periodo 2002-2006	80
Gráfico 28. Estructura de los gastos de inversión del IDSN. Periodo 2002-2006. (Millones de pesos)	82
Gráfico 29. Proyecciones de ingresos y gastos del IDSN para el periodo 2007-2009 (Millones de pesos)	86
Gráfico 30. Proyecciones de los recursos departamentales, venta de servicios y recursos de capital del IDSN. Periodo 2007-2009 (Millones de pesos)	87
Gráfico 31. Proyecciones de los principales gastos del IDSN para el periodo 2007-2009 (Millones de pesos)	88
Gráfico 32. Presupuesto del IDSN. Periodo 2002-2006	89
Gráfico 33. Participación de los gastos de funcionamiento en las rentas cedidas del Departamento. Periodo 2002-2006	92
Gráfico 34. Participación del rubro de investigación en las rentas de juegos de suerte y azar. Periodo 2002-2006	93
Gráfico 35. Participación de los rubros destinados a los ancianatos sobre las rentas de juegos de suerte y azar. Periodo 2002-2006	93
Gráfico 36. Presupuesto Programas especiales del Ministerio de la Protección Social. Periodo 2002-2006	95
Gráfico 37. Presupuesto de la campaña antituberculosis del Ministerio de la Protección Social en Nariño. IDSN. Periodo 2002-2006	97
Gráfico 38. Presupuesto del programa control de lepra del Ministerio de la Protección Social en Nariño. IDSN. Periodo 2002-2006	99
Gráfico 39. Presupuesto Programa ETV con recursos del Ministerio de la Protección Social. Periodo 2002-2006	100

Gráfico 40. Gastos de salud pública en el programa ETV. Periodo 2002-2006	99
Gráfico 41. Gastos de salud pública en el programa de Salud infantil	100
Gráfico 42. Gastos de salud pública en el programa salud sexual y reproductiva. Periodo 2002-2006	102
Gráfico 43. Inversión en el programa IEC. Periodo 2002-2006	102
Gráfico 44. Inversión en el programa de seguridad alimentaria. Periodo 2002-2006	103
Gráfico 45. Inversión en el programa de Salud ambiental. Periodo 2002-2006	104
Gráfico 46. Inversión en el programa salud sexual y reproductiva y prevención al consumo de alcohol, tabaco y spas. Periodo 2002-2006	106

ÍNDICE DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Gasto departamental en salud. IDSN. Periodo 2004-2005	21
Cuadro 2. Calendario de giros de los recursos del SGP al IDSN	43
Cuadro 3. Red departamental de IPS públicas en Nariño	52
Cuadro 4. Distribución de los ingresos totales del IDSN. Periodo 2002 - 2006 (millones de pesos).	57
Cuadro 5. Tasa de crecimiento de los ingresos totales del IDSN. Periodo 2003-2006	57
Cuadro 6. Distribución de los ingresos corrientes del IDSN. Periodo 2002-2006 (millones de pesos).	59
Cuadro 7. Tasa de Crecimiento de los Ingresos Corrientes del IDSN. Periodo 2003-2006	61
Cuadro 8. Distribución de las transferencias nacionales giradas al IDSN. Periodo 2002-2006 (millones de pesos)	62
Cuadro 9. Tasa de crecimiento de las transferencias nacionales del IDSN. Periodo 2003 – 2006	64
Cuadro 10. Distribución de las rentas Departamentales giradas al IDSN. Periodo 2002 -2006 (millones de pesos)	66
Cuadro 11. Tasa de crecimiento de las Rentas Departamentales giradas al IDSN. Periodo 2003-2006	67
Cuadro 12. Distribución de los ingresos de capital del IDSN. Periodo 2002-2006 (millones de pesos)	69
Cuadro 13. Tasa de Crecimiento de los recursos de capital del IDSN.	69

Periodo 2003-2006

Cuadro 14. Distribución de los gastos totales del IDSN. Periodo 2002-2006 (millones de pesos)	71
Cuadro 15. Tasa de crecimiento de los gastos totales del IDSN. Periodo 2003 – 2006	72
Cuadro 16. Distribución de los gastos de funcionamiento del IDSN. Periodo 2002-2006 (millones de pesos)	74
Cuadro 17. Tasa de crecimiento de los gastos de funcionamiento del IDSN. Periodo 2003 – 2006	76
Cuadro 18. Distribución de los gastos de subsidio de oferta CSF del IDSN. Periodo 2002-2006 (millones de pesos)	79
Cuadro 19. Distribución de los Gastos de Inversión del IDSN. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)	81
Cuadro 20. Tasa de crecimiento de los Gastos de Inversión del IDSN. Periodo 2003-2006	83
Cuadro 21. Proyecciones de ingresos y gastos del IDSN. Periodo 2007-2009 (Millones de pesos)	85
Cuadro 22. Proyecciones de los recursos departamentales, venta de servicios y recursos de capital del IDSN. Periodo 2007-2009 (Millones de pesos)	87
Cuadro 23. Proyecciones de los principales gastos del IDSN para el periodo 2007-2009 (Millones de pesos)	88
Cuadro 24. Indicadores de evaluación presupuestal del IDSN. Periodo 2002-2006	92
Cuadro 25. Ingresos Programas Especiales del Ministerio de la Protección Social. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)	96

Cuadro 26. Gastos Programas Especiales Ministerio de la Protección Social. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)	96
Cuadro 27. Resultados de la campaña antituberculosis y lepra en el Departamento de Nariño. Periodo 2002-2005	97
Cuadro 28. Resultados del Programa ETV en el Departamento de Nariño. Periodo 2002-2005	99
Cuadro 29. Resultados del programa PAI en el Departamento de Nariño. Periodo 2002-2005 (Porcentaje de cobertura)	100
Cuadro 30. Resultados del programa salud infantil en el Departamento de Nariño. Periodo 2002-2005	101
Cuadro 31. Resultados del programa salud sexual y reproductiva en Nariño. Periodo 2002-2005	102
Cuadro 32. Consumo de sustancias psicoactivas en el Departamento de Nariño. Periodo 2003-2004	105
Cuadro 33. Inversión en salud pública. Periodo 2002-2006. (Millones de pesos)	106
Cuadro 34. Afiliación al regimen subsidiado en el Departamento de Nariño	107

INTRODUCCIÓN

La atención en salud de la población es una prioridad y apunta a ser uno de los ejes centrales de acción en cada uno de los planes nacionales y locales del gobierno. Este sector es vulnerable a importantes cambios mediante la expedición de nuevas normas y leyes que intentan contrarrestar las debilidades del mismo buscando mediante la ejecución de estas hacer la prestación de este servicio mas eficiente, de calidad y universal para todos.

Es por ello, que el gobierno por un lado atiende las necesidades de este sector a través de la transferencia de recursos mediante el Sistema General de Participaciones (SGP) que se crea a partir de la expedición de la ley 715 de 2001 y delega a la vez responsabilidad a cada una de las entidades territoriales para que desarrollen e instauren políticas de salud encaminadas al bienestar humano, de manera que en sus planes y presupuestos departamentales enmarquen como una acción primordial la inversión social en el mencionado sector haciendo uso de los recursos de la nación y recursos propios del Departamento conforme a la tendencia de descentralización de funciones imperante desde el año 1945¹.

De ahí que el adelanto de este estudio se guía por un lado a analizar el recaudo y fuente importante de parte de estos recursos que se destinan a la salud pública, prestación de servicios médicos en lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud (POS) y los diferentes planes de promoción de la salud y prevención de enfermedades que afectan a la comunidad nariñense en sus diferentes áreas; funciones que son realizadas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y por otro lado, y aún mas importante, se analizara el manejo y focalización de estos recursos, tratando de medir su impacto en el cumplimiento de las metas trazadas por el actual periodo de gobierno y por tanto las trazadas al interior de la Institución en su plan de trabajo para el periodo comprendido entre el año 2002-2006; lo anterior a través de la obtención de indicadores que permitan evaluar los objetivos del instituto y demás que se tracen al respecto.

Por tanto, el desarrollo de este trabajo esta dirigido a la búsqueda de que el IDSN procure procesos de presupuestación mucho mas acordes a lo lineamientos legales, con criterios de eficiencia que optimicen la ejecución de los recursos públicos, puesto que cabe destacar que estos al ser el instrumento de la política social del estado, van a incidir directamente en el grado de desarrollo social y económico del municipio y por ende en todos los aspectos vitales del ser humano, y no solo esto, sino que además del buen manejo que se haga dependerá en gran

¹ IREGUI, Ana María. RAMOS, Jorge. SAAVEDRA, Luz Amparo. Análisis de la descentralización fiscal en Colombia. Banco de la República. Bogotá. Marzo de 2001. Versión preliminar. p. 4.

medida que la administración se auto-controle y retroalimente continuamente para establecer la capacidad financiera del instituto y sus posibilidades de ejecución real de los programas y proyectos propuestos en su plan estratégico.

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA PASANTÍA

1.1 TITULO

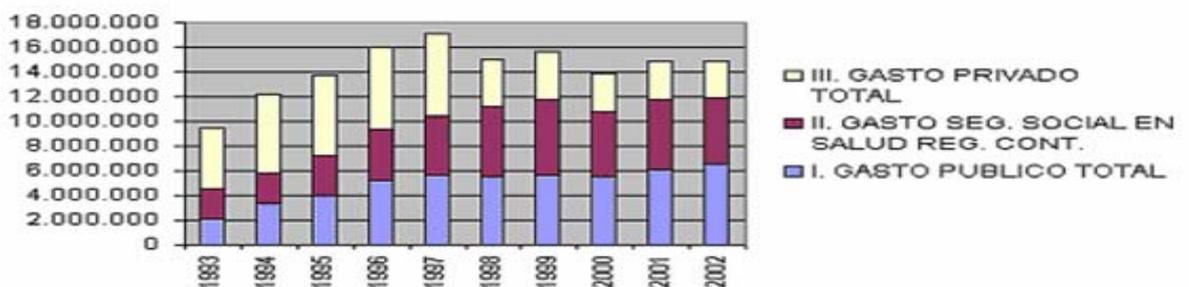
Análisis del manejo presupuestal del Instituto Departamental de Salud de Nariño. Periodo 2002-2006

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 Descripción Del Problema. En Colombia el sistema de salud esta a cargo del gobierno nacional a través del ministerio de la protección social quien tiene la función de cumplir lo establecido en el plan de desarrollo del respectivo gobierno, ante lo cual se han enmarcado como propósito la seguridad social integral (salud, riesgos profesionales y protección al cesante) y por otro lado el Sistema de promoción social (Sistema social de riesgo). Es así como este ministerio vigila y controla los recursos que se destinan a la salud los cuales a su vez presentan serias limitaciones.

Se puede observar que el gasto en salud en pesos constantes del 2000 ascendió un 80% entre 1993 y 1997, desde 9.5 billones hasta 17 billones. Posteriormente muestra los descensos de 1998 y el año 2.000, para estabilizarse cerca de los 15 billones en 2001 y 2002. Al desagregar el gasto en salud en sus principales componentes se observa que el rubro que más se reduce es el del gasto privado, integrado por seguros privados, medicina prepagada, planes complementarios, SOAT y el gasto directo o de bolsillo. Gráfico 1

Gráfico 1. Colombia: Gasto en salud 1993-2002. Principales componentes millones de pesos constantes del 2000



Fuente: Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Respecto al gasto público en el año 2006 se asignaron para salud recursos por valor de \$3.835.637 millones de los cuales \$1.940.245 millones, equivalentes al 50.6% se destinaron al Régimen Subsidiado, \$1.497.019 millones, equivalentes al 39% se destinaron a prestación de servicios y \$398.373 millones, equivalentes al 10.4% se destinaron a salud pública.

Para el 2007, mediante documentos CONPES 103 y 104 se asignaron \$4.134.279 millones, de los cuales \$2.281.365 millones, equivalentes al 55.2% se destinaron al régimen subsidiado, \$403.199 millones equivalentes al 9.8% se destinaron a salud pública, \$824.266 millones equivalentes al 19.9% se destinaron a prestación de servicios, quedando por distribuir el 15.1%, \$625.449 millones.

Se evidencia entonces que dentro del presupuesto nacional si bien estas partidas han incrementado lentamente conservan una baja participación respecto a los demás rubros que componen el presupuesto, ya que:

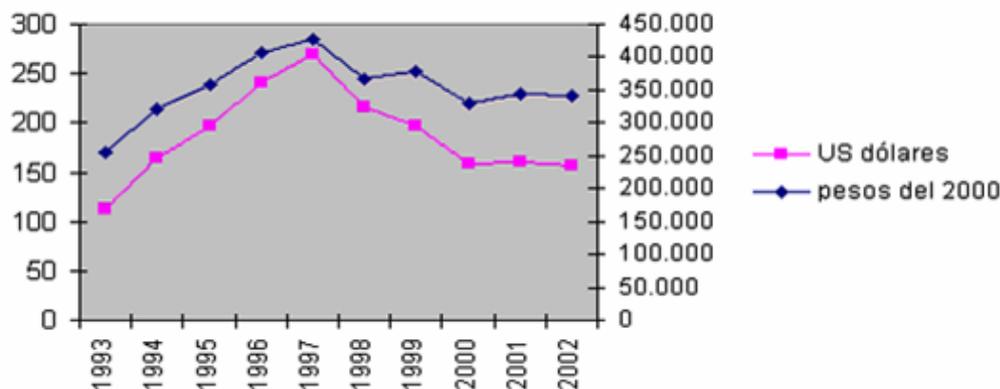
“Del total nacional aprobado para el 2007 por parte del senado y la cámara de representantes, el cual asciende a \$117,6 billones de pesos, el 48.6% se destina a funcionamiento, el 33.6% al pago de la deuda y el 17.8% se destina para inversión. Dentro del monto destinado para el funcionamiento se encuentran las Transferencias a municipios y departamentos a los cuales se destina el 70.57% del total de estos rubros lo equivalente a \$40.3 billones de pesos, monto del cual se transfieren mediante el Sistema General de Participaciones (SGP) \$17.6 billones de pesos para invertir en educación, saneamiento básico, agua potable y salud”².

Este manejo presupuestal es ciertamente improcedente, más aun si se tiene en cuenta que el monto destinado por el SGP, el cual representa tan solo el 14.96% del total del presupuesto nacional, debe alcanzar para el cubrimiento total de los aspectos esenciales para el desarrollo y bienestar humano, de tal manera que se esta creando una brecha entre la restricción presupuestal y las crecientes necesidades de la población en cuanto al acceso y calidad en la prestación del servicio de salud.

De esta manera, en términos per cápita, el gasto en salud no logro sostener el incremento presentado entre el periodo 1993 y 1997 del 66% en estos cuatro años, esto debido entre otras cosas al incremento del número de beneficiarios por número de afiliados al régimen de salud, evidenciándose dos grandes caídas, la primera en 1998 y la segunda en el año 2000. Gráfico 2

² SENADO DE LA REPÚBLICA. Congreso aprobó presupuesto para 2007. Bogotá, 18 oct. En: www.abc.camara.gov.co/prontus_senado/site/artic/20060921/pags/2006092181032.html

Gráfico 2. Colombia. Gasto per-cápita en salud. Pesos constantes del 2000 y US dólares



Fuente: Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Ante esto es necesario reforzar el papel del Estado como ente regulador del sistema y reconocer con prontitud las debilidades en el sector salud para poder determinar si lo que prevalece ciertamente es una falta de recursos o es la ineficiencia en el sistema de salud, lo cual no permite obtener el máximo beneficio de estos y además cubrir a la totalidad de la población, puesto que parte de estos rubros pueden estar creando condiciones que desencadenan en clientelismo y malversación de fondos al interior de las entidades públicas.

Pero por otra parte, dado el proceso de descentralización, si bien “el 70% del gasto social (principalmente salud, educación, saneamiento básico y agua potable) esta financiado mediante las transferencias”³, los departamentos poseen la facultad y vienen haciendo uso de recursos propios a través de las rentas cedidas provenientes de la aplicación de impuestos tanto al consumo de licores y cerveza, como a los juegos de azar. En el Departamento de Nariño los recursos derivados de estas rentas y destinados específicamente al sector salud, son manejados a través del Instituto departamental de Salud de Nariño (IDSN), quien entre sus tareas tiene:

“El fijar políticas, realizar inspección, vigilancia y control y ofrecer asistencia técnica y capacitación a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para garantizar así la promoción y prestación del servicio de salud, procurando un desarrollo sostenible”⁴.

El IDSN por tanto, a través de su gestión en el Departamento ha logrado mejorar la prestación de servicios y atención a la comunidad, con énfasis en la población

³ *Ibíd.*

⁴ INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Plan Estratégico Institucional 2004-2007. Marzo 2004. p. 9.

vinculada. Es así como los recursos que destina esta entidad a la atención de esta población en sus diferentes áreas muestra un aumento que aunque no muy significativo si ha logrado mejorar las condiciones de salud de cierta parte de la población, Cuadro 1

Cuadro 1. Gasto departamental en salud. IDSN. Periodo 2004-2005

AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA	RENTAS CEDIDAS. INVERSIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA	PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA (PAB)
2004	40978.072.961	12237.239.365	5814.076.829
2005	41454.698.911	14196.202.642	8695.494.547

Fuente: Oficina de Presupuesto/ Informes de ejecución presupuestal

Cabe aclarar que los recursos que se destinan a salud en el Departamento no se consideran suficientes dado que el sector muestra debilidades debido entre muchos factores a la limitación de la normatividad que rige el sector. Ejemplo de esto es que

“el Plan Obligatorio de Salud (POS) en Colombia cubre menos del 40% de las patologías de salud, por otra parte, se tiene que el personal que forma parte del sector salud muestra que el 33% de este pertenece al área administrativa y el 67% al área asistencial, es un perfil humano no adecuado a los requerimientos del sector salud, especialmente en el primer nivel de atención”⁵

Además, las instituciones no cuentan con el equipamiento que garantice una tecnología biomédica apropiada para una eficaz capacidad resolutive, especialmente en los niveles 2 y 3 de complejidad.

Ante este panorama, el IDSN esta haciendo uso de recursos propios y se esta implementando un sistema de evaluación al interior de la entidad buscando en el área de presupuesto eficiencia, eficacia y efectividad en los procesos que desarrolla, pues no es ajena al logro de dar cumplimiento a la meta trazada por el actual periodo de gobierno en su Plan Nacional de Desarrollo (PND), el cual pretende alcanzar una cobertura del 100% al régimen de salud para el año 2010 de los estratos I, II y III del SISBEN, dando cumplimiento a su vez a lo establecido en la Constitución Política de Colombia en su artículo 48; donde se dictamina que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestara

⁵ Ibíd. P. 12.

bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

1.2.2 Formulación Del Problema.

- ¿Cuál es el manejo presupuestal del Instituto Departamental de Salud de Nariño en el periodo 2002-2006?

1.3 MARCO DE REFERENCIA

1.3.1 Marco Teórico. Desde el comienzo en el que se hicieron evidentes las grandes y variadas necesidades de la población en sus diferentes dimensiones, dada la escasez de recursos de todo tipo, se empezaron a tratar estos problemas desde la perspectiva filosófica y económica en su afán de hallarle explicación y solución a las debilidades dominantes del sistema socio-económico imperante.

Es así, como desde la concepción clásica aristotélica que perduró en occidente por más de 20 siglos, hasta el desarrollo del modelo liberal en el siglo XVIII, según el cual, lo justo no se deriva de la distribución natural, sino de la decisión moral derivada del contrato social, ante lo cual Locke afirma que “la garantía de los derechos a la vida, a la integridad física, a la libertad y a la propiedad sería la única justificación del poder del Estado”⁶, se dedujo que ir más allá de esto sería atentar contra el contrato social constituyente.

Posteriormente, reafirmando esta posición y refiriéndose específicamente a la necesidad de la salud, en el siglo XVIII, la declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, por parte de la Asamblea Nacional Francesa ratificó el pensamiento de Locke. Al respecto, Robert Nozick debate este concepto, sustentando que: “la atención en salud de los pobres es un asunto de caridad y no de justicia, pues nadie puede pedir del Estado más que la garantía de la justa adquisición de bienes y servicios, en función del trabajo, de la compra o de la herencia.”⁷ Es decir la atención médica se compra y se vende, pero no es un derecho, derivado del principio de justicia distributiva. Si se acepta que algunas personas no pueden comprar esos servicios porque no tienen suficientes recursos, cualquier provisión por otro o por el Estado se sustenta en el principio de beneficencia y caridad, no de justicia para este autor.

⁶ MARTÍNEZ MARTÍN, Félix León. Enfoque para el Análisis y la Investigación sobre Equidad. Inequidad en Salud. Bogotá, 2006. p. 182

⁷ Ibid. p. 183

Sin embargo, para los autores liberales este planteamiento resulta insuficiente puesto que, por ejemplo, “no existe un derecho particular y específico a la asistencia sanitaria, sino un derecho genérico a la redistribución de una cierta riqueza”⁸, es decir, que queda relegada la priorización de las necesidades de las personas en tanto se de una asistencia con recursos públicos por parte del estado.

Pero, con el auge socialista que tuvo como sus mayores exponentes a Marx y Engels se formo una nueva visión que consideraba que garantizar el derecho a la propiedad privada perpetúa las desigualdades, porque limita a la clase trabajadora el acceso a bienes y servicios, de manera tal que el servicio de salud tiene que ser inherente a todas las personas y cuyos costos deben ser sustentados netamente por el estado sin que esto dependa de ninguna forma del nivel de ingresos de las personas, dando un cubrimiento a la totalidad de la población.

Bajo esta perspectiva por tanto, se empieza a hablar de la salud como un bien público que debía ser ofrecido por el estado ante las limitaciones económicas de gran parte de la población. Es así, como Bisdsall William define como un bien público “todo bien o servicio provisto de facto o subsidiado por el presupuesto gubernamental”⁹. Pero además economistas de reconocimiento mundial como Samuelson, Strotz, Bretón y Dorfman llegan a la conclusión de que ciertos bienes tienen la peculiaridad de que una vez disponibles, no pueden impedirse a nadie de su disfrute, independientemente de que se contribuya o no a su provisión; estos son los bienes públicos.

Pero esta concepción viene desde mucho antes puesto que desde 1958 el economista Wickselle afirmó al respecto que:

“Si la comunidad, tiene interés en que un servicio particular llegue a un individuo, es obvio que seria poco razonable permitir que la creación de ese servicio mas general dependiera solo de ese individuo, quien podría no valorar la actividad estatal lo suficiente para hacer el sacrificio de pagar el honorario, o la ignorancia o la pobreza podrían llevarlo a prescindir del servicio. Aquí reside la justificación principal de las demandas modernas de una provisión gratuita o muy barata del proceso legal, la educación elemental, la atención medica, ciertas medidas de salud publica, etc.”¹⁰

Por tanto, los servicios públicos en la actualidad apuntan obviamente a la satisfacción de las necesidades humanas, que pueden ser individuales (son propias del individuo y puede implicar la existencia de un desequilibrio que puede

⁸ DWORKIN, Ronald. Justice in distribution of Health Care. Citado por: PETER, Fabienne – EVANS, Timothy. Dimensiones éticas de la equidad en salud. 1981. p. 96.

⁹ BIRDSALL, William. Un estudio de la demanda por bienes públicos. 1965. p. 235.

¹⁰ KNUT, Wickselle. A new principle of just taxation. New York. 1958. p. 112.

regularizarse) como la alimentación y el vestido; colectivas (son necesidades del grupo y manifestaciones de la vida en sociedad) tales como: la educación, la comunicación y el transporte; y públicas (son necesidades comunes a todos los miembros de una sociedad jurídicamente organizada) que justifican la existencia del estado.

La salud por ende es catalogada como una necesidad pública en la actualidad. De ahí que la prestación de la misma sea considerada como una obligación del estado, la cual debe ser atendida con recursos públicos, teniendo presente que al ser estos escasos deben ser usados de la manera más eficiente. Con base en esto surgieron dos enfoques sobre el manejo de los recursos públicos: El enfoque clásico y el moderno.

Los clásicos ponen énfasis en que los ingresos públicos están destinados a financiar los gastos públicos. Ellos abogan por la intervención del estado y afirman que el “estado es un ente necesario por las funciones que debe cumplir y los gastos que debe realizar con su consecuencia inmediata. De este modo, el estado puede y debe obtener recursos de los particulares para atender el financiamiento del gasto”¹¹. La concepción clásica establece una relación muy estrecha entre los recursos y los gastos públicos que financia.

Por su lado, los enfoques modernos admiten que, además de la utilización de los recursos para financiar el gasto público, hay otros aspectos vinculados con el impacto de los mismos en la actividad económica. En realidad, esta concepción no es tan moderna, ya que los mercantilistas utilizaban los recursos públicos como instrumentos de la política económica a través de gravámenes sobre el comercio exterior.

Se considera a los recursos públicos como toda aquella riqueza que teniendo origen en el sector privado, se transfieren al sector público para producir ciertos efectos sobre la economía, o sea, contribuir a los fines del estado. Esta conceptualización moderna es lo suficientemente amplia como para abarcar recursos de distintos tipos como impuestos, tasas, recursos patrimoniales, endeudamientos y aún operaciones de tesorería.

Respecto al Gasto Público, también se desarrollaron dos líneas de estudio, la clásica que dirige la atención a la magnitud o nivel de este, y afirman que debe ser lo más reducido posible y no asignar preponderancia a la composición del mismo. “En la hacienda clásica el gasto determina el recurso; dado un nivel de gasto necesario para el funcionamiento del estado, se necesita cierta cantidad de recursos”¹².

¹¹ FÉLIX LEÓN, Martínez Martín. Op. cit. p. 215.

¹² *Ibíd.* p. 216.

En contraposición a esto, el enfoque moderno se preocupa fundamentalmente por la composición o estructura del gasto público, es decir presta mas atención a las actividades a las cuales se destina el gasto, sean estas de inversión, funcionamiento, pago al servicio de la deuda, justicia, entre otros.

Por tanto, la vigencia del neoliberalismo hace uso de la política fiscal y esta revela la forma en la que el gobierno participa en la economía, lo que se expresa de manera general, aunque no única en como se formula y aplica el presupuesto público. Este consiste en un ejercicio técnico asociado con la determinación de las fuentes de ingresos y el destino del gasto del gobierno con el objetivo de promover el crecimiento económico y el incremento del bienestar de la población por medio del sustento de la actividad productiva y la prestación de servicios públicos. Por ende “el presupuesto es un ejercicio de estimación de los ingresos que puede recibir el gobierno y de fijación de gastos requeridos para alcanzar las metas de política económica en un año”.

Hay órganos a los que se les confiere una determinada legitimidad política que se encargan de aplicar los recursos de la sociedad hacia fines planificados y acordados y que debe suponerse, sustentan el consenso general.

Conforme a lo anterior, se puede decir que en el manejo presupuestal juega un papel importante un sin número de factores como: la concepción teórica, ideológica o política, entre otras que lleva a que los resultados no sean ecuanímes, sino que dependan de la administración del gobierno en un periodo determinado, lo cual sin embargo, no debería ser de esta forma, pues es la sociedad la directamente afectada y de eso dio cuenta el economista británico Nicholas Kaldor al afirmar que:

“para realizar las esperanzas de un progreso económico acelerado, que conciben los países subdesarrollados, difícilmente puede exagerarse la importancia que tiene el ingreso público. Cualquiera que sea la ideología prevaleciente o el color político de un gobierno en particular, precisa expandir constantemente toda una gama de servicios que no producen ingreso alguno como educación, salubridad, servicios de comunicaciones y así sucesivamente, como prerequisite del desarrollo cultural y económico”¹³

Esta claro que el gasto público nacional y local es una agente dinamizador de la economía mediante la inversión social en los sectores de educación, salud, saneamiento básico, deporte, cultura y pago de nominas siempre y cuando sea un gasto sano, es decir, permita el equilibrio entre ingresos y gastos.

¹³ KALDOR, Nicholas. Las Reformas al Sistema Fiscal Mexicano. La Economía Mexicana. vol. 2. México. 1973. p. 132.

Cabe resaltar, ante todo, que en la literatura de la economía teórica del bienestar resulta básica la cuestión de los criterios mediante los cuales se debe juzgar la conveniencia de las alteraciones propuestas en la asignación de recursos por parte del gobierno, es posible que el criterio del bienestar social mejor conocido sea el que propuso Vilfredo Pareto al decir que: “todo cambio social es deseable si por lo menos una persona se considera en mejor situación gracias al cambio, al mismo tiempo que nadie ve empeorar su situación a causa de este”.

Por consiguiente, el adecuado manejo presupuestal fue y sigue siendo uno de los aspectos básicos para el desarrollo de una buena gestión financiera en cada una de las entidades territoriales y esto a su vez permite garantizar la transparencia en la ejecución de los recursos y contribuye al desarrollo de las metas y estrategias facilitando la articulación de sistemas de seguimiento y evaluación en pro del bienestar social.

1.3.2 Marco Conceptual.

- **Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA):** Fondo creado por ley 100 de 1993 y manejado mediante encargo fiduciario para la administración de recursos en el Sistema General de Seguridad Social de Salud; se compone de 4 subcuentas independientes que son: de compensación interna para el régimen contributivo, de solidaridad entre régimen contributivo y subsidiado, de promoción de la salud y de seguros de riesgos catastróficos y de accidentes de tránsito.

- **Población vinculada:** Es toda la población del territorio nacional que cumple con las características de pobreza y vulnerabilidad y que transitoriamente no se encuentran vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Su atención es responsabilidad del estado a través de las instituciones públicas o privadas contratadas por este, con cargo a recursos de oferta.

- **Plan Obligatorio De Salud Subsidiado (POS-S):** paquete de servicios de salud a que tienen derecho los afiliados a régimen subsidiado, incluye acciones de promoción y prevención, atención de consulta externa hospitalaria de menor complejidad, atención a la madre gestante y al menor de un año y atención para enfermedades de alto costo.

- **Sistema General De Participaciones Para Salud (SGP-S):** creado por ley 715 del 2001, entro a remplazar lo que antes se llamaba situado fiscal e ingresos corrientes de la nación. Estos recursos son para salud y se destinan a 3 fuentes en el régimen: subsidios a la demanda, subsidios a la oferta y el plan de atención básica, y para educación y saneamiento básico.

- **Sistema General De Seguridad Social En Salud (SGSSS):** Es el conjunto de normas, instituciones y procedimientos de los que disponen las personas para

gozar de una mejor calidad de vida mediante el amparo de las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica.

- **Subsidios o recursos de oferta:** Es el aporte económico a cargo del estado, dirigido a las instituciones públicas hospitalarias o a las particulares con las cuales contrata, con el fin de garantizar la atención de las personas de escasos recursos y que aun no han ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es decir de la población vinculada siempre y cuando el afiliado no tenga capacidad económica.

- **Rentas cedidas con destinación específica para salud:** Son recursos que provienen de los impuestos departamentales sobre los licores, cerveza y juegos de suerte y azar.

1.3.3 Marco Legal. La Constitución Política de Colombia enmarca dentro del marco legal constitucional en su Artículo 1, a Colombia como un estado social de derecho organizado en forma descentralizada, donde además se declara en su capítulo II “Del régimen departamental”, la autonomía para la administración de los asuntos seccionales y la planificación y promoción del desarrollo económico y social dentro de su territorio. Se enmarca de la misma forma, a la salud como un servicio público a cargo del estado, garantizando de la misma forma en su artículo 49 el acceso a los servicios de protección y recuperación de la salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en forma descentralizada.

A partir de esto se ha reglamentado diferentes leyes y decretos que asignan las competencias de la nación y las entidades territoriales para este fin. Es así, que en la LEY 10 DE 1990 se define en su artículo primero (Servicio público de salud) la forma de prestación de la asistencia pública en salud, así como las personas que tienen derecho a ella, de la misma forma el gobierno es el encargado de establecer los servicios básicos de salud que él ofrecerá gratuitamente, los niveles de atención en salud y los grados de complejidad, para los efectos de las responsabilidades institucionales en materia de prestación de servicios, teniendo en cuenta las necesidades de la población y la cobertura territorial principalmente.

Conforme a esto se dictaminó de igual forma en su Artículo 6 las responsabilidades en la dirección y prestación de servicios de salud a los Departamentos, directamente, o a través de entidades descentralizadas directas, o indirectas, creadas para el efecto, la dirección y prestación de los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención que comprende los hospitales regionales, universitarios y especializados.

Por su parte en el artículo 10 se establece que el sistema de salud se regirá en los niveles seccionales y locales, por las normas científico-administrativas, que dicte el Ministerio de Salud y será dirigido por el funcionario, que autónomamente determine el órgano competente de la entidad territorial respectiva, Por tanto se establece en el artículo 11 las funciones de la dirección seccional del sistema de salud de cada departamento, las cuales quedan establecidas de la siguiente manera:

- Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las entidades e instituciones que prestan el servicio de salud en el territorio de su jurisdicción;
- Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio seccional;
- Programar la distribución de los recursos recaudados para el sector salud, teniendo en cuenta la cantidad, calidad y costo de los servicios y la eficiencia y méritos de las entidades que prestan el servicio de salud;
- Contribuir a la formulación y adopción de los planes y programas del sector salud, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales;
- Sugerir los planes, programas y proyectos que deben incluirse en los planes y programas nacionales;
- Estimular la participación comunitaria;
- Supervisar el recaudo de los recursos seccionales que tienen destinación específica para salud;
- Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud;
- Promover la integración funcional y ejercer las funciones que expresamente le delegue el Ministerio de Salud;
- Administrar el Fondo Seccional de Salud en coordinación con la Secretaría de Hacienda;
- Adaptar y aplicar las normas y programas señalados por el Ministerio de Salud, para organizar los regímenes de referencia y contrarreferencia, con el fin de articular los diferentes niveles de atención en salud y de complejidad,
- Exigir a las entidades que prestan servicios de salud como condición para toda transferencia, la adopción de sistemas de contabilidad de acuerdo con las normas que expida el Ministerio de Salud;
- Fijar y cobrar tasas o derechos por la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones.

De la misma forma, otro aparte importante en este sentido es la creación de los fondos de salud, a partir del artículo 13, donde las entidades territoriales están obligadas a organizar un Fondo local o seccional de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, con unidad de caja, sometida a las normas del régimen presupuestal y fiscal de la entidad territorial, bajo la administración de la dirección seccional o local de salud, cuyo ordenador

del gasto será el respectivo jefe de la administración o su delegado. A dicho fondo, se deberán girar todas las rentas nacionales cedidas o transferidas, con destinación específica, para la dirección y prestación de servicios de salud; los recursos correspondientes al situado fiscal para la salud; los recursos libremente asignados para la salud, y, en general, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial, respectivo, y los recursos directos o provenientes de cofinanciación que se destinen, igualmente, para el sector salud, respetando los recursos de la seguridad, la previsión social y del subsidio familiar.

Sujeto a lo regulado en esta ley por tanto, mediante el decreto 401 de julio de 1993, de la Gobernación de Nariño, se organiza el sistema de salud del Departamento de Nariño, y se crea así, el IDSN, un establecimiento público descentralizado del orden departamental, vinculado al ministerio de la protección social en lo atinente a las políticas y la planeación del sector salud y al Sistema General de Seguridad Social en Salud, dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, financiera y presupuestal, gobierno, rentas y patrimonio propio e independiente; que se rige por la Constitución Política de Colombia, la ley 100 de 1993, las demás disposiciones que le sean aplicables con su régimen especial y las normas internas dictadas en ejercicio de su autonomía, con una junta directiva, un director nombrado por el gobernador del Departamento y una planta de personal sujeto a las disposiciones que son aplicables a los establecimientos públicos.

El IDSN es un organismo único de dirección del sistema de salud, para ejecutar la integración, coordinación, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud en el Departamento.

Cabe aclarar que de la misma forma se dio una transformación de los recursos de situado fiscal hacia la creación del Sistema General de Participaciones (SGP), donde mediante la aprobación del Acto Legislativo del año 2002 se dio modificación a los artículos 356 y 357 de la constitución política de Colombia, con esta expedición el gobierno fijo los nuevos parámetros a cargo de la Nación y de los Departamentos, Distritos, y Municipios para efecto de atender los servicios a cargo de estos y proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación. Por tanto, como medida se dio creación al mencionado SGP de los Departamentos, Distritos y Municipios.

Estos recursos se destinarían a la financiación de los servicios a su cargo, dándole prioridad al servicio de salud y los servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media, garantizando la prestación de los servicios y la ampliación de cobertura.

La ley reglamento los criterios de distribución del SGP de acuerdo con las competencias que le asigne a cada una de éstas entidades, incorporando principios sobre distribución que tengan en cuenta los siguientes criterios:

- Para educación y salud: población atendida y por atender, reparto entre población urbana y rural, eficiencia administrativa y fiscal, y equidad.
- Para otros sectores: población, reparto entre población urbana y rural, eficiencia administrativa y fiscal, y pobreza relativa.

Por su parte, el Artículo 357 determina que el monto del SGP se incrementará anualmente en un porcentaje igual al promedio de la variación porcentual que hayan tenido los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) durante los 4 años anteriores, incluida la correspondiente a la capacidad del presupuesto en ejecución.

El SGP tendría como base inicial el monto de los recursos que la Nación transfería a las entidades territoriales antes de entrar en vigencia este Acto Legislativo, por concepto de situado fiscal, participación de los Municipios en los ingresos corrientes de la Nación y las transferencias complementarias al situado fiscal para educación, que para el año 2001 se valoraban en la suma de 10.962 billones de pesos.

Durante los años comprendidos entre 2002 y 2008 el monto crecería en un porcentaje igual al de la tasa de inflación causada, más un crecimiento adicional que aumentaría en forma escalonada así: Para los años, 2002, 2003, 2004 y 2005 el incremento se estableció en un 2% y para los años 2006, 2007 y 2008 el incremento será del 2.5%.

Complementario a este acto, se dio la expedición de la ley 715 del 2001 por la cual se reglamenta la naturaleza del SGP. En el Artículo 3º, se estableció su conformación de la siguiente manera:

- Una participación con destinación específica para el sector educativo.
- Una participación con destinación específica para el sector salud.
- Una participación de propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico.

El monto total del SGP, se distribuiría de acuerdo al artículo 4º así: la participación para el sector educativo corresponderá al 58.5%, la participación para el sector salud 24.5% y la participación de propósito general corresponderá al 17%.

Se enmarcan además las disposiciones legales correspondientes a los departamentos, las cuales quedan establecidas básicamente en dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el SGSSS en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignaron las siguientes funciones:

- De dirección del sector salud en el ámbito departamental.

- Formular, adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y el SGSSS en armonía con las disposiciones del orden nacional.
- Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.
- Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del SGP con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.
- Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del SGSSS.
- Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud (SIIS), así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.
- Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica.

Dentro del marco de prestación de servicios de salud, por parte de las entidades territoriales, está como función central 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 y los servicios de salud mental, sexual y reproductiva a la población que reside en su jurisdicción mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, lo anterior con los recursos propios, recursos asignados de participaciones y demás recursos cedidos.

Por otra parte, es obligación de las entidades territoriales preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se deben incluir las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.

En cuanto a la Salud Pública se debe:

- 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 directamente o por contratación.
- Establecer la situación de salud en el Departamento y propender por su mejoramiento.
- Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental (PAB).
- 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 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.

Sin embargo, además de estas funciones, los distritos y municipios de categoría especial, 1º, 2º y 3º, deberán ejercer las siguientes competencias:

- Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.
- Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.
- Vigilar la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire.
- Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.
- Y finalmente, ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población.

Por otra parte, los recursos para salud del SGP se destinarán a financiar los gastos de salud, en los siguientes componentes:

- Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total.
- Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de la Protección Social.

En cuanto a la financiación de las direcciones territoriales de salud; artículo 60, se establece que los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de dirección de los departamentos, distritos y municipios podrán financiarse con sus ingresos corrientes de libre destinación y podrán destinar hasta un 25% de las rentas cedidas para tal fin. No menos del 20% del monto de las rentas cedidas que se destinen a gastos de funcionamiento, podrán financiar las funciones de asesoría y asistencia técnica, inspección, vigilancia y control del Régimen Subsidiado y salud pública. Es de anotar que en ningún caso se podrá financiar gastos de funcionamiento con recursos provenientes del SGP.

Otra parte importante acerca del marco normativo del sector salud lo constituye la expedición de la LEY 1122 DE ENERO 9 DEL 2007, mediante la cual se hacen algunas modificaciones en el SGSSS y se dictan otras disposiciones.

En el artículo 3ª queda establecido la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social y quien entre sus funciones se encuentran:

- Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS).
- Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
- Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen.
- Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.

La Comisión de Regulación en Salud se financiará además con recursos del FOSYGA incluyendo la remuneración de los Comisionados, la Secretaría Técnica y los costos de los estudios técnicos necesarios.

En cuanto al SGSSS alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema.

Por su lado la cotización al régimen contributivo de Salud será, a partir del primero 1º de enero del año 2007, del 12,5% del ingreso o salario base de cotización el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del 8.5% y a cargo del empleado del 4%.

Por su lado en el Artículo 20 de la ley se obliga a que las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado (ESE) debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda.

Finalmente, en esta ley queda establecido que el Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo y deberá contener:

- El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio;
- Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de estos en los distintos niveles educativos;
- El plan financiero y presupuestal de salud pública;

- Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables;
- El plan nacional de inmunizaciones.

Crucial en el desarrollo de esta ley la implementación de los ejes de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, a lo cual hace referencia el capítulo VII, la cual ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública y atención al usuario y participación social.

Por su parte, desde 1963 con la expedición de la ley 21 se facultó al presidente para establecer impuestos sobre la venta de artículos, de la misma forma que se conseguiría seleccionar algunos cuyo impuesto podría ser recaudado por los departamentos y municipios a fin de cederlos a estas entidades para el sostenimiento de hospitales y establecimientos de asistencia pública.

Más tarde, con el decreto 2073 de 1965 se determinó ceder a los departamentos el producido del impuesto sobre la venta de licores nacionales que se causara dentro del territorio a favor de los servicios seccionales de salud. Sin embargo, la determinación del IVA a pagar por parte de los productores fue modificada por la ley 788 del 2002, la cual estableció mantener la cesión al sector salud del 100% del IVA de licores y adicionar como IVA cedido a salud el 70% del IVA de vinos, aperitivos y similares nacionales y extranjeros y el de licores importados.

Igualmente, con la ley 223 de 1995 y demás normas concordantes se establece que es de propiedad de la nación el impuesto al consumo de cervezas y sifones y su producto se encuentra cedido a los departamentos y al distrito capital en proporción al consumo en sus jurisdicciones. Finalmente, se suma a este marco el artículo 336 de la constitución declarando que las rentas obtenidas en el ejercicio de los monopolios de suerte y azar estarán destinadas exclusivamente a los servicios de salud y las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores estarán destinadas preferentemente a los servicios de salud y educación.

Finalmente, es necesario analizar en este campo además las leyes que rigen la presupuestación del sector público dentro del cual se enmarca el IDSN, para lo cual la expedición de la “Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto”, Ley N° 28411 del 2004, en su Título Preliminar denominado Principios Regulatorios define diez artículos que rigen la gestión presupuestaria del Estado:

- Artículo I.- Equilibrio Presupuestario;
- Artículo II.- Equilibrio Macro fiscal;
- Artículo III.- Especialidad Cuantitativa;
- Artículo IV.- Especialidad Cualitativa;
- Artículo V.- Universalidad y unidad;
- Artículo VI.- De no afectación predeterminada;

- Artículo VII.- Integridad;
- Artículo VIII.- Información y especificidad;
- Artículo IX.- Anualidad;
- Artículo X.- Eficiencia en la ejecución de los fondos públicos;
- Artículo XI.- Centralización normativa y descentralización operativa;
- Artículo XII.- Transparencia presupuestal;
- Artículo XIII.- Exclusividad presupuestal;
- Artículo XIV.- Principio de Programación Multianual;
- Artículo XV.- Principios complementarios.

Además, en su Capítulo II sobre disposiciones de disciplina, racionalidad y austeridad, las entidades públicas, a fin de optimizar el gasto, están obligadas a realizar las acciones necesarias que permitan el cumplimiento de los objetivos de la entidad al menor costo posible, sumado a adoptar medidas de ahorro efectivo, racionalizando el consumo de los servicios y optimizar la utilización de los espacios físicos disponibles de las Entidades en el marco de su gestión institucional.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General. Evaluar el manejo del sistema presupuestal del Instituto Departamental De Salud de Nariño en el periodo 2002-2006

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la estructura de los ingresos y gastos manejados por el Instituto Departamental De Salud de Nariño.
- Analizar el manejo presupuestal del Instituto Departamental De Salud de Nariño a través de un análisis de series de tiempo en el periodo 2002-2006
- Evaluar el ejercicio presupuestal del Instituto Departamental de Salud de Nariño, conforme a las metas trazadas en el Plan Estratégico Institucional durante el periodo 2002-2006

1.5 JUSTIFICACIÓN

La población posee un sin número de necesidades ilimitadas que no pueden resolverse y abastecerse por sí misma, ya sea por la existencia de limitaciones económicas, tecnológicas, educativas o de infraestructura física; entre estas necesidades se encuentra como una prioridad del ser humano el acceso oportuno, eficiente y de calidad a la salud, por esta razón la atención de esta se ha convertido en una de las principales preocupaciones de los gobiernos nacionales, locales y de las organizaciones mundiales, pues es una de las áreas que pone en evidencia el nivel de calidad de vida de una población al incidir directamente sobre la integridad física, mental y por ende en el bienestar humano.

A raíz de esto, se hace necesario tener en cuenta la salud como uno de los principales renglones del gasto social realizado por parte del gobierno, el cual destina recursos a las entidades públicas descentralizadas prestadoras de este servicio a través de las transferencias, tal es el caso del Instituto Departamental De Salud De Nariño, quien maneja parte de estos recursos mediante el SGP, siendo esta, una de las formas que tiene el estado para garantizar en cierta medida la redistribución del ingreso, buscando dotar a la comunidad y con mayor énfasis a la población menos favorecida (estratos 0, I y II), de condiciones mínimas de bienestar a través del sistema subsidiado de salud, además de procurar la atención de alta complejidad que no incluye el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el desarrollo de otros programas especiales de promoción y prevención para la buena salud de la comunidad.

Teniendo en cuenta las grandes necesidades de la población colombiana, lo mínimo que se podría esperar para el sector salud, es que en términos reales incrementara sus ingresos año tras año en una proporción representativa frente al crecimiento económico del país, mas sin embargo, se puede constatar que la oferta de este servicio no compensa la creciente demanda del mismo. De ahí que el propósito de este trabajo se direcciona a analizar los mecanismos de obtención, priorización y focalización de parte de los recursos del sector en el Departamento, ya que es necesario destacar y tener en cuenta que existen muchas necesidades y la disponibilidad de recursos para atenderlas es escasa, además del manejo presupuestal depende en gran medida el nivel de credibilidad del instituto y del gobierno local, puesto que son los encargados de la administración, planificación y promoción del desarrollo económico y social de la región, bajo las metas y estrategias definidas en el Plan Nacional de Desarrollo.

Ante este panorama, las entidades públicas procuran la adopción de medidas que les permitan administrar de manera mas eficiente los recursos, de ahí que la información que se genera puede servir de base al logro de esta meta mediante un análisis exhaustivo de cada uno de los componentes del presupuesto del IDSN, permitiendo de esta manera confrontar la falencias en el manejo presupuestal con

políticas eficaces direccionadas a la consecución de objetivos en los procesos que realizan las entidades a nivel interno, de tal forma que su buena gestión se vea reflejada en la satisfacción de las necesidades de la comunidad, a través de un adecuado funcionamiento del SGSSS.

Así las cosas, las entidades públicas del estado encargadas de manejar los recursos de la salud, no solo a través del SGP, sino además, del manejo de las rentas provenientes del mismo Departamento y los recursos propios que generan al interior de la institución, buscan mediante el desarrollo y seguimiento de las funciones que realizan obtener el mayor cubrimiento y calidad en los procesos que ejecutan, por lo cual se busca además mediante la ejecución de este proyecto, a través del cumplimiento de los objetivos planteados generar una evaluación del proceso que desarrolla el IDSN con el fin de buscar beneficiar a la mayor parte de la población nariñense de los servicios que presta, direccionados sobre todo a la sociedad que carece de los ingresos necesarios para procurarse así mismos los servicios médicos que requieren en un momento determinado.

1.6 COBERTURA DEL ESTUDIO

1.6.1 Cobertura Temporal. El estudio sobre la evaluación del sistema presupuestal del Instituto Departamental De Salud de Nariño se realizó en los meses de septiembre a diciembre del 2007 y los meses de enero y febrero del 2008, teniendo como intervalo de referencia el periodo 2002-2006.

1.6.2 Cobertura Espacial. La investigación se efectuó en el Departamento de Nariño, con datos recolectados en el Instituto Departamental de Salud y otras entidades de carácter público.

1.6.3 Variables Trabajadas.

- Ingresos totales IDSN.
- Ingresos corrientes.
- Ingresos por venta de servicios.
- Ingresos de capital
- Rentas departamentales.
- Gastos totales.
- Gastos de funcionamiento.
- Gastos programas especiales.
- Gastos de inversión.
- Gastos de salud pública.
- Servicio de la deuda.

1.7 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

1.7.1 Tipo De Investigación. El estudio es de tipo cuantitativo por cuanto se analizo variables de tipo numérico para establecer los componentes del erario presupuestal del Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Además, es de tipo descriptivo, no experimental por cuanto se analizo y describió el manejo presupuestal del IDSN, además de su evolución a través del periodo 2002-2006 y su incidencia en la salud del Departamento, conforme a las metas establecidas en Plan estratégico del Instituto Departamental de Salud de Nariño.

1.7.2 Fuentes De Información.

- **Secundaria:** Por cuanto se acudió a documentos de estudios anteriores sobre el tema y temas relacionados; además de información suministrada por el Instituto Departamental de Salud de Nariño y entidades como: el DANE, DNP, entre otras.
- **Terciaria:** Puesto que se hizo necesario el uso de Internet para la actualización de información, nuevos datos y últimos avances respecto al tema.

1.7.3 Procesamiento De La Información. Dentro del procesamiento de la información se analizó los informes de ejecución presupuestal y el Plan Estratégico a nivel interno y demás fuentes secundarias y terciarias, con el fin de estipular la estructura del mismo, para posteriormente establecer su tendencia histórica, su proyección y respectiva evaluación con el fin de poder determinar las variables de mayor influencia en su comportamiento mediante la utilización de una base de datos que contenga el cumplimiento de metas en el IDSN.

2. ESTRUCTURA DE LOS INGRESOS Y GASTOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO (IDSN)

Mediante la expedición del artículo 49 de la Constitución Política de Colombia se declara la atención de la salud como un servicio público a cargo del estado; se propugna por garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de protección, promoción y recuperación de la salud.

De la misma forma, es obligación del estado “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”¹⁴. Se señala además que los servicios de salud se garantizaran en forma descentralizada con niveles de atención y con participación de la comunidad.

Ante esto el IDSN es constituido como una entidad descentralizada, de carácter público, encargada de manejar recursos públicos dirigidos hacia la atención de la salud en dos aspectos básicos:

- Atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, el cual es el pago por parte del Estado dirigido a IPS para garantizar la prestación de servicios a la población pobre y vulnerable que no ha ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (vinculados), y para atender servicios no incluidos en el POS-S.
- Salud pública, son las acciones, intervenciones y procedimientos dirigidos a las colectividades o individuos tendientes a promocionar la salud, prevenir las enfermedades y prestar vigilancia en salud pública y control sobre los factores de riesgo.

Para cumplir con estos objetivos el IDSN posee diferentes fuentes de financiamiento dirigidas al cumplimiento de estas áreas de la salud en el Departamento de Nariño.

2.1 INGRESOS IDSN

En desarrollo de la legislación colombiana el IDSN es un receptor de los recursos de la nación a través de tres fuentes de ingresos:

¹⁴ Constitución Política de Colombia de 1991. 2007. p. 17.

2.1.1 Sistema General De Participaciones (SGP). En un principio el Instituto percibía ingresos de la nación a través de lo que se reconocía como situado fiscal, pero a partir de la expedición de la ley 715 del 2001 que deroga la ley 60 de 1993, acerca del sistema de salud, se da un cambio hacia la creación del SGP. Estos recursos recibidos por este concepto cabe aclarar que por su destinación social constitucional no pueden ser sujetos de embargo, titularización u otra clase de disposición financiera (CDT, bonos, etc.), ni tampoco pueden ser objeto de aplicación del impuesto a las transacciones financieras (4 x 1000).

Los giros de los recursos para salud se hacen al Instituto por mes vencido y el monto destinado a cada una de las entidades en una vigencia fiscal, puede ser superior, igual o menor a la vigencia anterior, dado que, la asignación de los recursos a las entidades beneficiarias del SGP depende del comportamiento anual de cada una de las variables económicas definidas por ley.

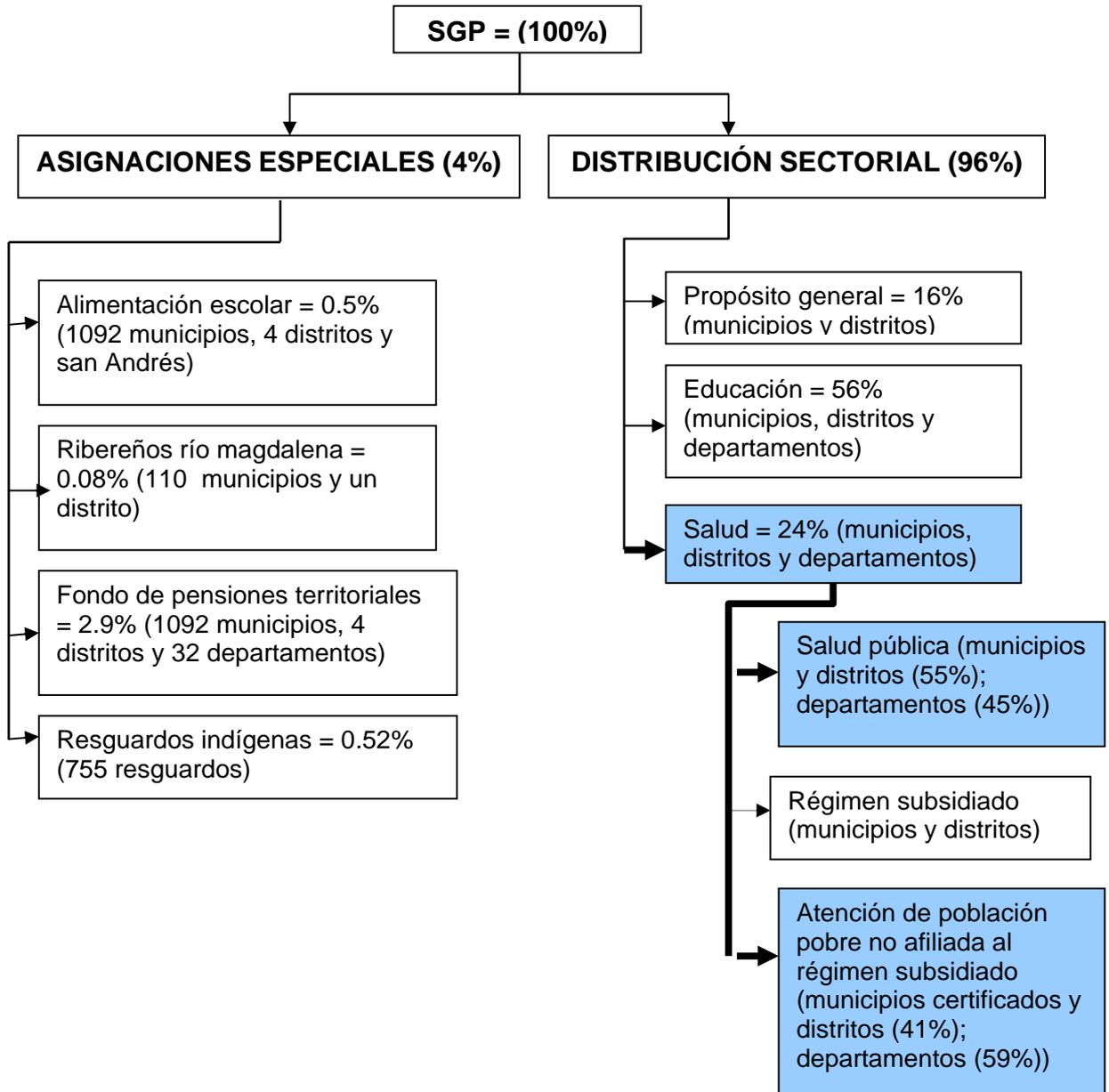
Cuadro 2. Calendario de giros de los recursos del SGP al IDSN

PROGRAMACIÓN DE GIROS DEL SGP		
NUMERO DE GIRO	MES	FECHA MÁXIMA DE GIRO
1	Enero	10 de febrero
2	Febrero	10 de marzo
3	Marzo	10 de abril
4	Abril	10 de mayo
5	Mayo	10 de junio
6	Junio	10 de julio
7	Julio	10 de agosto
8	Agosto	10 de septiembre
9	Septiembre	10 de octubre
10	Octubre	10 de noviembre
11	Noviembre	10 de diciembre
12	Diciembre	10 de enero del siguiente año

Fuente: Manual de funcionamiento del Sistema General de Participaciones.

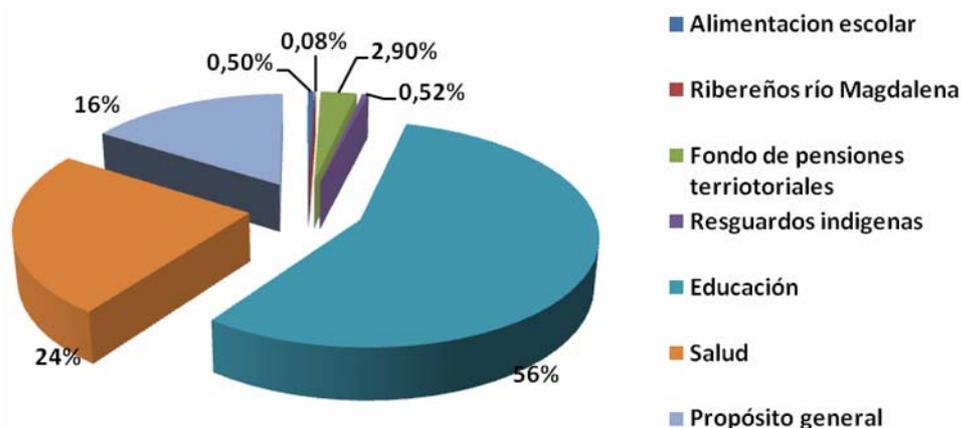
Cabe aclarar, que no todos los recursos del SGP se destinan a este sector, por tanto la participación de este, respecto a los demás rubros o sectores que componen este sistema, esta determinado, mediante la aplicación de la ley 715 de acuerdo a la estructura del Gráfico 3 y 4

Gráfico 3. Estructura del Sistema General de Participaciones



Fuente: Manual de Manejo del Sistema General de Participaciones, IDSN - Esta investigación

Gráfico 4. Composición del Sistema General de Participaciones



Fuente: Manual de Manejo del Sistema General de Participaciones, IDSN - Esta investigación

Por su parte, la distribución de los recursos específicamente para el sector salud se realiza teniendo en cuenta los siguientes componentes:

Criterios de distribución:

- Financiación a la población pobre mediante subsidios a la demanda.
- Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. (subsidios de oferta)
- Financiación de las acciones de salud pública definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de la Protección Social.

En ningún caso estos recursos pueden ser destinados a pagar gastos de funcionamiento.

Para su respectiva distribución entre las diferentes entidades de la nación se basa en la siguiente formula:

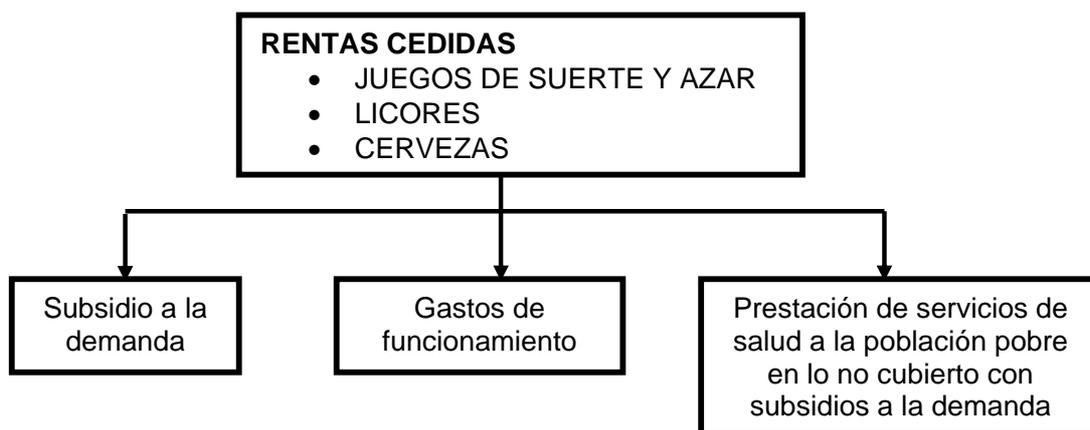
$$\frac{\text{Monto total recursos para este componente}}{(\text{Población pobre por atender nacional} * \text{dispersión poblacional} * \text{factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el POS-S})} (\text{Población pobre por atender de cada municipio} * \text{dispersión poblacional} * \text{factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el POS-S})$$

Por tanto, se puede determinar que los recursos destinados a salud corresponden al 24% del total del SGP; monto menor al porcentaje que se trasladaba en el 2001 mediante el situado fiscal el cual correspondía al 25%, empero, a cada Departamento le corresponden el 59% de estos recursos los cuales deberán

destinarse para garantizar la atención de salud de los servicios diferentes a los de primer nivel de complejidad, mientras que el 41% restante se utilizara para atender el primer nivel de complejidad haciendo un pago directo a las entidades prestadoras de salud y ARS.

2.1.2 Rentas Cedidas Del Departamento. Como fuente de ingreso para el IDSN se encuentra también la aplicación del IVA a los licores, cervezas y juegos de suerte y azar, conocidas como rentas cedidas; los recursos por este concepto han sido cedidos al departamento por parte del gobierno para la contratación con las Empresas Sociales del Estado (ESE) y las entidades públicas y privadas hacia la prestación del servicio de atención de la población en tres áreas de la salud, tal y como se muestra en el Gráfico 5

Gráfico 5. Rentas cedidas del Departamento y su destinación



Fuente: Esta investigación

Por tanto, se puede ver que parte importante de los recursos por concepto de rentas cedidas, a diferencia del SGP se pueden destinar a financiar los gastos de funcionamiento de las direcciones territoriales de salud, puesto que se puede consignar por ley hasta el 25% de las rentas cedidas para tal fin. No menos del 20% del monto que se destine a este gasto, podrán financiar las funciones de asesoría y asistencia técnica, inspección, vigilancia y control del Régimen Subsidiado y salud pública, de acuerdo con las competencias establecidas en el artículo 44 de la ley 715 del 2001.

✦ **Rentas por juegos de suerte y azar.** En primera medida los recursos obtenidos por la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar diferentes

del lotto, la lotería preimpresa y la instantánea por mandato de la ley 643 de 2001, se distribuyen de la siguiente manera:

- El 80% para atender la oferta y la demanda en la prestación de los servicios de salud, en cada entidad territorial;
- El 7% con destino al Fondo de Investigación en Salud;
- El 5% para la vinculación al régimen subsidiado contributivo para la tercera edad;
- El 4% para vinculación al régimen subsidiado a los discapacitados, limitados visuales y la salud mental;
- Y el 4% para vinculación al régimen subsidiado en salud a la población menor de 18 años no beneficiarios de los regímenes contributivos.

Hacen parte de estos rubros el dinero obtenido por el impuesto a ganadores de los sorteos ordinarios (17%), impuesto a ganadores sorteos extraordinarios, (derechos de explotación 12% sobre ingresos brutos), impuesto a loterías foráneas (10% por cada billete), apuestas permanentes (chance) y recursos de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA, Juegos novedosos).

Cabe aclarar que la distribución de las rentas obtenidas por la ETESA, por concepto de la explotación de los juegos novedosos se efectúa semestralmente a los cortes de 30 de junio y 31 de diciembre de cada año, de la siguiente forma:

- Ochenta por ciento (80%) para los municipios y el Distrito Capital de Bogotá.
- Veinte por ciento (20%) para los Departamentos.

✦ **Rentas del monopolio de licores, vinos y aperitivos.** Es mandato constitucional que las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, estén destinadas preferentemente a salud y educación, es decir que por lo menos el 51% de dichos recursos se deben girar a estos sectores; y corresponde al Gobernador de cada Departamento señalar dentro de su presupuesto el porcentaje que se asignará al sector salud y al sector educación, advirtiendo que los recursos del primero de ellos se gira al fondo local o seccional de salud de manera bimensual.

Sin embargo, cabe aclarar que el IDSN recibe del monopolio de licores recursos provenientes de dos vertientes: un porcentaje del 51% de las rentas obtenidas del ejercicio del arbitrio rentístico de licores, es decir que se calcula sobre el consumo

y/o participación (65%) y el IVA que fue unificado con el consumo en la ley 788 de 2002 que corresponde al 35% del IVA al consumo de licores restante.

El artículo 3 del Decreto 1150 de 2002 precisa que tanto el IVA correspondiente a productos extranjeros como el de productos nacionales no sujetos al monopolio de licores (nuevo IVA establecido en el artículo 54 de la ley 788 de 2002), se distribuye: 70% para salud y 30% para deporte; por lo anterior queda claro que el 100% del IVA generado por productos nacionales objeto del monopolio de licores (productores oficiales – artículo 5º del Decreto 1150 de 2003), se destina exclusivamente a salud.

Según la ordenanza 001 de febrero 10 de 2003, la tarifa legal del IVA establecida al consumo de licores de acuerdo al rango o grado alcoholimétrico establecida por cada unidad de 750 centímetros cúbicos o su equivalente, esta discriminada de la siguiente manera:

- Para productos de más de 20º y hasta 35º: \$250 por grado alcoholimétrico.
- Para productos de más de 35º: \$300 por grado alcoholimétrico.

Los vinos de hasta 10 grados de contenido alcoholimétrico, estarán sometidos, por cada unidad de 750 centímetros cúbicos o su equivalente, a la tarifa de sesenta pesos (\$60) por cada grado alcoholimétrico. Dentro de las anteriores tarifas se encuentra incorporado el IVA cedido, el cual corresponde al treinta y cinco por ciento (35%) del valor liquidado por concepto de impuesto al consumo.

✦ **Impuesto al consumo de cerveza, sifones y refajos.** Son sujetos pasivos o responsables del impuesto los productores, los importadores y, solidariamente con ellos, los distribuidores. También son responsables directos del impuesto los transportadores y los expendedores al por menor, cuando no puedan justificar debidamente la procedencia de los productos que transportan o venden.

El impuesto se causa en el momento en que el productor los entrega en fábrica o en planta para su distribución, venta o permuta en el país; o para publicidad, promoción, donación o comisión, o los destina al autoconsumo.

La tarifa para las cervezas y sifones equivale de conformidad con las leyes 223 de 1995 y 863 de 2003 a un 51%, y se distribuye así:

- 8% del impuesto sobre las ventas (IVA), destinado a financiar el 2º Y 3er nivel de atención en salud, mientras que el Decreto Reglamentario 380 de 1996 indica que los refajos y mezclas están gravados con el IVA, a la tarifa general del 16%, en cabeza del productor, importador o prestatario del servicio.

- 3% como IVA que se consigna a favor del tesoro nacional.

El período gravable es mensual y los productores deben declarar y pagar el impuesto en las Secretarías de hacienda departamentales, o en las entidades financieras autorizadas, dentro de los 15 días calendario siguiente al vencimiento del período gravable.

✦ **Impuesto de registro y anotación.** En primer lugar los recursos provenientes del impuesto de registro y anotación hacen parte en su totalidad de los fondos seccionales de salud, sin incluir lo que se recaude por concepto de sobretasa, por cuanto ésta es de libre destinación por parte del Departamento.

Este se relaciona con el Libro de Registro de Instrumentos Privados que llevan los registradores de instrumentos públicos para la inscripción de todos los documentos de esta clase que los interesados quieran revestir de la formalidad del registro, con el fin de darles mayor autoridad y obtener la prelación que las leyes confieren a los documentos privados que requieran de tal solemnidad.

A partir de la Ley 223 de 1995, este impuesto se transforma en:

“El impuesto de registro, a secas, y el hecho generador es la inscripción de actos, contratos o negocios jurídicos documentales en los cuales sean parte o beneficiarios los particulares y que, de conformidad con las disposiciones legales, deban registrarse en las oficinas de registro de instrumentos públicos o en las cámaras de comercio.”¹⁵

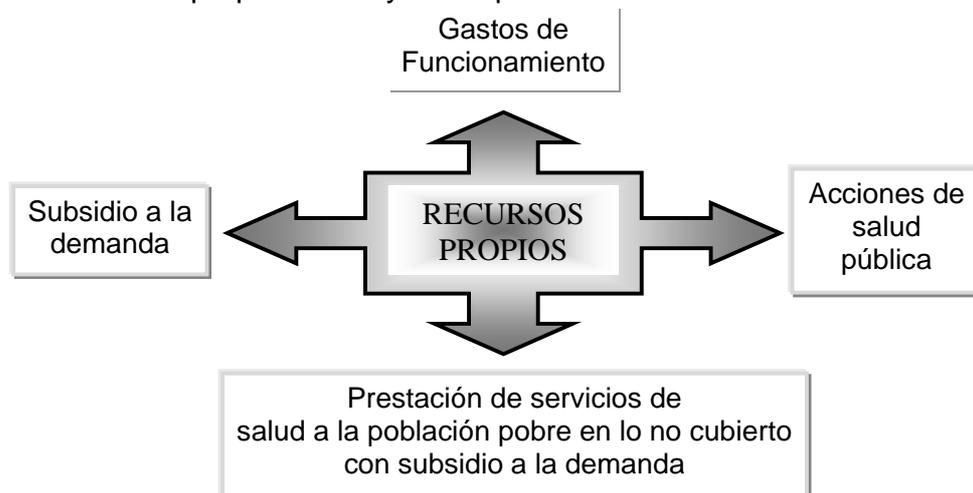
Su destinación corresponde al servicio seccional de salud del Departamento, sin que, en todo caso, exceda del 30% del impuesto. El 50% del recaudo del impuesto se destina a los fondos territoriales de pensiones públicas con el fin de atender el pago del pasivo pensional. Estos giros deben realizarse por parte de las respectivas tesorerías, dentro de la última semana de cada mes.

2.1.3 Recursos Propios. Finalmente, es análogo a la gestión desarrollada por el IDSN la consecución de recursos propios, los cuales están constituidos por las rentas que provienen de la explotación de bienes que son de propiedad exclusiva y los que obtienen como recaudo de tributos (impuestos, tasas y contribuciones) o por la prestación de servicios de salud propios, cuya fuente puede ser calificada como una fuente endógena de financiación.

¹⁵ ARISTIZABAL VILLA, Javier. Impuestos Departamentales. Cali, 2004. p. 57

Lo anterior, dado que es necesario solventar ciertos gastos del instituto como los que se describen en el Gráfico 6.

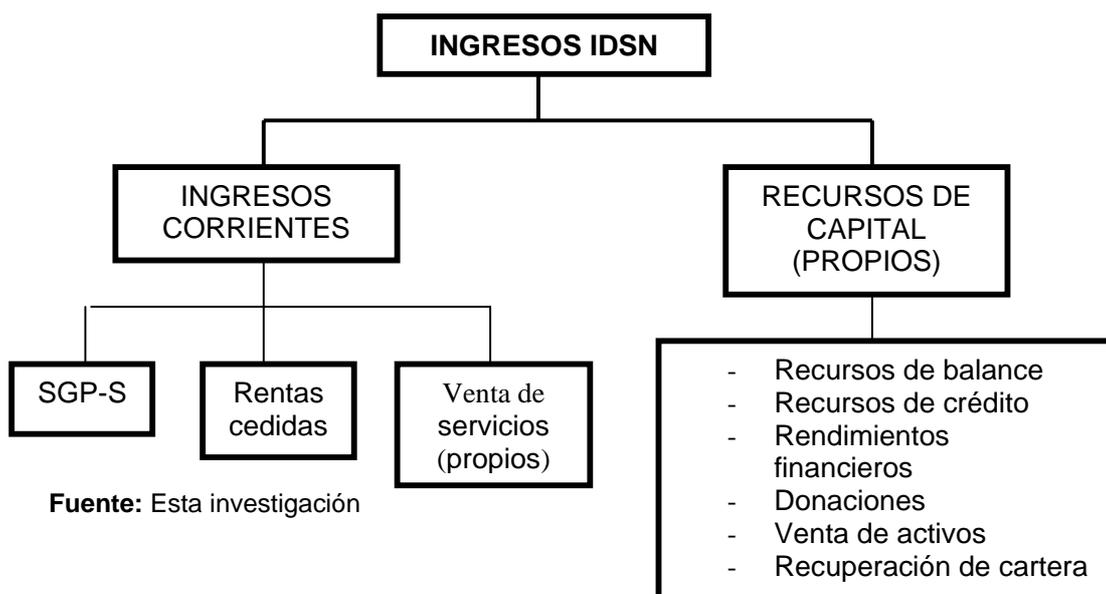
Gráfico 6. Recursos propios IDSN y su respectiva destinación



Fuente: Esta investigación

Por tanto, se puede concluir que los recursos que hacen parte del IDSN se pueden resumir a través del periodo 2002- 2006 sin ninguna variación de importancia tal y como se muestra en el Gráfico 7

Gráfico 7. Ingresos IDSN y su respectiva destinación. Vigencia 2002 – 2006



Fuente: Esta investigación

2.2 GASTOS INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Como se menciona con anterioridad hacen parte del plan de trabajo del IDSN en lo que se refiere a la atención de la salud dos ítems importantes de inversión de los ingresos que percibe el Instituto.

2.2.1 Atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. (Subsidios de oferta): Se hace la atención de este servicio por medio de la contratación de IPS públicas y privadas utilizando recursos tanto del SGP como de las rentas cedidas y de los recursos propios mediante modalidades de pago diferentes a la transferencia directa, esta responsabilidad de gestionar la prestación de los servicios de salud de manera eficiente y de calidad a la población pobre en lo no cubierto es esencialmente del Departamento.

Solo aquellos municipios que a 31 de julio del 2001 se habían descentralizado y habían asumido la prestación de los servicios de salud, son responsables de la atención del primer nivel de la población pobre en lo no cubierto, sin embargo, dichos municipios deben coordinar en el Departamento la articulación de las instituciones de prestación de servicios de salud de su jurisdicción a la red departamental. Es así como la responsabilidad de la red prestadora de servicios es del Departamento, quien debe coordinar la articulación de los municipios certificados.

Para esto desde el año 2002 el IDSN inició la organización de la red de instituciones públicas en el Departamento de Nariño con un total de 12 nodos de atención ubicados estratégicamente en 5 zonas, Cuadro 3

- Zona centro: con 27 municipios (89% descentralizados = 24, quedando por fuera el municipio de Barbacoas, El peñol y Nariño.)
- Zona norte: con 6 municipios descentralizados.
- Zona occidente: con 7 municipios descentralizados (quedando por fuera solo el municipio del Charco).
- Zona centro-occidente: con 12 municipios descentralizados (quedando por fuera Sapuyes, Tuquerres y Samaniego).

Cuadro 3. Red departamental de IPS Públicas en Nariño

IPS	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL
SUR	77	1	0
CENTRO	159	2	1
NORTE	28	1	0
OCCIDENTE	35	1	0
CENTRO OCCIDENTE	68	0	0
TOTAL	367	5	1

Fuente: Plan estratégico IDSN. Periodo 2004-2008

Las acciones en este sentido cubren las siguientes acciones:

- Atención de primer nivel de los municipios no certificados y centralizados.
- Atención en el departamento del 2 y 3 nivel de atención en salud.
- Atención de salud de lo no contemplado en el Plan Obligatorio de Salud (POS)
- Atención a la población inimputable.
- Y atención a la población discapacitada no cubierta por algún régimen de salud.

Por tanto, la aplicación de los recursos se hace teniendo en cuenta la atención de grupos prioritarios de población como son: madres gestantes, menores de cinco años, ancianos, desplazados, discapacitados e indigentes.

En tal sentido, la contratación de los recursos para atender la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, se fundamenta en “criterios de equidad y cobertura, priorizando los grupos señalados y aplicando en lo posible un per cápita departamental que corresponda a la garantía de unos beneficios mínimos según el perfil epidemiológico de la población objeto de cobertura, las metas de salud pública y sin discriminación alguna respecto del municipio de residencia de la jurisdicción departamental”¹⁶.

2.2.2 Salud Pública. La atención de este ítem se hace a través de recursos del SGP, 20% de las rentas cedidas según ciertas condiciones, transferencias para programas de control de vectores, lepra y tuberculosis, recursos del FOSYGA, recursos de balance y demás ingresos a favor de la “subcuenta de salud pública”.

¹⁶ **DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN.** Documento CONPES Social 97. 2006. p. 23. En: www.dnp.gov.co/PortalWeb/CONPES/ConpesSociales/tabid/71/Default.aspx

Los recursos de Salud Pública del SGP se aplican para la financiación de las acciones dirigidas en este sentido y definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de la Protección Social y consideran las siguientes directrices:

- Priorizar las acciones de salud pública en: Salud infantil, Salud mental, la reducción de violencia en todas sus modalidades, acciones que promuevan la reducción de enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles evitables, implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.
- Promover los estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
- Fortalecer la inspección, vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos y del transporte asociado a estas actividades.
- Concurrencia a municipios críticos en la ejecución del Plan de Atención Básica (PAB)
- Prestar servicios de laboratorio de salud pública.
- Acciones de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente, control de vectores y zoonosis.
- Asistencia técnica, monitoreo y evaluación.
- Asistencia intersectorial.
- Gestión de programas de salud pública en el ámbito departamental. (Plan ampliado de inmunizaciones PAI y enfermedades transmitidas por vectores ETV)
- Y otras acciones para la prevención y control de enfermedades de interés en salud pública (Lepra, Tuberculosis, entre otras).

Sin embargo, no solo son estas acciones dirigidas a la salud las que conforman el presupuesto de egresos del instituto, puesto que como cualquier empresa o institución requiere de determinados rubros dirigidos al pago de funcionamiento que permitan el normal desarrollo de las actividades que ejecuta el IDSN, tales como los gastos de personal, gastos generales y demás requerimientos en este aspecto.

De igual forma, se suman los gastos dirigidos a la inversión en el mejoramiento de la estructura y planta física que permita elaborar toda la gestión y las actividades en un lugar de trabajo adecuado para la eficiente prestación de servicios y atención a todos los actores que conforman el sistema de salud.

En este sentido, cabe concluir que forman parte de los gastos conforme a sus funciones delegadas como entidad pública las contempladas en el Gráfico 8

Gráfico 8. Gastos IDSN y su respectiva destinación. Vigencia 2002 – 2006



Fuente: Esta investigación

3. ANALISIS PRESUPUESTAL DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO (IDSN) MEDIANTE SERIES DE TIEMPO EN EL PERIODO 2002 – 2006

El financiamiento de la salud no solamente está comprometido con la recaudación de fondos para el sector, sino que también juega un papel importante el determinar la asignación de los gastos. Pues es necesario aclarar, que unos mayores ingresos, per se, pueden no verse reflejados en unos mejores servicios de salud que se brinda a la población, ya que un gasto no siempre se traduce en servicios de salud de mayor calidad.

Por tanto, con el fin de determinar el comportamiento de estas variables dentro de las actividades consenientes a la salud que realiza el IDSN en el Departamento, y a partir de la estructura que se realizó en el anterior capítulo, se logró determinar los rubros más representativos durante el período analizado (2002 - 2006), mediante la depuración de los datos obtenidos del Sistema Presupuestal del Instituto y de la información recopilada en el archivo del mismo, labor que fue necesaria ante la gran cantidad de cuentas y subcuentas que dicho sistema maneja, esto con el fin de establecer la tendencia de las variables más generales y de mayor interes, análisis necesario ante la no existecia de un estudio que recopile los datos historicos de dichas variables y a través de ello poder establecer su futuro comportamiento y evaluación que se realizará en el posterior capitulo.

3.1 COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS DEL IDSN EN EL PERIODO 2002 – 2006

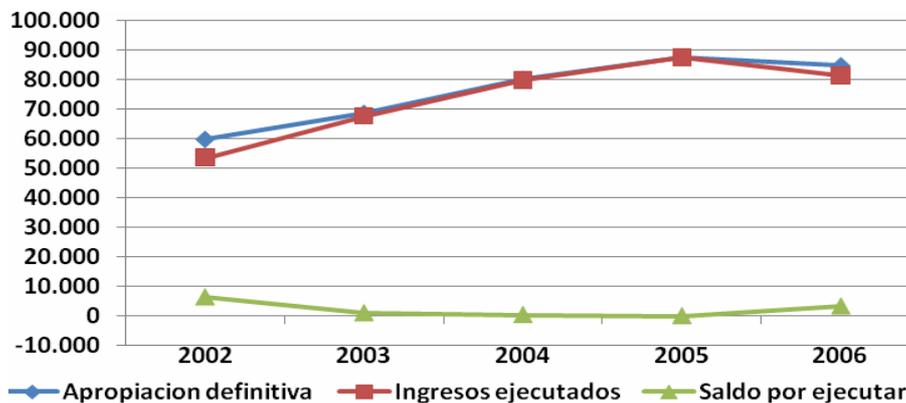
En este orden de ideas, y con la metodología de análisis de series de tiempo antes mencionada, un primer factor importante a analizar, es la dinamica que los ingresos y los rubros más representativos han tenido en el Instituto; por cuanto, el establecer la capacidad financiera de una institución como esta, es base fundamental para determinar la capacidad de inversión, cubrimiento y atención que en el área de la salud pueda lograr concretar el instituto a través de su labor.

En primera instancia y mediante este proceso se puede decir que el IDSN, respecto a la apropiación definitiva, ha tenido un comportamiento positivo, debido a que desde el 2002 los ingresos han mostrado una tendencia creciente hasta el 2005, pasando en este lapso de tiempo desde \$59.701 a \$87.428 millones al finalizar este periodo, por tanto lo importante en este sentido es ver si lo realmente necesario es un incremento en los ingresos asignados al sector o reasignar los gastos para mejorar las condiciones de salud de los habitantes de la región, puesto que diferentes estudios han demostrado que “Colombia ha sido con

Paraguay, el país donde más se ha incrementado el capital social, en inversiones, en educación y salud” (Ocampo, 1997).

De esta forma y comparando estos resultados con los ingresos que efectivamente se recaudaron en la entidad durante este periodo; es aun mas positivo el hecho de que en la mayoría de los casos, estos ingresos no se han ubicado por debajo de lo que se presupuestaba recaudar, siendo solo los años 2002 y2006 donde las recaudos no se lograron percibir respecto a las proyecciones iniciales, factor que obedece mas que todo a causas externas provenientes del comportamiento de las rentas cedidas del Departamento, como se vera mas adelante.

Gráfico 9. Apropiación y Recaudación de Ingresos totales del IDSN. Periodo 2002 - 2006 (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

Para él estudio, por tanto, se tomaron los ingresos y gastos que para cada vigencia ingresaron y salieron efectivamente por concepto de estas dos cuentas, en precios corrientes.

3.1.1 Ingresos Totales del IDSN. Periodo 2002 – 2006. Durante el periodo de tiempo comprendido entre el 2002–2006 han mantenido una estructura que no ha sido objeto de mayor modificación; de la misma manera, no ha variado el mayor peso que ha tenido la participación de los ingresos corrientes en el total de rubros percibidos por la entidad, de esta forma, estos ingresos compuestos a su vez por las transferencias del gobierno central, las rentas cedidas del Departamento y la venta de servicios propios de la Institución, son los que han representado más del 85% de los ingresos totales en comparación a la baja participación de los ingresos de capital de los cuales hacen parte los rendimientos financieros, recursos de balance, recursos de credito, venta de activos y otros recursos de capital menores

para la institución puesto que estos no han alcanzado a superar en este periodo de tiempo el 15%. Cuadro 4

Cuadro 4. Distribución de los ingresos totales del IDSN. Periodo 2002 - 2006 (millones de pesos)

RUBRO	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
TOTAL INGRESOS	53.335	100	67.601	100	80.082	100	87.549	100	81.339	100
Ingresos corrientes	47.023	88	57.816	86	70.589	88	74.756	85	70.969	87
Recursos de capital	6.782	12	9.784	14	9.492	12	12.793	15	10.370	13

Fuente: IDSN - Esta investigación

Para el caso se tiene entonces que, si bien, los ingresos crecieron en una tasa promedio del 11.2% (Cuadro 5), esta tendencia se mantuvo hasta el 2005, puesto que en el 2006 estos tuvieron un pequeño descenso del 7% al pasar de \$87.549 millones a \$81.339 millones debido a una reducción en las rentas departamentales como se vera mas adelante; tendencia que de seguirse manteniendo podría ocasionar el estancamiento o el detrimento del sector en años posteriores, de igual manera crecieron los ingresos corrientes y de capital a una tasa promedio del 10.8 y 11.2% respectivamente, denotando así un crecimiento constante de los 3 rubros.

Cuadro 5. Tasa de crecimiento de los ingresos totales del IDSN. Periodo 2003-2006

RUBRO	CRECIMIENTO ANUAL (%)				CRECIMIENTO PROMEDIO
	2003	2004	2005	2006	
Total ingresos	26.7	18.5	9.3	-7.1	11.2
Ingresos corrientes	22.9	22.1	5.9	-5.1	10.8
Recursos de capital	44.3	-2.9	34.8	-18.9	11.2

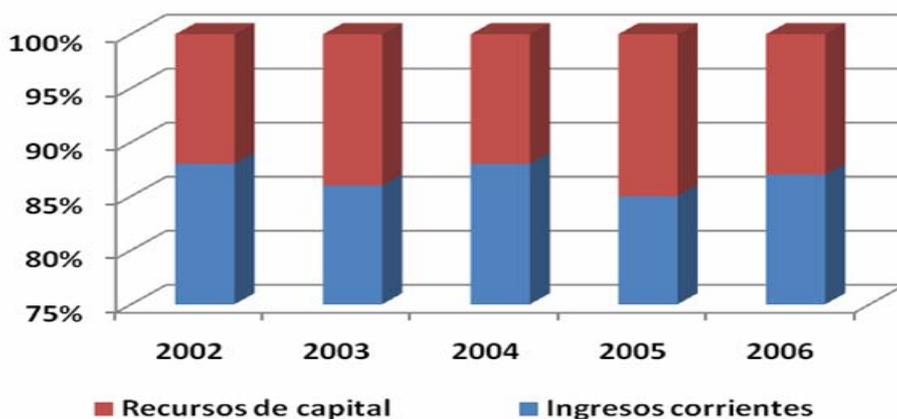
Fuente: Esta investigación

Así, el Cuadro 4 y Gráfico 10, muestran que por ejemplo para el año 2002 los ingresos corrientes llegaron a representar el 88% del total de los ingresos siendo este el año en el que mayor participación alcanzo este rubro dentro del total que para la fecha adquirió el valor de \$47.023 millones de \$53.335 millones de ingresos en este año, por su lado, en el 2005 se tuvo la participación más baja dentro de los ingresos con el 85% aunque sigue manteniendo su importancia pues

del total de ingresos que se llegó a tener en este año los cuales representaron \$87.549 millones estos ascendieron a \$74.756 millones.

Por su parte, los recursos de capital tuvieron su más baja participación en el 2002 con tan solo el 12% del total de los ingresos representando este valor \$6.782 millones del total en este año y su máxima participación fue en el 2005 con el 15% sobre el total de los ingresos que en esta oportunidad ascendieron a \$12.793 millones.

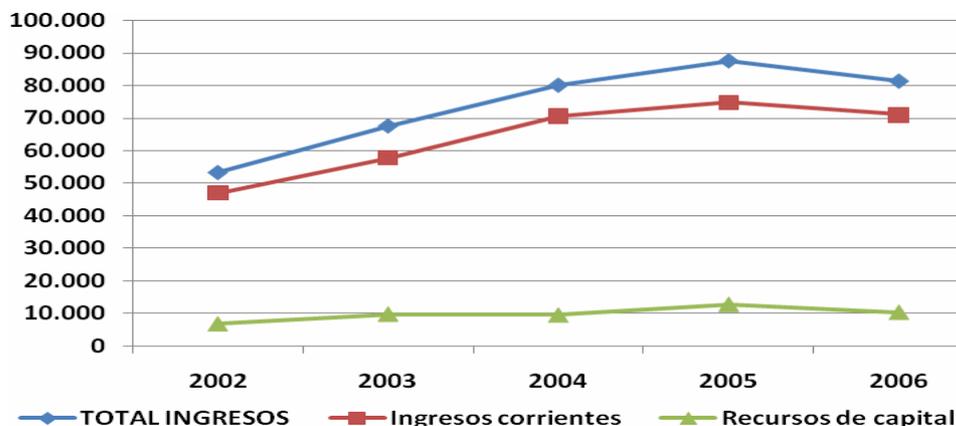
Gráfico 10. Estructura de los ingresos totales del IDSN. Periodo 2002 – 2006



Fuente: Esta investigación

Los ingreso corrientes, por tanto, son los que determinan el comportamiento de los ingresos totales del Instituto, puesto que tal y como lo muestra el Gráfico 11 la tendencia de auge presentada hasta el 2005 y recesion en el ultimo año de analisis de los ingresos corrientes presentada por la variación del monto de las transferencias giradas a la entidad, influyo de manera casi perfecta en el comportamiento de los ingresos totales, es mas, la tasa de crecimiento tanto de los ingresos corrientes y de capital y la tasa de crecimiento de los ingresos totales fueron en promedio en los tres casos del 11%, lo que explica aun mas este comportamiento.

Gráfico 11. Evolución de los Ingresos del IDSN. Periodo 2002 - 2006 (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

✦ **Ingresos corrientes del IDSN. Periodo 2002 – 2006.** La mayor fuente de los ingresos corrientes del IDSN esta representada por las transferencias del gobierno central en busca del desarrollo de los diferentes programas que le asigna a su cargo esté, a través, de los recursos que forman parte del SGP-S y las diferentes transferencias que para el desarrollo de sus diversos programas de salud pública (Promoción y Prevención) le designa el Ministerio de la Protección Social, por tanto, este rubro ha mantenido una representación entre el periodo 2002 – 2006 de mas del 65% de los ingresos corrientes del Instituto, alcanzando su máximo punto en el año 2002 cuando la participación de las transferencias alcanzó un tope del 74% de los ingresos corrientes, cantidad que significó un valor de más de \$34.806 millones. Ver Cuadro 6 y Gráfico 12

Cuadro 6. Distribución de los ingresos corrientes del IDSN. Periodo 2002-2006 (millones de pesos)

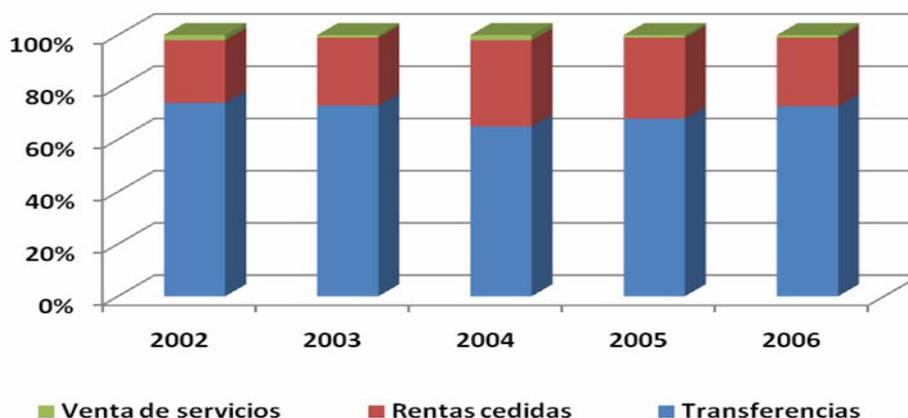
RUBRO	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
INGRESOS CORRIENTES	47.023	100	57.816	100	70.589	100	74.756	100	70.969	100
Transferencias	34.806	74	42.620	73	46.129	65	51.200	68	51.414	72
Rentas cedidas	11.196	24	13.747	25	23.249	33	22.823	31	18.785	26
Venta de servicios	1.020	2	1.449	2	1.211	2	732	1	768	1

Fuente: IDSN - Esta investigación

Sin embargo, el papel que juegan las rentas cedidas del Departamento en el total de los ingresos corrientes también mantienen durante el periodo de análisis una participación considerable aunque muy voluble por cuanto, de alcanzar en el 2002 el 24% de los ingresos corrientes (\$11.196 millones) ascendió su participación al 33% (\$23.249 millones) en el 2004. Ahora bien, a partir del 2005 su comportamiento a descendido alcanzando una representación del 26% (\$18.785 millones) en los ingresos corrientes del Instituto, para el 2006, circunstancia que se debió básicamente al descenso en las rentas provenientes de la venta de licores.

Finalmente, en lo que corresponde a los servicios que vende el Instituto de forma independiente guiados en su mayor parte a los centros de salud de los municipios no certificados y centralizados del Peñol y Nariño con el fin de conseguir recursos propios, se puede decir, que no tienen mayor participación dado que en el mayor de los casos estos llegan a representar escasamente el 2% en el total de los ingresos corrientes y es por tanto aun menos su participación en la totalidad de rubros.

Gráfico 12. Estructura de los ingresos corrientes del IDSN. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

Los recursos que se obtienen por este último concepto, además, es de aclarar que se obtienen de los programas que ha venido implementando el Instituto a través de la venta de servicios de los laboratorios clínicos de salud pública reglamentados en última instancia por el artículo 24 del decreto 2323 del 12 de julio de 2006, sumado a los provenientes del fondo rotatorio de estupefacientes y diferentes cursos de inducción, venta de pliegos y papelería y registros e inscripciones, mas, sin embargo, no han logrado tomar fuerza y por ende empiezan a verse deterioradas las acciones en salud pública en este sentido.

De esta forma, al tener la mayor participación las transferencias nacionales del sector público en los ingresos corrientes, se puede ver que este rubro junto con el de las rentas departamentales son los que han influido determinadamente en el detrimento y ascenso de los ingresos corrientes, dado que, como se puede observar en el Cuadro 7 y Gráfico 13, el crecimiento del 10.2% y 13.8% en promedio de estos dos rubros respectivamente, lograron de alguna manera contrarrestar la caída de la venta de servicios del Instituto del 6.8%, logrando que al finalizar el año 2006 los ingresos corrientes mantengan un crecimiento promedio del 11.2%.

Cuadro 7. Tasa de crecimiento de los ingresos corrientes del IDSN. Periodo 2003-2006

RUBRO	CRECIMIENTO ANUAL (%)				CRECIMIENTO PROMEDIO
	2003	2004	2005	2006	
Ingresos corrientes	22.9	22.1	5.9	-5.06	11.2
Transferencias	22.5	8.2	10.10	0.42	10.2
Rentas cedidas	48.4	39.96	-1.8	-17.7	13.8
Venta de servicios	42.1	-16.4	-39.6	4.9	-6.8

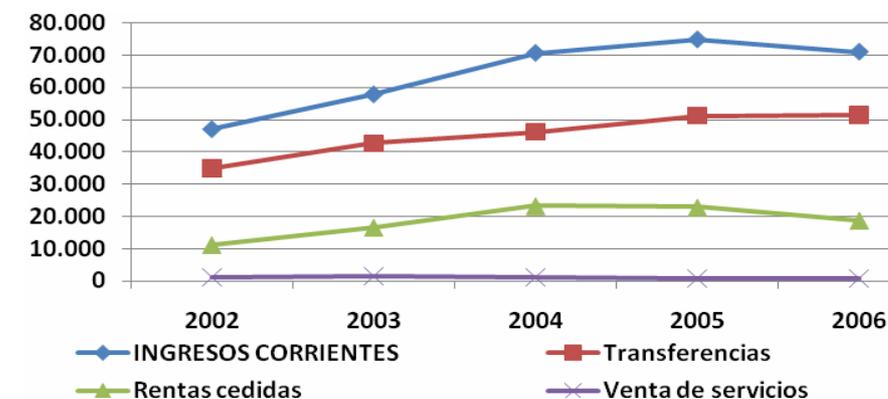
Fuente: Esta investigación

De la misma forma, se puede concluir que las transferencias al igual que los ingresos corrientes ante el crecimiento presentado en el año 2003 del 22.5 y 22.9% respectivamente de sus recaudos no han logrado en el resto del periodo alcanzar estos niveles, pero si han logrado mantener un crecimiento total promedio durante el periodo del 10.2 y 11.2% respectivamente.

Por su parte las rentas departamentales presentaron una tendencia creciente hasta el 2004 y posteriormente disminuyeron durante los siguientes años en un 1.8 y 17.7% respectivamente lo cual a pesar de presentar estas dos caídas no lograron contrarrestar el crecimiento de los anteriores años, logrando así un crecimiento promedio durante toda la vigencia del 13.8%.

Finalmente, el rubro percibido por la venta de los servicios en el 2002 ascendió tan solo a \$1.020 millones y ha disminuido su participación llegando a representar a finales del 2006 tan solo algo más de \$ 768 millones, lo cual indica una caída en su crecimiento del 6.8%, evento que tuvo lugar a raíz del proceso de descentralización a partir del año 2005 de los municipios de Nariño, Peñol y Sapuyes, municipios que han consolidado su proceso de creación de las Empresas Sociales del Estado para la atención de la salud, lo cual implicó que el IDSN delegara esta responsabilidad a los respectivos municipios y por tanto su compromiso presupuestal con estos de igual forma disminuyera. Gráfico 13

Gráfico 13. Evolución de los ingresos corrientes del IDSN. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

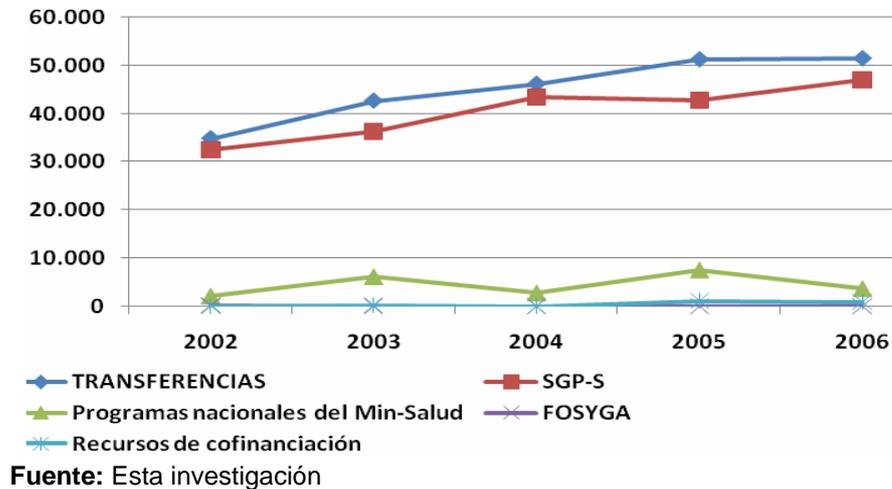
✦ **Transferencias de la nación al IDSN. Periodo 2002 – 2006.** En Nariño encontramos, por tanto, que la mayor fuente de financiación de la salud de la población proviene de las transferencias de la nación a través del SGP, las cuales además nominalmente han mantenido un crecimiento total durante el periodo, sin embargo, en este tiempo no escapo de presentar una caída (Cuadro 9 y Gráfico 14), cuando de un valor de \$43.384 millones tuvo una depresión del 2% en el 2005 debido a una disminución en los recursos para la prestación de oferta de servicios cuando los ingresos por esta causa disminuyeron a \$42.666 millones, lo que implico en esta oportunidad que el SGP-S participara en el total de las transferencias con el valor mas bajo en el periodo de análisis ubicándose en esta situación en el 83%.

Cuadro 8. Distribución de las transferencias nacionales al IDSN. Periodo 2002 – 2006 (millones de pesos)

RUBRO	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
TRANSFERENCIAS	34.806	100	42.620	100	46.129	100	51.200	100	51.415	100
SGP-S	32.493	93	36.326	85	43.384	94	42.666	83	46.967	91
Programas nacionales del Min-Salud	2.096	6	6.101	14	2.745	6	7.464	15	3.627	7
FOSYGA	216	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Recursos de cofinanciación	0	0	192	1	0	0	1.070	2	819	2

Fuente: Esta investigación

Gráfico 14. Evolucion de las transferencias nacionales al IDSN. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)



Lo anterior, demuestra o refleja en cierta medida el impacto de la ley 715 en los recursos de salud, donde, a pesar de que se determina que las transferencias del SGP deben mantener un crecimiento constante del 2% por encima del nivel de inflación del respectivo año, supuestamente no dando cabida a ninguna clase de disminución en este tipo de recursos, al disminuir el índice de inflación en este periodo se disminuyeron por ende los recursos provenientes por este concepto.

Por su parte, en lo que se refiere a las transferencias que provienen del Ministerio de la Protección social, se puede decir al analizar el gráfico anterior que estas, han tenido un comportamiento muy variable, puesto que de pasar en el 2002 de representar \$2.096 millones, constituyendo el 6% sobre el total de las transferencias, se paso en el 2003 a \$6.101 millones de pesos; crecimiento del 191.1% (Cuadro 9) y descendieron nuevamente en el 2004 a \$2.745 millones, demostrando de esta forma la no continuidad de los programas que desarrolla el Ministerio de la Protección Social, tal es el caso, que en el 2003 se incrementaron los recursos ante la asignación de fondos para la población discapacitada y desplazada del Departamento, programas que no fueron atendidos para el año siguiente y que nuevamente fueron retomados en el 2005.

En este ultimo año, por tanto, incrementaron los recursos a \$7.464 millones, que sumado a lo anterior, se debió a un incremento en los recursos destinados para la campaña de control de tuberculosis y TBC, recursos que nuevamente en el 2006 no volvieron a ser parte del manejo presupuestal del Instituto, por lo cual descendieron a \$3.627 millones. No obstante, existen otros programas que han mantenido su disposición presupuestal a lo largo del periodo y que existe un

control permanente sobre ellos como es el caso del programa de las Enfermedades transmitidas por vectores (E TV).

Cuadro 9. Tasa de crecimiento de las transferencias nacionales del IDSN. Periodo 2003-2006

RUBRO	CRECIMIENTO ANUAL (%)				CRECIMIENTO PROMEDIO
	2003	2004	2005	2006	
Transferencias	22.5	8.2	10.9	0.4	10.2
SGP-S	11.8	19.4	-1.7	10.1	9.6
Programas nacionales del Min-Salud	191.1	-55	171.9	-51.4	14.7
FOSYGA	-100	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

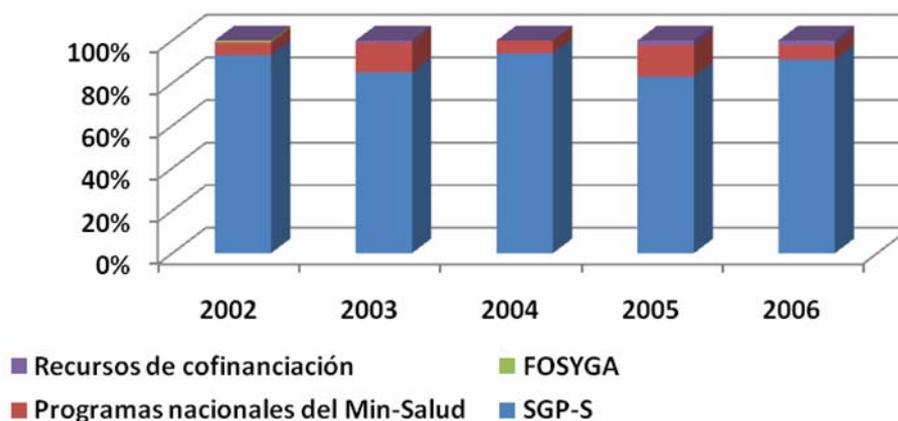
n.a.: Hace referencia a valores cero en la cuenta, sobre los cuales no se puede establecer variación

Fuente: Esta investigación

Por tanto, son estos dos rubros los que inciden mas directamente sobre el total de las transferencias nacionales, puesto que en lo que concierne a los recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), dado que el Instituto no es el encargado de manejar los recursos del régimen subsidiado del Departamento, se puede observar, que durante el periodo analizado los dineros provenientes por este concepto solo se presentan en determinadas circunstancias, para el periodo analizado por ejemplo, solo ingresaron recursos por este detalle en el 2002 cuando su valor ascendió a tan solo \$216 millones con tan solo el 1% de participación en las transferencias de este año, concierne en este caso a la ampliación de cupos para el régimen subsidiado del Departamento.

De igual forma, son ingresos transitorios y esporádicos los recursos de cofinanciación, recursos que surgen de convenios con la Gobernación del Departamento o en algunos casos con el Ministerio de la Protección social y que para el caso en el 2005 ascendieron a \$1.070 millones, destinados en este proceso al fortalecimiento de la red pública de hospitales en Nariño y que para el 2006 estos tuvieron un descenso a \$819 millones los cuales por el contrario se destinaron \$59 millones al régimen subsidiado (4.01), mientras que los restantes, es decir \$760 millones para el convenio 042 – 2006 con la Gobernación de Nariño y que por tanto su participación en el mayor de los casos fue apenas del 2%. Cuadro 9 y Gráfico 15

Gráfico 15. Estructura de las transferencias nacionales percibidas por el IDSN. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

✦ **Rentas cedidas del Departamento al IDSN. Periodo 2002 – 2006.** Hacen parte de los ingresos que maneja el IDSN como se había mencionado con anterioridad además, las rentas cedidas del Departamento, donde se tiene específicamente que la mayor fuente de financiación para el sector salud tal y como lo muestra el Cuadro 10 y Gráfico 16 proviene de la aplicación de impuestos a la producción y distribución de licores con el 65% en promedio de participación, posteriormente por las rentas provenientes de los monopolios de juegos de suerte y azar con el 16%, el impuesto a la venta de cervezas con el 14%, y finalmente el impuesto de registro con el 3%. Tendencia similar al comportamiento a nivel nacional en lo que se refiere al aporte de licores y cervezas, donde “dentro de las transferencias dirigidas al sector salud de productos nacionales y extranjeros realizadas en el 2006, los licores, vinos y aperitivos representaron el 58.7% equivalente a \$308.506 millones, mientras las cervezas participaron con el 41.03%, es decir \$216.839 millones”¹⁷.

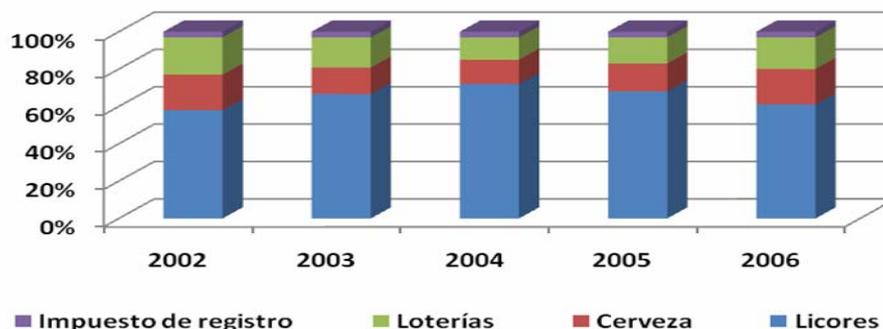
¹⁷ TRUJILLO GARCÍA, José Renán. Estudio cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares-Nacionales. Superintendencia Nacional de Salud. Bogotá D.C. 2007. p. 76.

Cuadro 10. Distribución de las Rentas Departamentales giradas al IDSN. Periodo 2002 -2006 (millones de pesos)

RUBRO	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
RENTAS CEDIDAS	11.196	100	16.611	100	23.249	100	22.823	100	18.785	100
Licores	6.498	58	11.012	66	16.683	72	15.464	68	11.546	61
Cerveza	2.130	19	2.401	14	3.087	13	3.410	15	3.506	19
Loterías	2.216	20	2.657	16	2.796	12	3.253	14	3.173	17
Impuesto de registro	351	3	539	3	681	3	694	3	558	3

Fuente: IDSN - Esta investigación

Gráfico 16. Estructura de las Rentas Departamentales Giradas al IDSN. Periodo 2002 - 2006



Fuente: Esta investigación

De esta forma, tenemos que el mínimo aporte que se obtuvo por el impuesto a la venta de licores fue en el 2002, donde este aportó en el total de las rentas del Departamento el 58%, con un total de \$6.498 millones, porcentaje que no obstante, representa más de la mitad de estos ingresos. A partir de este año empezó una tendencia creciente hasta el 2004 donde el aporte fue del 72% con \$16.683 millones, sin embargo, comenzando el 2005, se inició un comportamiento recesivo de los ingresos percibidos por este concepto hasta el 2006 debido a que “el Departamento de Nariño declaró durante el año 2005 un total de 3.039.675 unidades de Aguardiente Nariño y 2.391.260 unidades, durante la vigencia de 2006, lo cual significa una disminución en el consumo del 21.3%”¹⁸ por tanto, a finales de este último año las rentas cedidas al sector salud llegaron a ubicarse en el 61% representando así un valor de \$11.546 millones y donde no obstante, el crecimiento promedio durante el periodo fue del 15.5%, el más alto dentro de las rentas departamentales. Cuadro 11

¹⁸ *Ibíd.* P. 84.

Cuadro 11. Tasa de Crecimiento de las Rentas Departamentales giradas al IDSN. Periodo 2003-2006

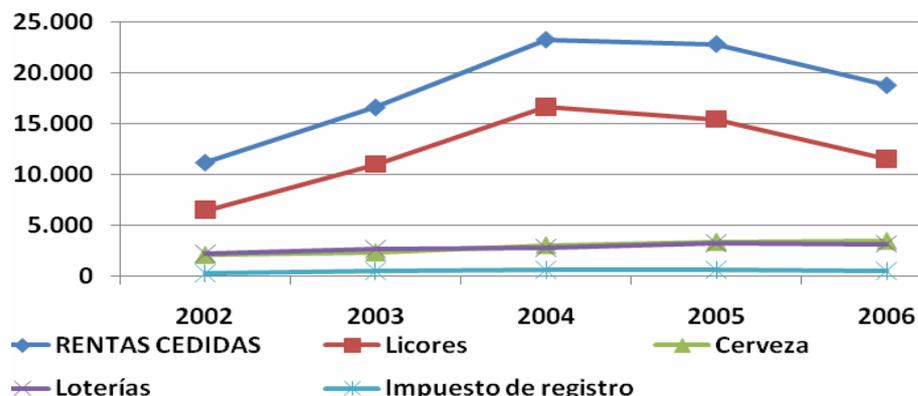
RUBRO	CRECIMIENTO ANUAL (%)				CRECIMIENTO PROMEDIO
	2003	2004	2005	2006	
RENTAS CEDIDAS	48.4	39.9	-1.8	-17.7	13.8
Licores	69.5	51.5	-7.3	-25.3	15.5
Cerveza	12.7	28.6	10.5	2.8	13.3
Loterías	19.9	5.2	16.3	-2.5	9.4
Impuesto de registro	53.6	26.3	1.9	-19.6	12.3

Fuente: Esta investigación

Por su parte, los rubros provenientes del impuesto a la venta de cerveza han mantenido durante el periodo de análisis una tendencia creciente, pasando desde el 2002 de representar más de \$2.130 millones a aportar en el 2006 en las rentas del departamento \$3.506 millones, valor que representa un crecimiento total promedio del 13.3% y que se dio por el aumento en el consumo de este producto.

De igual forma, las rentas provenientes de la explotación de los monopolios de juegos de suerte y azar mantienen una participación paralela al aporte del impuesto a la venta de cerveza donde el porcentaje promedio en las transferencias departamentales asciende a un valor del 16% y de la misma forma ganó importancia hasta el 2005, cuando de pasar de \$2.216 millones en el 2002, aumentó su valor a \$3.253 millones en el 2005 debido en gran parte a la aparición de nuevas empresas dedicadas a este tipo de actividades, logrando de esta forma y a pesar del descenso del 2% en su crecimiento en el 2006, hallarse al finalizar el periodo en un 9% por encima de su estado inicial.

Gráfico 17. Evolución de las Rentas Cedidas del Departamento al Instituto Departamental de Salud de Nariño. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

Finalmente, en lo concerniente al impuesto de registro se pudo determinar que si bien este es el rubro de menor impacto en los ingresos departamentales, su contribución desde el 2002 y hasta el 2005 ha ido incrementándose lentamente pasando de \$351 millones a algo más de \$558 millones. De esta forma, el crecimiento promedio de las rentas de licores en los años 2003 y 2004 del 69.5 y 51.5% respectivamente, de la misma forma que el decrecimiento que ocasiona la caída en los 2 años posteriores, se manifestaron como agente impulsador y retenedor directo de las rentas departamentales, sin embargo, durante todo el periodo de análisis se logró sostener un crecimiento promedio del 13.8% en la totalidad de las rentas cedidas.

3.1.2 Recursos de capital del IDSN. Periodo 2002 -2006. De lo anterior se pudo determinar que la mayor fuente de ingresos del IDSN se obtiene de las transferencias tanto del gobierno central, como del Departamento, sin embargo, hay otros recursos que se obtienen como se menciona con anterioridad, de forma extraordinaria, y que se derivan en esta oportunidad de utilidades arrojadas del patrimonio público por inversiones productivas, capital productivo o financiero o donaciones que, no obstante, se ubican en el último lugar de recaudo, puesto que poseen una participación que se podría decir mínima.

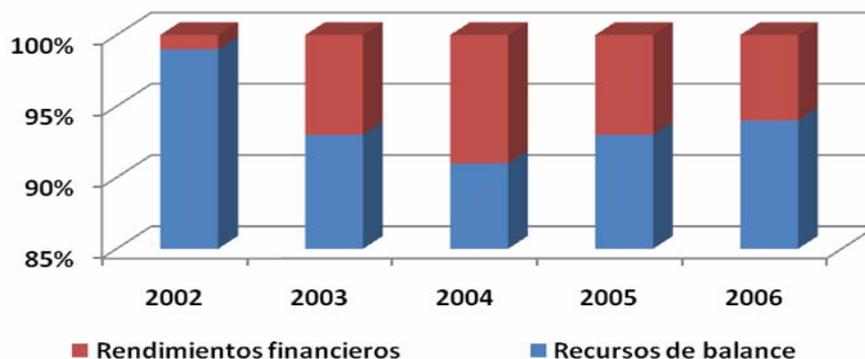
De esta manera, estos rubros, reconocidos como recursos de capital provienen, en su mayor parte, de los recursos de balance, dado que estos representan más del 90% del total, mientras que los rendimientos financieros solo alcanzaron una participación que en el mayor de los casos se ubico en el 9% y que a partir de esta fecha (2004) fue disminuyendo su participación en los recursos de capital de la misma forma que ganó importancia los recursos de balance, hasta ubicarse estos últimos en el 94% al finalizar el 2006. Cuadro 12 y Grafico 18

Cuadro12. Distribución de los ingresos de capital del IDSN. Periodo 2002-2006 (millones de pesos)

RUBRO	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
RECURSOS DE CAPITAL	6.311	100	9.784	100	9.492	100	12.793	100	10.370	100
Recursos de balance	6.243	99	9.102	93	8.613	91	11.896	93	9.731	94
Rendimientos financieros	68	1	682	7	879	9	897	7	638	6

Fuente: IDSN - Esta investigación

Gráfico 18. Estructura de los ingresos de capital del IDSN. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

Los recursos de balance por tanto mostraron como se ve en el Gráfico 19 una tendencia creciente desde el año 2002 cuando su valor ascendió a \$6.243 millones debido a la existencia en este periodo de excedentes financieros – superávit, pasando en el 2003 a \$9.102 millones, incrementó considerable del 55.03% gracias a la entrada en vigencia de la ley 819 de este año, donde el Instituto paso a ser receptora durante este y todo el periodo de análisis de ingresos por cancelación de reservas, además del ingreso de recursos por recuperación de cartera y otros recursos de Balance. Para el año 2005, estos recursos representaron un mayor ascenso del 34.8% pasando a \$11.896 millones dada la existencia de excedentes de apropiación y de mayor recaudó de la vigencia anterior y cancelación de reservas. Cuadro 13

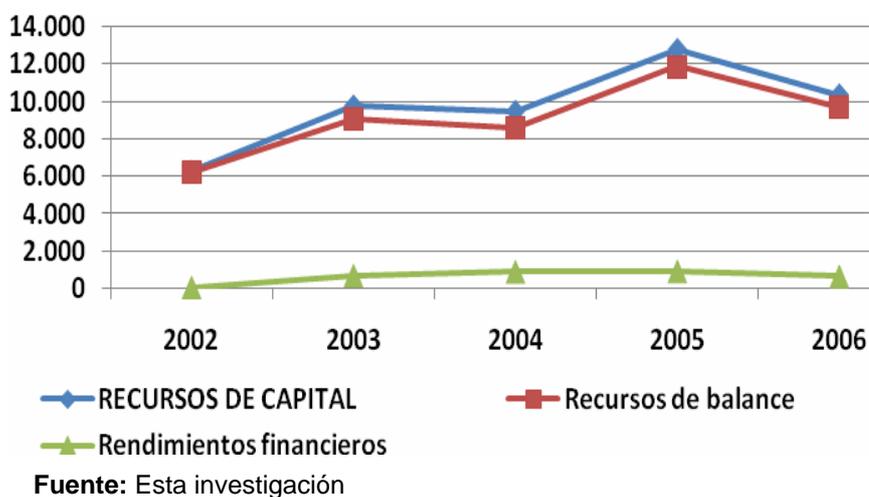
Por su parte, los recursos provenientes de los rendimientos financieros a pesar de representar menos del 10% de los recursos de capital, han mostrado durante el periodo analizado un comportamiento ascendente pasando de representar \$68 millones en el 2002 a \$897 millones en el 2005 con un crecimiento promedio del 75.02%, rendimientos provenientes de la Sede del IDSN, del Programa Salud pública y Control de Vectores.

Cuadro 13. Tasa de crecimiento de los recursos de capital del IDSN. Periodo 2003-2006

RUBRO	CRECIMIENTO ANUAL (%)				CRECIMIENTO PROMEDIO
	2003	2004	2005	2006	
Recursos de capital	55.03	-2.9	34.8	-18.9	13.2
Recursos de balance	45.8	-5.4	38.1	-18.2	11.7
Rendimientos financieros	902.9	28.9	2.05	-28.9	75.02

Fuente: Esta investigación

Gráfico 19. Evolución de los Recursos de Capital del IDSN, Periodo 2002 – 2006. (Millones de pesos)



A raíz de esto, se puede concluir que por parte de los ingresos el IDSN en términos generales ha logrado mantener un crecimiento constante de la mayor parte de los rubros que forman parte de la apropiación presupuestal por cuanto las transferencias, rentas cedidas, recursos propios y los recursos de capital hasta el 2005 han logrado sostener su crecimiento, solo para el 2006 estos ingresos han tenido un pequeño descenso lo cual implicaría que a corto y largo plazo sea menor parte de la población atendida, en especial los catalogados como vinculados en los cuales se encuentran los pertenecientes al estrato 0; calificadas por el sistema como personas pobres y vulnerables de bajos ingresos enlazada a una falta de trabajo que no le permite afiliarse al sistema de salud ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

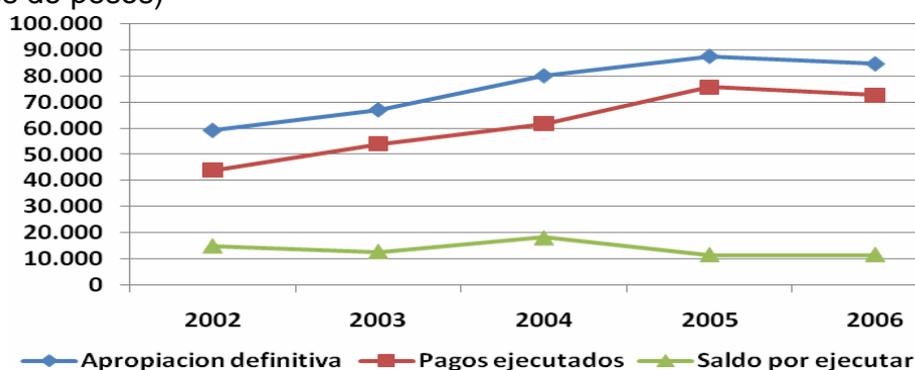
3.2 COMPORTAMIENTO DE LOS GASTOS DEL IDSN EN EL PERIODO 2002 – 2006

Una vez cumplido el análisis del comportamiento de los Ingresos es aún más importante vislumbrar el comportamiento de la asignación de gastos del Instituto, de manera, que se pueda generar una idea clara de la inversión y su relación con las necesidades de la comunidad, además de analizar la ejecución efectiva de los gastos de acuerdo a sus competencias.

Los pagos ejecutados por el Instituto se encuentran por debajo de la apropiación definitiva quedando de esta forma para cada vigencia recursos sin ejecutar al no ser girados en la respectiva vigencia y que por tanto quedan como reserva o saldo

de apropiación comprometidos para ser ejecutados en la vigencia siguiente, es el caso del 2004 por ejemplo, donde mientras que la apropiación definitiva ascendió al valor de \$80.000 millones, los recursos ciertamente ejecutados fueron de \$61.720 millones, quedando, de esta forma, un saldo total de \$18.279 millones sin ejecutar; de la misma forma ocurre en los demás años analizados donde el saldo como se puede vislumbrar en el Gráfico 20, adquiere un valor ubicado por encima de los \$10.000 millones.

Gráfico 20. Apropiación y ejecución de los Gastos del IDSN. Periodo 2002 – 2006. (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

No obstante, el comportamiento de los gastos hasta el 2005 ha sido positivo dado que estos han mantenido un crecimiento constante durante este periodo puesto que mientras en el 2002 fueron de \$44.003 millones, se pasó en el 2005 a \$75.744 millones, siendo de esta forma, solo en el año 2006 donde se registro una disminución en este rubro lo cual tuvo como principal causa la caída de los ingresos que entraron al Instituto en este periodo como se demostró con anterioridad. En este año los gastos ascendieron a un valor total de \$ 72.786 millones, presentando por tanto un crecimiento promedio en los gastos totales del 13.4%, a pesar de esta última resección. Cuadro 14 y 15.

Cuadro 14. Distribución de los Gastos Totales del IDSN. Periodo 2002-2006 (millones de pesos).

RUBRO	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
TOTAL GASTOS	44.003	100	54.027	100	61.720	100	75.744	100	72.786	100
Funcionamiento	6.249	14	7.089	13	5.243	8	8.271	11	8.017	11
Inversión	37.435	85	46.628	86	56.477	92	67.473	89	64.769	89
Servicio de deuda	318	1	310	1	0	0	0	0	0	0

Fuente: IDSN - Esta investigación

Cuadro 15. Tasa de crecimiento de los gastos totales del IDSN. Periodo 2003 – 2006.

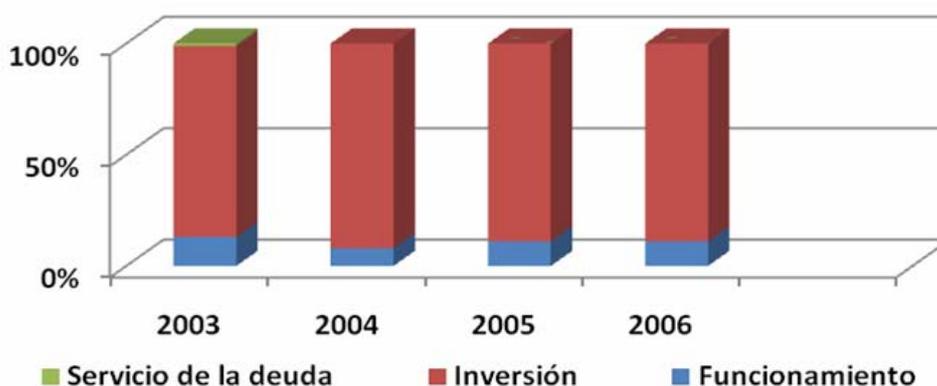
RUBRO	CRECIMIENTO ANUAL (%)				CRECIMIENTO PROMEDIO
	2003	2004	2005	2006	
TOTAL GASTOS	22.8	14.2	22.7	-3.9	13.4
Funcionamiento	13.4	-26.04	57.8	-3.1	6.4
Inversión	24.6	21.1	19.5	-4.01	14.7
Servicio de la deuda	-2.5	-100	n.a.	n.a.	n.a.*

* n.a.: Hace referencia a valores cero en la cuenta, sobre los cuales no se puede establecer variación

Fuente: Esta investigación

A pesar de lo sucedido en este último año, es de rescatar el trabajo del Instituto al dar prioridad en el total de los gastos a la inversión en los diferentes programas desarrollados por él, lo cual se puede concluir a partir de la participación de los gastos de funcionamiento y el servicio de la deuda en contraposición a la inversión social. Así las cosas, en el Gráfico 21, se puede observar que los gastos de funcionamiento representan en los egresos del Instituto solo alrededor del 11% y aun más baja es la participación del servicio de la deuda donde solo se registraron cancelación de esta cuentas en los años 2002 y 2003 con una participación solamente del 1%. Caso contrario es el gasto de inversión el cual además de mantener una tendencia de crecimiento desde el 2002 al 2005 y a pesar de la caída que tuvo en el 2006 ha mantenido su participación en el total de egresos de más del 85%, inclusive en el 2004 alcanzó su máximo apogeo cuando su participación alcanzó el 92% con \$56.477 millones del total de gastos; y ya para finalizar el periodo de análisis este rubro ascendió al valor total de \$64.769 millones.

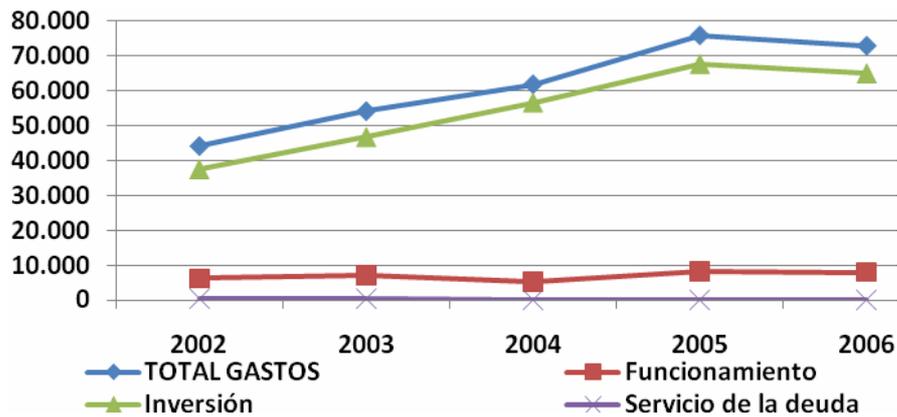
Gráfico 21. Estructura de los Gastos totales del IDSN. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

De esta forma, se tiene que el rubro que mas incidencia posee sobre la totalidad de los gastos es el de inversión puesto que como lo muestra el Gráfico 22 estos dos gastos, el de inversión y el de gastos totales, mantienen una tendencia equiparable, puesto que el crecimiento del 24.6% en los gastos de inversion del año 2003, del 21.1% en el 2004 y la caída de crecimiento del 4.01% ocasionaron unos crecimientos y resceciones casi de la misma magnitud en los gastos totales, caso contrario es el rubro de gastos de funcionamiento el cual a pesar de la caída presentada en el 2004 del 26%, no implico que los gastos totales presentaran el mismo comportamiento y aun menos incidencia tiene el gasto de pago de la deuda, el cual como se menciono con anterioridad no presento erogación a partir del año 2003.

Gráfico 22. Evolución de los Gastos totales del IDSN. Periodo 2002-2006. (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

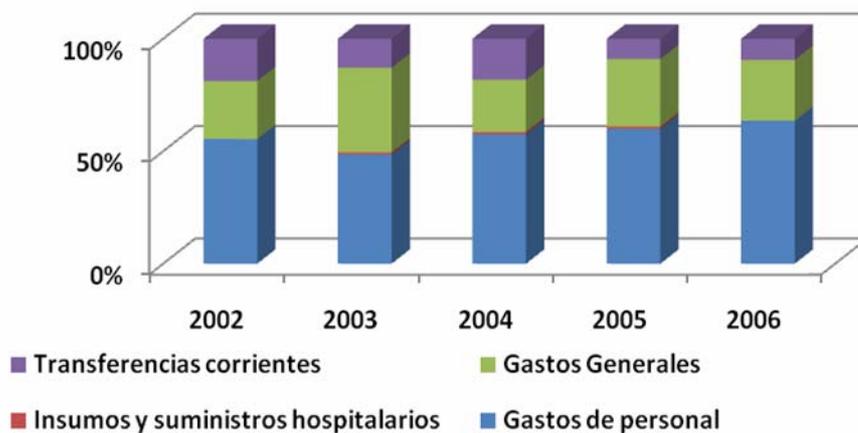
3.2.1 Gastos de funcionamiento del IDSN. Periodo 2002 -2006. En lo que se refiere a los gastos de funcionamiento explícitamente el Cuadro 16 y Gráfico 23, muestran que estos mantuvieron un comportamiento mas o menos estable, es decir no han sido objeto de grandes fluctuaciones, este rubro se ha visto afectado principalmente por los ingresos de personal, dado que estos son los que mantienen la mayor participación con más de la mitad en el total de estos gastos, seguido de los gastos generales los cuales han mantenido una participación de alrededor del 29% y las transferencias corrientes con una participación promedio del 14%.

Cuadro 16. Distribución de los gastos de funcionamiento del IDSN. Periodo 2002-2006 (millones de pesos)

RUBRO	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
FUNCIONAMIENTO	6.249	100	7.089	100	5.243	100	8.271	100	8.017	100
Gastos de personal	3.480	56	3.458	49	3.002	57	4.991	60	4.920	61
Insumos y suministros hospitalarios	0	0	52	1	40	1	43	1	14	0
Gastos Generales	1.594	26	2.690	38	1.207	23	2.508	30	2.112	26
Transferencias corrientes	1.174	19	888	13	930	18	727	9	681	9
Vigencias anteriores	0	0	0	0	63	1	0	0	8	1
Cancelación reservas ley 819	0	0	0	0	0	0	0	0	279	3

Fuente: IDSN - Esta investigación

Gráfico 23. Estructura de los gastos de funcionamiento del IDSN. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

De esta forma, los gastos de personal mostraron una tendencia recesiva hasta el 2004 donde de pasar de representar \$3.480 millones en el 2002 se pasó en el 2004 a \$3.002 millones disminución del 0.6 y 13.2% en estos dos años y que se debió principalmente a una disminución en los sueldos del personal de nómina y las contribuciones parafiscales del sector privado, sin embargo, el terreno ganado en este aspecto se vio contrarrestado por el incremento excesivo en los dos años posteriores de estos rubros, pasando a ubicarse en \$4.920 millones en el 2006, con un incremento del 66.3% de estos rubros en el 2005, cabe aclarar, sin embargo, que lo anterior se explica principalmente por la reorganización en la estructura de gastos de funcionamiento del Instituto, por cuanto los gastos del

programa Enfermedades transmitidas por vectores (ETV) en los años anteriores se ejecutaban en su totalidad como inversión, no obstante, teniendo en cuenta las nuevas directrices del Ministerio de la Protección Social de los recursos ETV gran parte de ellos se destinan a partir del año 2005 y 2006 para funcionamiento, es decir, con la anterior metodología los gastos de funcionamiento en estos años ascendieron a \$6.005 y \$6.476 millones respectivamente; y los restantes \$2.221 y \$1.594 millones de cada año, corresponden a gastos de pago de la nomina de los funcionarios que ejecutan el programa y gastos generales, específicamente con el pago de viaticos del mismo. Cuadro 17 y Gráfico 24

Cuadro 17. Tasa de crecimiento de los gastos de funcionamiento del IDSN. Periodo 2003 – 2006

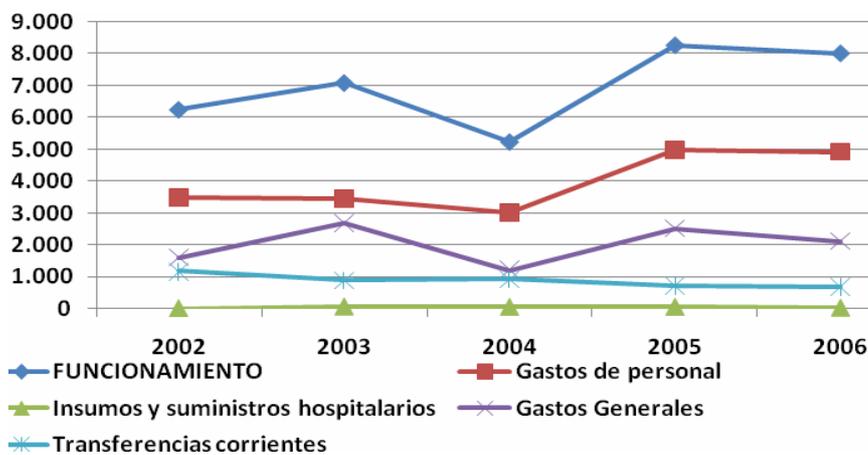
RUBRO	CRECIMIENTO ANUAL (%)				CRECIMIENTO PROMEDIO
	2003	2004	2005	2006	
Funcionamiento	13.4	-26.04	57.8	-3.1	6.4
Gastos de personal	-0,6	-13.2	66.3	-1.4	9.04
Insumos y suministros hospitalarios	n.a	-23.1	7,5	-67.4	n.a*
Gastos Generales	68.8	-55.1	107.8	-15.8	7.3
Transferencias corrientes	-24.4	4.7	-21.8	-6.3	-12.7

*n.a.: Hace referencia a valores cero en la cuenta, sobre los cuales no se puede establecer variación

Fuente: Esta investigación

Por su parte, el segundo rubro de importancia, los gastos generales, variaron su participación a lo largo del periodo, siendo así el año 2003 donde alcanzó su máximo punto cuando estos egresos ascendieron a un valor total de \$2.690 millones con una participación del 38% en los gastos de funcionamiento, ascenso del 68.8% dado por el aumento en la cancelación de viaticos y cuotas de auditaje y la adquisición de bienes para el mantenimiento hospitalario de los hospitales de los municipios del Peñol, Sapuyes y Nariño y que por tanto al final del periodo a pesar de la recesión abrupta del siguiente año del 55.1%, nuevamente ascendieron los gastos por estos conceptos sin alcanzar los niveles anteriores a pesar del crecimiento del 107.8% en este último año.

Gráfico 24. Evolución de los Gastos de Funcionamiento del IDSN. Periodo 2002-2006. (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

Seguidamente, se encuentra en orden de importancia las transferencias corrientes que el Instituto realiza al pago de mesadas pensionales, colciencias, tribunal de ética médica y odontológica y pago de sentencias y conciliaciones, las cuales excepto en el año 2004, como lo muestra el Gráfico 24, han tendido a descender por efecto de la disminución de las transferencias específicamente al tribunal de ética odontológica y el pago de sentencias y conciliaciones, pasando con esto a ubicarse en este último año, en algo más de \$681 millones con un decrecimiento promedio del 12.7% durante toda la vigencia. Por su parte, en el 2004, año en el que ascendieron los egresos por este concepto ya que se ubicaron en \$930 millones, tuvo cabida, gracias a transferencias realizadas a Colciencias, rubro que antes de este periodo no se tenía en cuenta y que en este año ascendió a más de \$200 millones.

Por su parte, los egresos para insumos y suministros hospitalarios mantienen una participación muy baja por cuanto en el mayor de los casos es del 1% y estos representan los medicamentos que el Instituto aporta a los centros y puestos de salud de los diferentes municipios no certificados y centralizados (Peñol, Sapuyes, Nariño), siendo así su contribución mínima en este aspecto.

Es así, como resulta que los gastos de funcionamiento se ven de alguna u otra forma influenciados primordialmente por los egresos de personal y los correspondientes a los gastos generales, esto dada su representación y evolución a lo largo del periodo analizado. Pero son a los gastos de inversión a los que se les debe prestar el mayor interés, puesto que es una apreciación común en la década moderna que los gastos de inversión son los gastos que efectivamente más inciden directamente sobre el desarrollo de la comunidad, en este caso, sobre

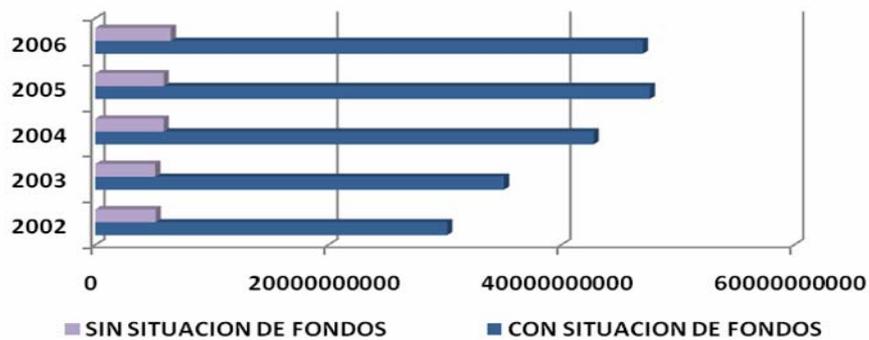
el estado de salud y por ende de desarrollo humano, de tal manera, que estos han sido asignados según los requerimientos y el plan de trabajo del Instituto, el cual vislumbra las prioridades de acción de cada vigencia.

3.2.2 Gastos de Inversión del IDSN. Periodo 2002 -2006. El Instituto lleva intrínseca la función de atender la prestación del servicio de oferta a la comunidad y por tanto, es este el rubro al cual van dirigidos la mayor parte de ingresos y acciones, ocupando así, aproximadamente el 86% de los gastos de inversión.

Estos subsidios de oferta, son recursos que se destinan para la atención de las personas catalogadas como vinculadas y son recursos que provienen del estado, sin embargo, cabe aclarar que parte de estos recursos son girados directamente por el gobierno a cada EPS o IPS pública o privada de los diferentes municipios para el pago de aportes patronales, no obstante, pasan a ser parte del presupuesto del IDSN, y otra parte de los recursos se giran directamente a esta entidad, la cual, por un lado se encarga de establecer contratos con las diferentes entidades prestadoras de estos servicios en sus diferentes niveles de atención (nivel 1, 2, 3 y superiores), y por otro lado atiende las acciones no contempladas en el POSS y transfiere rentas a los municipios que no han logrado desarrollar el proceso de descentralización por diferentes montos. Los primeros rubros pasan así a ser catalogados como Sin Situación de Fondos (SSF); mientras que los segundos son Con Situación de Fondos (CSF).

De esta manera se analizó en el presente estudio los recursos que llegan directamente al IDSN, es decir “Con situación de Fondos” dado que son estos sobre los que se tienen un verdadero control y como se puede observar en el Gráfico 25 representan más del 85% de los rubros de subsidio de oferta, así en el periodo de análisis pasaron de representar \$30.219 millones en el 2002 a \$47.020 millones en el 2006.

Gráfico 25. Constitución de los Recursos de Subsidio de Oferta del IDSN. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

★ **Inversión en subsidio de oferta por parte del IDSN. Periodo 2002 -2006.**

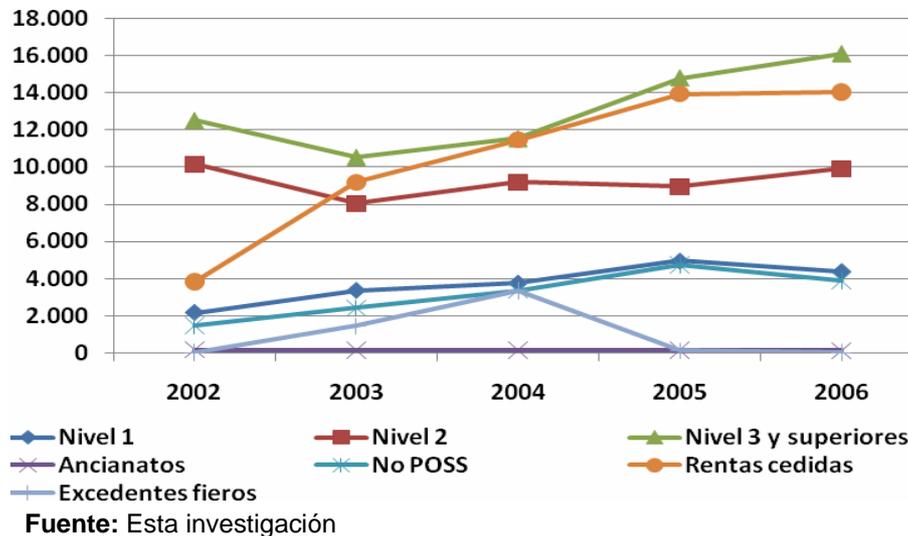
Los contratos que se celebran con las EPS O IPS del Departamento para la atención del subsidio de oferta de la población son por mayor cuantía con las entidades catalogadas en el tercer nivel de atención y superiores del cual entran a ser parte el Hospital San Pedro, Departamental, Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, San Rafael y Cehani, a los cuales se les giró en el 2002 el 41% de los recursos con situación de fondos, valor que representó \$12.483 millones y que a partir de este año empezó una tendencia descendente hasta el 2004 cuando su participación solo alcanzó el 27% de estos rubros con \$11.505 millones, tal y como lo muestra el Cuadro 18, pero que sin embargo, a partir de este último año nuevamente recupera su crecimiento al pasar en el 2006 a representar el 34% de flujos hacia este sector con mas de \$16.085 millones y donde mas del 50% de los recursos son girados al Hospital Departamental y San Pedro de la ciudad de Pasto, alcanzando un crecimiento promedio del 7% durante toda la vigencia. Cuadro 18 y Gráfico 26

Cuadro 18. Distribución de los gastos de subsidio de oferta CSF del IDSN. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)

RUBRO	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
SUBSIDIO DE OFERTA CSF	30.219	100	35.088	100	42.784	100	47.619	100	47.020	100
Nivel 1	2.161	7	3.363	10	3.753	9	4.955	10	4.389	8
Nivel 2	10.149	34	8.035	23	9.169	21	8.926	19	9.909	21
Nivel 3 y superiores	12.483	41	10.502	30	11.505	27	14.780	31	16.085	34
Ancianatos	157	1	140	1	133	1	140	1	114	1
No POSS	1.447	5	2.408	7	3.375	8	4.753	10	3.891	6
Rentas cedidas	3.820	13	9.193	25	11.482	26	13.949	28	14.063	29
Excedentes fieros	0	0	1.443	4	3.364	8	113	0	0	0

Fuente: IDSN - Esta investigación

Gráfico 26. Evolución de los gastos de subsidio de oferta CSF del IDSN. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)



En segundo lugar, se encuentran los montos de contratos realizados con los hospitales del segundo nivel, del cual hacen parte el Hospital San Andres de Tumaco, Civil de Ipiales, Infantil los angeles y Eduardo Santos La Union, a los cuales en el 2002 se les giro el 34% del rubro, valor que ascendio a \$10.149 millones, el más alto dentro del periodo analizado y que a partir de este año no ha seguido una tendencia determinada, puesto que ha fluctuado a través del tiempo pero que al final del periodo logró la participacion total del 21% con algo mas de \$9.909 millones.

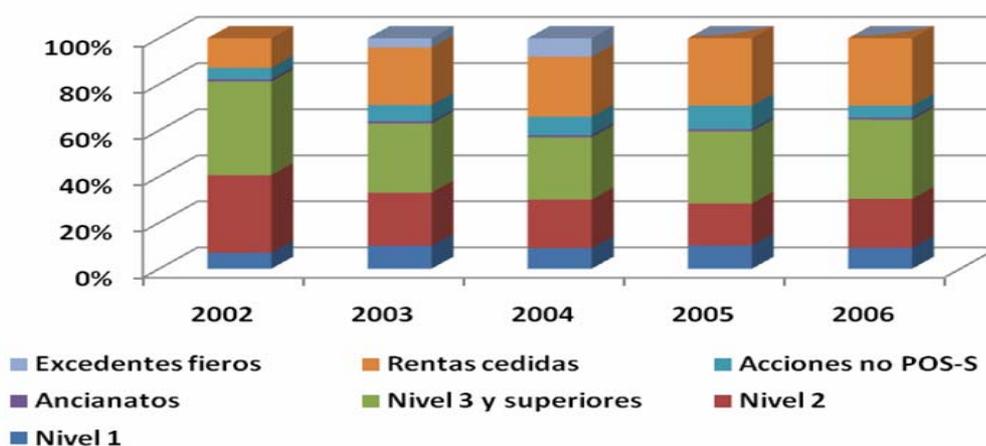
Por su parte, el primer nivel de atención de los cuales hacen parte el mayor número de hospitales del Departamento denotando con esto la baja capacidad de atención para las enfermedades de alta complejidad, apenas se les esta girando en promedio el 9% de estos recursos. Recursos que se destinan para la atención del primer nivel solo los municipios no certificados y centralizados a los cuales pertenecen las instituciones de salud del Hospital Clarita Santos de Sandona, San Antonio de Barbacoas, San Carlos, San Jose de Tuquerres, Lorencita Villegas de Santos, Sagrado Corazón de Jesus del Charco y El Buen Samaritano de la Cruz, instituciones de salud a las cuales se les giró \$2.161 millones en el 2002, y los cuales no han tenido mayor variación en su participación, pero que, sin embargo, al finalizar el 2006 lograron ubicarse en un monto total de \$4.389 millones con el 8%, no llegando a pesar de todo a representar un monto considerable. Gráfico 26

Por su parte, los recursos provenientes de las rentas cedidas del Departamento las cuales se transfieren a los diferentes municipios para atender los servicios de salud del 1, 2 y 3 nivel sumado a los eventos no contemplados en el POSS

también mantienen una participación significativa del 25%, recursos que se giran principalmente al Hospital Departamental, San Pedro, Infantil Los Angeles, Civil de Ipiales, San Andres de Tumaco entre otros y que durante toda la vigencia estudiada han mantenido un crecimiento constante, pasando de representar el 13% en el 2002 a 30% en el 2006, valores que constituyen \$3.820 y \$10.063 millones respectivamente, con lo cual, se podría concluir que los montos de los contratos girados con estas entidades han incrementado para el cubrimiento, en la medida en que sea posible, de mayor cantidad de población pobre y vulnerable del Departamento.

Sumado a lo anterior, entre una de las debilidades mas grandes que se pueden encontrar en el sistema de salud tanto departamental como nacional se encuentra el incremento masivo de tutelas impuestas por usuarios para la atención de enfermedades de alto costo que no contempla el POSS y que sin embargo, requieren la atención de urgencias de cada vez más cantidad de personas afectadas por esta clase de enfermedades y que en muy pocos casos se les ha logrado dar solución y esto puede verse reflejado de alguna u otra manera en la asignación presupuestal dirigida a este rubro, la cual como se puede observar en el Cuadro 18 y Gráfico 27, no tiene mayor participación, puesto que en el mayor de los casos, solo alcanzó una representación del 10% de los rubros destinados al subsidio de oferta que maneja el Instituto con más de \$4.753 millones y que para el final del 2006 solo alcanzó el 5% con \$3.891 millones.

Gráfico 27. Estructura de los Gastos del Subsidio de Oferta CSF del IDSN. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

Finalmente, existe un rubro específico para la atención de salud de la tercera edad, por parte del Instituto, el cual representa tan solo el 1% de los subsidios de oferta Con situación de Fondos y que en el transcurso su destinación ha ido

disminuyendo pasando de representar en el 2002 más de \$157 millones a \$114 millones en el 2006, transferencias, que en este sentido son giradas al Amparo de Ancianos San Jose de Pasto, Hogar de Ancianos San Jose de Ipiales y el Ancianato del Centro Social Parroquial de Samaniego, siendo este último, al cual se le giran la menor parte de estos recursos dada su capacidad de atención.

✦ **Inversión en salud pública del IDSN. Periodo 2002 – 2006.** No obstante, el plan de trabajo del Instituto enmarca entre otras de sus acciones primordiales de inversión, y no de menos importancia, pero que representa menos del 10% en el total de gastos, la atención de los programas de promoción y prevención, los cuales como lo muestra el Cuadro 19 y Gráfico 28 han tenido un comportamiento fluctuante en el periodo, donde de pasar en el 2002 de representar el 4% de los rubros de inversión con \$1.468 millones se pasó en el 2006 a representar el 6% con \$4.202 millones, lo cual implica un crecimiento del 3% (Cuadro 20) durante toda la vigencia, perdiendo el terreno ganado en el 2005 cuando estos gastos alcanzaron su mayor valor representando en este último caso \$6.782 millones, con el 10%. Estos rubros se pueden considerar escasos en el momento de procurar darle más importancia a los gastos dirigidos a la Promoción de la salud y Prevención de enfermedades que a los de recuperación de la salud.

Cuadro 19. Distribución de los gastos de inversión del IDSN, Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)

RUBRO	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
GASTOS DE INVERSIÓN	37.435	100	46.627	100	56.477	100	67.473	100	64.769	100
Subsidio de oferta	35.400	95	40.224	86	48.645	86	53.482	79	53.494	83
Subsidio de demanda	216	1	356	1	605	1	738	1	760	1
Salud pública	1.468	4	4.971	11	3.579	6	6.782	10	4.202	6
Fortalecimiento institucional	14	0	227	0	534	1	2.108	3	305	1
Programas especiales min-salud	230	1	651	1	2.879	5	4.022	6	2.094	3
Otros programas	44	0	195	1	113	0	117	0	67	0
Vigencias anteriores	61	0	0	0	119	1	221	1	5	0
Reservas ley 819	0	0	0	0	0	0	0	0	3.839	6

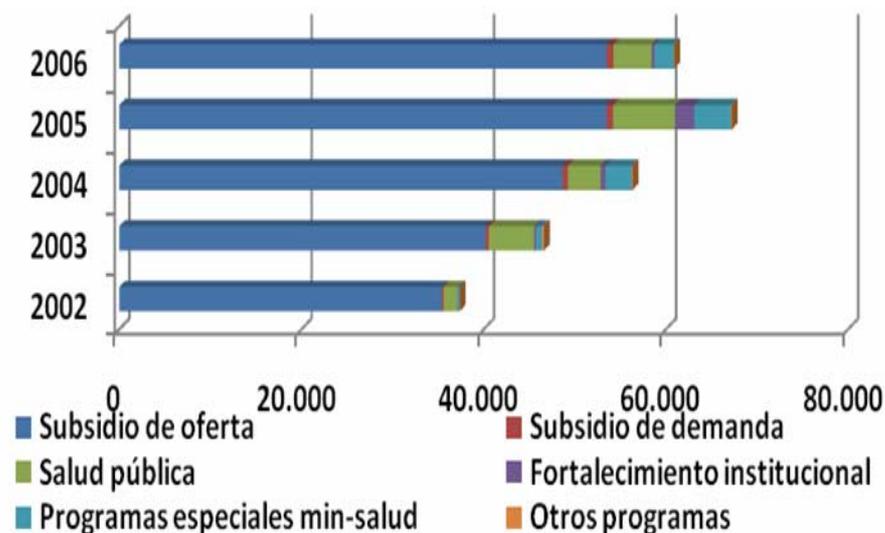
Fuente: IDSN - Esta investigación

Específicamente, se tiene por tanto que los programas de prevención no tienen mayor participación y por ende atención, es el caso del programa de prevención al consumo de alcohol, tabaco y spas, el cual, solo generó erogación en el año 2002 y a partir de esta fecha no fue retomado para las posteriores vigencias, en contraposición a esta tendencia son los programas de Salud Sexual y

Reproductiva, Estilos de Vida Saludable, Salud Mental y Reducción Del Impacto en Salud de la Violencia los que han ganado mayor interés en las actividades del Instituto en este sentido, siguiendo las directrices del Ministerio de la Protección Social y en concordancia con el Plan De Atención Básica Y Planes De Promoción Y Prevención del IDSN¹⁹.

Por su parte en lo que se refiere a los programas de Prevención son los Proyectos de Salud Infantil, Salud Ambiental y Gestión del Plan de Atención Básica (PAB) en zonas críticas sobre los que recae el mayor compromiso y gestión del Instituto puesto que es a estos programas a los que se destina aproximadamente mas del 80% de estos recursos.

Gráfico 28. Estructura de los gastos de inversión del IDSN. Periodo 2002-2006. (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

✦ **Inversión en los programas especiales del Ministerio de la Protección Social del IDSN. Periodo 2002 – 2006.** Complementario a los programas de Salud Pública se encuentran paralelamente los desarrollados por el Ministerio de la Protección Social a través de su política de programas especiales los cuales se plantean acorde a las necesidades de salud de la población. Por ejemplo, abarcan acciones encaminadas al Plan nacional de salud rural, Control de vectores, Apoyo a programas de desarrollo de la salud, Campaña antituberculosis y control TBC,

¹⁹ GOMEZ ERAZO, Sonia. TRUJILLO DE CISNEROS, Elizabeth. Lineamientos Para La Gestión De La Salud Publica Plan De Atención Básica Y Planes De Promoción Y Prevención 2005. En: www.idsn.gov.co/normatividad/PAB_pyp.html

Control de lepra, Inimputables, Desplazados, Discapacitados, Centro Regulator de Urgencias y Emergencias (CRUE) y otros programas especiales los cuales en el Departamento de Nariño desde el 2002 y hasta el 2005 ganaron participación al pasar de \$230 millones de recursos destinados a este rubro en el 2002 a representar \$4.022 millones en el 2005, aumentando así su participación del 1 al 6%, con un crecimiento promedio del 73.7% durante todo el periodo, debido en primera instancia a la asignación de más de \$2.000 millones en este último año para la atención de una emergencia presentada en la zona Pacífica y Andina para el control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) . Cuadro 20

Cuadro 20. Tasa de crecimiento de los gastos de inversión del IDSN. Periodo 2003-2006

RUBRO	CRECIMIENTO ANUAL (%)				CRECIMIENTO PROMEDIO
	2003	2004	2005	2006	
GASTOS DE INVERSIÓN	24.6	21.1	19.5	-4.01	14.7
Subsidio de oferta	13.6	20.9	9.9	0,02	10.9
Subsidio de demanda	64.8	69.9	21.9	2.9	36.9
Salud pública	238.6	-28.0	89.5	-38.04	30.1
Fortalecimiento institucional	1521. 4	135. 2	294. 8	-85.5	116.04
Programas especiales min-salud	183.0 4	342. 2	39.7	-47.9	73.7
Otros programas	343.2	-42.1	3.5	-42.7	11.1
Vigencias anteriores	-100	n.a.	85.7	-97.7	-46.5
Reservas ley 819	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.*

*n.a.: Hace referencia a valores cero en la cuenta, sobre los cuales no se puede establecer variación

Fuente: Esta investigación

Aún así, resalta el hecho de que este comportamiento implica a primera vista que en el transcurso del periodo analizado los gastos ejecutados para el desarrollo de estos programas no sea equiparable al monto de recursos que ingresan por este mismo concepto por parte del Ministerio de la Protección Social.

✦ **Inversión en subsidio de oferta (Régimen subsidiado) del IDSN. Periodo 2002 – 2006.** El proceso de descentralización desarrollado en Colombia conllevó a que gran parte de los municipios de Nariño manejaran sus recursos de forma independiente, incluyendo los recursos de salud del régimen subsidiado, no obstante, los Municipios de Nariño, Sapuyes, Tuquerres, El Charco, Samaniego, Barbacoas y el Peñol no han logrado completar este proceso lo cual implica que los recursos en este sentido (subsidio de oferta) sean manejados por el IDSN.

Por tanto, para la atención de estos municipios en el primer nivel de atención en el año 2002 se les destinaron por parte del Fosyga \$216 millones (Gráfico 28) para la ampliación de cupos al régimen subsidiado, rubros que a partir de este año han ido incrementando paulativamente hasta el 2006 donde los egresos por este concepto alcanzaron la suma de \$760 millones, pero cabe aclarar, que estos recursos, a excepción del año 2003, se destinaron a la cofinanciación del régimen subsidiado, mientras que en este año se consignaron \$356 millones para la cancelación de cuentas por pagar constituidas por el Instituto con diferentes Aseguradoras del Regimen Subsidiado (ARS).

✦ **Inversión en fortalecimiento institucional y otros programas de inversión del IDSN. Periodo 2002 – 2006.** Son los rubros destinados, tanto, al fortalecimiento institucional los cuales comprenden obras de construcción, compra de equipo y bienestar social; como otros programas de inversión relacionados con capacitación, investigación y el Fondo rotatorio de estupefacientes los cuales poseen una mínima participación en los gastos del Instituto por cuanto representan escasamente el 1% de estos rubros, quedando de esta forma como un dato sobresaliente al respecto el incremento abrupto de los gastos relacionados con la ejecución del programa de fortalecimiento institucional y la compra de nuevo equipo para el mejoramiento de la infraestructura de la sede del Instituto del 294.8% en el año 2005 el cual tuvo un monto de \$2.108 millones.

De esta manera, el trabajo que realiza el Instituto a través de la inversión se puede catalogar apropiado, en el sentido de asignar la mayor parte de los recursos a sus diferentes programas de inversión, no obstante, se requiere mayor continuidad en los mismos, lo que implicaría un mayor control y prevención con el fin de evitar la aparición de nuevas enfermedades o vigilar otras que luego de haber sido controladas, nuevamente se convierten en problemas de salud pública.

3.3 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PRESUPUESTAL FUTURA DEL IDSN PARA EL PERIODO 2007-2009

A través del análisis de las diferentes variables se pudo determinar su comportamiento histórico y actual acerca de los rubros propios a los procesos de recaudo y ejecución presupuestal; sin embargo, este tipo de análisis se quedaría corto, teniendo la posibilidad de determinar el comportamiento, solvencia y ejecución del presupuesto del Instituto a futuro. Es sobre este análisis, realizado a través de proyecciones a tres períodos (2007, 2008 y 2009), sobre el que se centra el desarrollo de este trabajo en este aparte.

De aquí que sea necesario, adelantarse al posible panorama del comportamiento que presentan las principales variables del presupuesto del IDSN, el cual se pudo realizar gracias al análisis de series de tiempo que permitió obtener una

proyección mensual y anual acerca de las de mayor peso y, principalmente, sobre aquellas variables inestables, sobre las cuales no se puede prever con certeza su comportamiento futuro, proyección realizada mediante la utilización del paquete estadístico statgraphics Plus 5.1, los valores predichos a partir del modelo ajustado y los residuos (datos-previsión), con un nivel de confianza de 99%, asumiendo que el modelo ajustado es apropiado para los datos.

Por tanto, en el caso de ingresos y gastos se obtuvo que, si bien, se espera que estos presenten una tendencia creciente, es posible que los ingresos ejecutados en la vigencia 2007 superen el nivel de gastos conforme al comportamiento presentado durante el periodo 2002-2006, empero la tendencia muestra que ya para finalizar el año 2009 los gastos posiblemente llegarán a superar los ingresos (Cuadro 21), dando cabida en este momento a la presencia de déficits presupuestales, esto demuestra por tanto, que es necesario controlar el nivel de crecimiento de los gastos frente a los ingresos puesto que pueden constituirse a futuro en un problema financiero para la entidad. Gráfico 29

Cuadro 21. Proyecciones de ingresos y gastos del IDSN. Periodo 2007-2009 (Millones de pesos)

MES	PROYECCIONES DE INGRESOS			PROYECCIONES DE GASTOS		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Enero	8.248	8.796	9.343	7.532	8.474	9.416
Febrero	8.293	8.841	9.389	7.611	8.553	9.495
Marzo	8.339	8.887	9.435	7.689	8.631	9.573
Abril	8.385	8.932	9.480	7.768	8.710	9.652
Mayo	8.430	8.978	9.526	7.846	8.788	9.730
Junio	8.476	9.024	9.572	7.925	8.867	9.809
Julio	8.522	9.069	9.617	8.003	8.945	9.887
Agosto	8.567	9.115	9.663	8.082	9.024	9.966
Septiembre	8.613	9.161	9.709	8.160	9.102	10.044
Octubre	8.659	9.206	9.754	8.239	9.181	10.123
Noviembre	8.659	9.252	9.800	8.317	9.259	10.201
Diciembre	8.704	9.298	9.845	8.396	9.338	10.280
Total	101.895	108.559	115.133	95.568	106.872	118.176

Fuente: Esta investigación

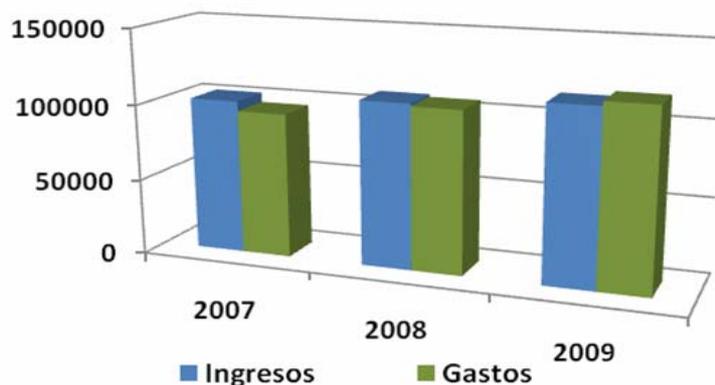
Vale la pena, sin embargo, tener en cuenta dentro del análisis anterior, las posibles implicaciones, que sobre el presupuesto, puede tener la nueva legislación, en materia de los recursos girados por la nación a través del SGP, de

acuerdo a la Ley 1122 de 2007, según la cual, en su artículo 11, que modifica el artículo 214 de la ley 100 establece que:

Los recursos del Sistema General de Participaciones en salud – SGP.S que se destinarán previo concepto del CONPES, y en una forma progresiva al régimen subsidiado en salud: en el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%, porcentaje que no podrá ser superado. El porcentaje restante se destinará, de acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para financiar la atención de la población pobre no asegurada, las actividades no cubiertas por subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública.²⁰

De acuerdo a lo anterior, los recursos que el IDSN percibe por concepto de SGP-S posiblemente tiendan a menguar aun más su crecimiento, lo cual acentuaría la posible situación de déficit antes planteada.

Gráfico 29. Proyecciones de ingresos y gastos del IDSN para el periodo 2007-2009 (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

De igual forma, se estimó el comportamiento de los ingresos más representativos y de los cuales no se podría tener a ciencia cierta su participación en los ingresos totales, conduciendo de esta forma a actuar con premeditación ante posibles recesiones en la recaudación de los mismos, sin embargo, se espera que el comportamiento tanto de las rentas cedidas del Departamento, como de las rentas provenientes de la venta de servicios propios del Instituto y los recursos de capital en este sentido tengan un comportamiento favorable (Cuadro 22), puesto que, en el periodo 2007-2009 se espera un incremento de estos de \$28.297 a \$34.808

²⁰ LEY NÚMERO 1122 DE 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Subrayado propio. En: www.idsn.gov.co/normatividad_leyes/ley1122_?123.html

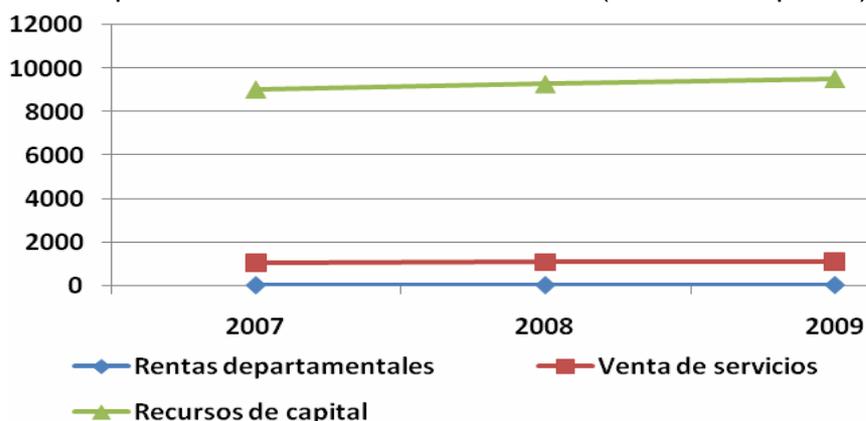
millones en el primero de estos rubros, un crecimiento de \$1.070 a \$1.133 millones en el segundo y finalmente, un incremento de \$9.049 a \$9.530 millones en el tercero. Gráfico 30

Cuadro 22. Proyecciones de los recursos departamentales, venta de servicios y recursos de capital del IDSN. Periodo 2007-2009 (Millones de pesos)

MES	PROYECCIONES RENTAS DEPARTAMENTALES			PROYECCIONES VENTA DE SERVICIOS			PROYECCIONES RECURSOS DE CAPITAL		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Enero	2,234	2,505	2,776	88	91	93	745	765	785
Febrero	2,256	2,528	2,799	88	91	93	746	767	787
Marzo	2,279	2,55	2,822	87	91	94	748	768	788
Abril	2,302	2,573	2,844	89	91	94	750	770	790
Mayo	2,324	2,595	2,867	89	92	94	751	772	792
Junio	2,347	2,618	2,889	89	92	94	756	773	793
Julio	2,369	2,641	2,912	89	92	95	755	775	795
Agosto	2,392	2,663	2,935	90	92	95	756	777	797
Septiembre	2,415	2,686	2,957	90	92	95	758	778	798
Octubre	2,437	2,708	2,98	90	93	95	760	780	800
Noviembre	2,46	2,731	3,002	90	93	95	761	782	802
Diciembre	2,482	2,754	3,025	91	93	96	763	783	803
Total	28,297	31,552	34,808	1.070	1.103	1.133	9.049	9.290	9.530

Fuente: Esta investigación

Gráfico 30. Proyecciones de los recursos departamentales, venta de servicios y recursos de capital del IDSN. Periodo 2007-2009 (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

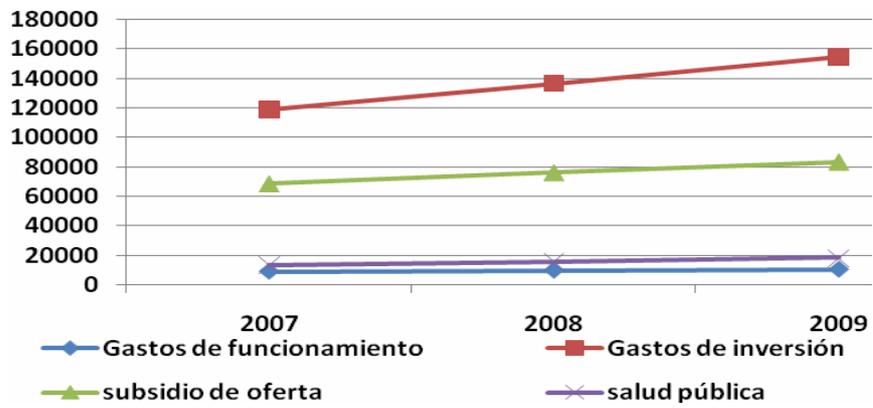
Por su parte, en lo que corresponde al futuro comportamiento de los gastos más representativos y de interés e impacto general para la comunidad se tiene que dada la tendencia de los rubros de egresos en el IDSN, sus principales gastos crezcan en una forma escalonada (Cuadro 23), lo importante en este sentido es que la mayor pendiente de crecimiento la ostenta los gastos de inversión del Instituto en comparación a los gastos de funcionamiento, no obstante lo determinante en este sentido es que su crecimiento se sustente a futuro con un gasto fiscal sano, es decir donde no se de cabida al endeudamiento del sector para suplir este crecimiento. Gráfico 31

Cuadro 23. Proyecciones de los principales gastos del IDSN para el periodo 2007-2009 (Millones de pesos)

	PROYECCIONES GASTOS DE FUNCIONAMIENTO			PROYECCIONES GASTOS DE INVERSIÓN			SUBSIDIO DE OFERTA			SALUD PÚBLICA		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Ene	728	786	844	9229	10729	12229	5430	6050	6670	1026	1231	1436
Feb	733	791	849	9354	10854	12354	5482	6102	6722	1043	1248	1454
Mar	738	796	854	9479	10979	12479	5534	6154	6774	1060	1265	1471
Abril	743	801	859	9604	11104	12604	5585	6205	6825	1077	1283	1488
May	748	805	864	9729	11229	12729	5637	6257	6877	1094	1300	1505
Jun	752	810	868	9854	11354	12854	5689	6309	6929	1112	1317	1522
Jul	757	815	873	9979	11479	12979	5740	6360	6980	1129	1334	1539
Ago	762	820	878	10104	11604	13104	5792	6442	7032	1146	1351	1556
Sept	767	825	883	10229	11729	13229	5844	6464	7084	1163	1368	1573
Oct	772	830	887	10354	11854	13354	5895	6515	7135	1180	1385	1590
Nov	777	834	892	10479	11979	13479	5947	6567	7187	1197	1402	1607
Dic	781	839	897	10604	12104	13604	5999	6619	7239	1214	1219	1625
=	9058	9752	10448	118998	136998	154998	68574	76044	83454	13441	15703	18366

Fuente: Esta investigación

Gráfico 31. Proyecciones de los principales gastos del IDSN para el periodo 2007-2009 (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

4 EVALUACIÓN DEL EJERCICIO PRESUPUESTAL DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO CONFORME A SU PLAN ESTRATÉGICO DEL PERIODO 2002-2006

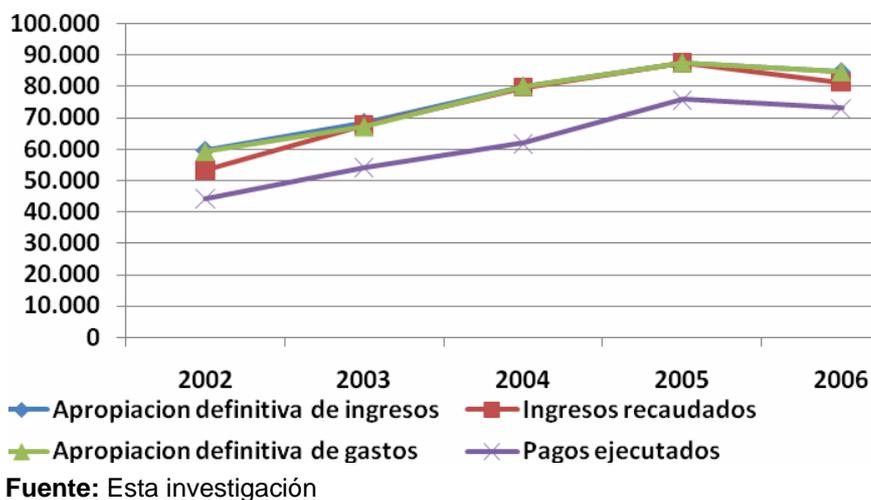
En desarrollo de la legislación colombiana es importante analizar la gestión a nivel general de las entidades públicas dentro de la cual se enmarca el Instituto con el propósito de corregir posibles fallas que se dirijan al no cumplimiento de su misión institucional y a la no ejecución de las actividades encargadas por el Gobierno Nacional para el desarrollo social de la población, y sobre todo en lo referente a la salud.

De esta forma se recurrió en el presente capítulo a verificar no solo el cumplimiento de la normatividad vigente intrínseca en el sector, sino además, a evaluar los procesos llevados a cabo por el Instituto de acuerdo al plan de trabajo enmarcado en el periodo 2002-2006, el cual está sujeto, no solo, a la disposición de las directrices del Instituto, como entidad pública descentralizada encargada de atender los servicios de salud pública y atención de la población pobre y vulnerable del Departamento, sino también sujeto a la política de salud pública enmarcada a nivel nacional en el Plan Nacional de Desarrollo (PND).

De aquí, que en primera instancia sea propicio verificar la solvencia fiscal del IDSN, puesto que, de los resultados arrojados, depende en gran medida mantener un equilibrio fiscal que permita el desarrollo de los diferentes programas sin peligro de no garantizar la continuidad de los mismos.

En este sentido el Instituto se ha enmarcado dentro de una política de equilibrio fiscal, no dando cabida a la presentación de déficits presupuestales, dado que los gastos, como se puede observar en el Gráfico 32, no superan los recaudos realizados por el mismo, de la misma forma, no se ha dado lugar a una política de endeudamiento en el periodo de análisis. Es más, los procesos de inversión desarrollados han dado cabida a que durante todas las vigencias quedara un saldo de ejecución, el cual, sin embargo, desde el 2007 no será posible seguirlo realizando.

Gráfico 32. Presupuesto del IDSN. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)



En este sentido es posible analizar, además el Índice de ejecución de los ingresos y gastos del IDSN, el cual como se puede observar en el Cuadro 24, muestra que, por una parte, el índice de recaudación de ingresos del Instituto frente a los ingresos proyectados en cada una de las vigencias, se encuentra siempre por encima de estos, lo cual indica que si bien los recursos recibidos se han planificado para la inversión de forma correcta, al no denotar faltantes que puedan impedir que algunos programas queden sin ejecutar o en termino medio, esto implica que haya entrada de recurso extras los cuales no se han planificado en el respectivo Plan Anual de Inversiones. Es aun más claro si se observa el Índice de Modificaciones Presupuestarias donde en el año 2002 y 2003 se alcanzó un porcentaje del 34 y 32% respectivamente, pero que, sin embargo, poco a poco ha ido en descenso denotando así proyecciones un poco más correctas.

Por otro lado, se encuentra que la efectiva recaudación frente al presupuesto aprobado en el año 2004 y 2005 se cumplió a la perfección, aún por encima de éste; sin embargo, para los años 2002, 2003 y 2006 no se pudo alcanzar este proceso, lo cual implica dejar de recibir recursos para la atención de los programas que se plantea ejecutar en el periodo.

Respecto a la autonomía financiera como se había mencionado con anterioridad, esta es significativamente baja, dado que del total de los ingresos recaudados por el Instituto, los ingresos propios generados al interior de éste solo alcanzan en el mayor de los casos el 2%.

Finalmente, para cada vigencia es necesario contrarrestar las debilidades de la entidad para cumplir con la ejecución de los gastos previamente planificados en cada una de las actividades a realizar, puesto que en el periodo analizado el

porcentaje de ejecución de los gastos frente a los presupuestados no alcanzan a superar el 87% de estos.

Cuadro 24. Indicadores de evaluación presupuestal del IDSN. Periodo 2002-2006

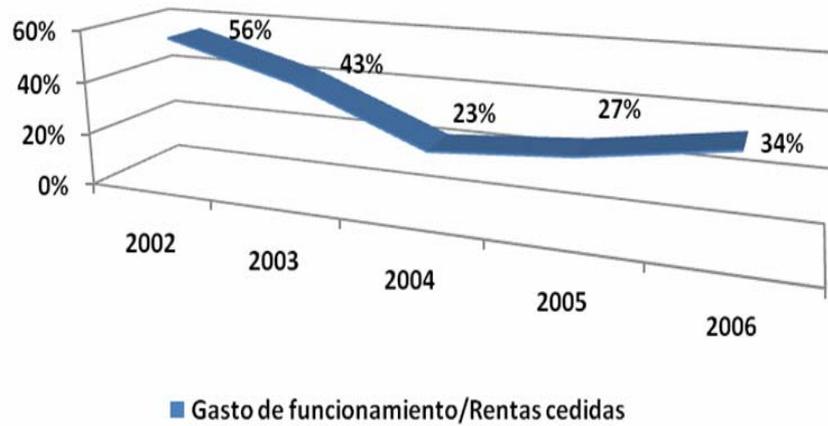
INDICADOR	FORMULA	2002	2003	2004	2005	2006
Índice de recaudación de ingresos	Valor de ingresos recaudados *100	134	321	100	106	106
	Ingresos presupuestados					
Índice de ejecución de ingresos	Ingresos recaudados efectivamente * 100	90	89	100	100	96
	Presupuesto aprobado					
Autonomía financiera	Ingresos propios recaudados * 100	2	2	1	1	1
	Total de ingresos recaudados					
Índice presupuestario de gastos	Valor de gastos ejecutados * 100	74	81	77	87	86
	Gastos presupuestados					
Modificaciones presupuestarias	Valor modificaciones * 100	34	32	0	6	6
	Total asignación inicial					

Fuente: Esta investigación

En segunda medida es de vital importancia el cumplimiento de la normatividad vigente, puesto que la inopia de la misma, genera una baja credibilidad del Instituto, y del gobierno en general, puesto que las leyes dictaminadas en este sentido procuran o se hacen en su mayor parte para el bienestar de la población menos favorecida y buscan la universalidad, equidad, subsidiaridad y eficiencia del Sistema general de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

De esta manera, la ley 715 del 2001 dictamina que los ingresos provenientes de las rentas cedidas del Departamento pueden destinarse solo hasta en un 25% para gastos de funcionamiento. Los resultados arrojados en estos términos muestran que en el año 2004 y 2005 se podría fácilmente cumplir con este objetivo, sin embargo, en el resto de vigencias, especialmente en el 2002 cuando los egresos por este concepto alcanzaron el 56% de las rentas cedidas del Departamento, difícilmente se podría cumplir la meta, dado que, la financiación de los gastos de funcionamiento no pueden cubrirse con recursos provenientes del SGP-S, lo cual implicaría que el Instituto solo podría hacer uso de los recursos propios o de capital para financiar el faltante, sin embargo, como se pudo observar en el anterior capítulo estos recursos mantienen una mínima participación en los ingresos del instituto, lo cual implicaría que si los gastos por este concepto siguen creciendo de la manera en que lo han venido haciendo, llevaría, al cabo de unos años, a hacer uso de los recursos de inversión para suplir este faltante. Gráfico 33

Gráfico 33. Participación de los gastos de funcionamiento en las rentas cedidas del Departamento. Periodo 2002-2006

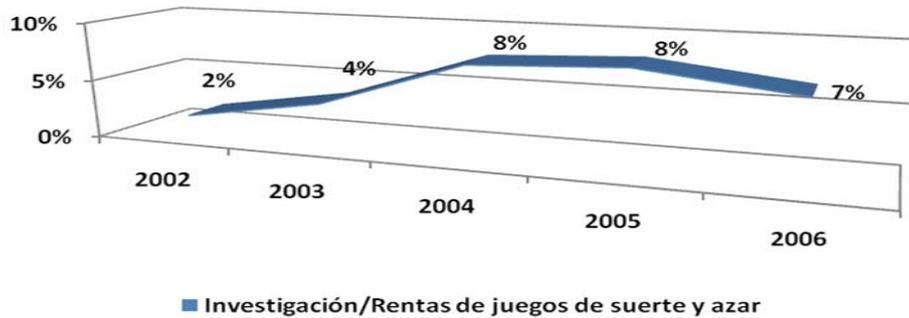


Fuente: Esta investigación

En tercera medida, es de esperarse que los recursos provenientes específicamente de la explotación a los monopolios de juegos de suerte y azar se distribuyan en un 80% para atender oferta y demanda en la prestación de los servicios de salud, 7% para el fondo de investigación, 5% para vinculación al régimen subsidiado de la tercera edad, 4% para vinculación al régimen subsidiado a los discapacitados visuales y la salud mental y un 4% restante para vinculación al régimen subsidiado en salud a la población menor de 18 años no beneficiarios a los regímenes contributivos.

En este aspecto, por parte del IDSN, en lo que respecta a los datos obtenidos de esta entidad acerca de su manejo presupuestal en los recursos de oferta, no se pudo determinar específicamente los rubros provenientes de las rentas de los juegos de suerte y azar destinados a este concepto, empero, en lo que respecta a los rubros destinados al Fondo de investigación se tiene, que si bien, la participación acerca de este ingreso se destino de manera correcta a partir del año 2004 en adelante, en los años anteriores a este se presentó que tal rubro llegó a representar tan solo el 2 y 4% de estos en los años 2002 y 2003 respectivamente, quedando claro de esta forma que se logró superar las dificultades en este sentido. Gráfico 34

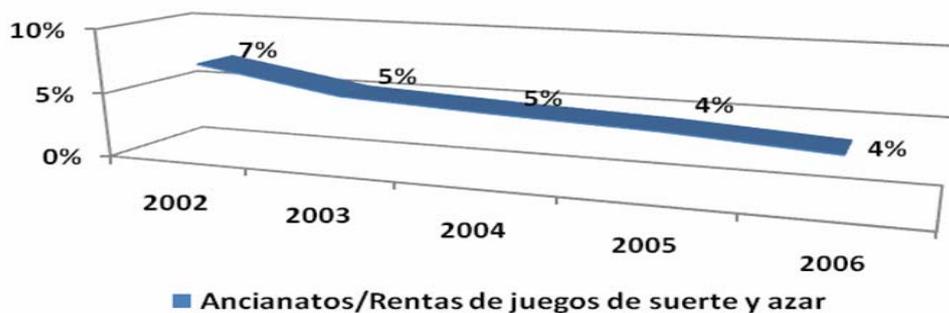
Gráfico 34. Participación del rubro de investigación en las rentas de juegos de suerte y azar. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

Pero lo más preocupante aun, es que los programas de vinculación al régimen subsidiado de las poblaciones especiales mencionadas con anterioridad no se han desarrollado en la entidad en la vigencia analizada, denotando así la falta de compromiso del instituto por acatar la legislación en este sentido, sin embargo, cabe aclarar que, como lo muestra el Gráfico 35, existen rubros destinados para la atención de estos grupos a través de recursos obtenidos por otras fuentes, es el caso de los recursos dirigidos al Ancianato del Centro Social Parroquial Samaniego, Hogar de Ancianos San José de Ipiales y Amparo de Ancianos San José de Pasto, a los cuales se les destinó recursos en el 2002 en una proporción del 7% respecto a las rentas provenientes de los juegos de suerte y azar y que lentamente han ido disminuyendo hasta ubicarse en el 2006 en un 4% de estos rubros, transferencias que no obstante, no garantizan la afiliación definitiva de estas personas al Régimen Subsidiado de Salud, tal como se plantea en la legislación colombiana, sino solo financian los servicios de oferta, pues es esta la prioridad que se han enmarcado en el Instituto para este grupo de población.

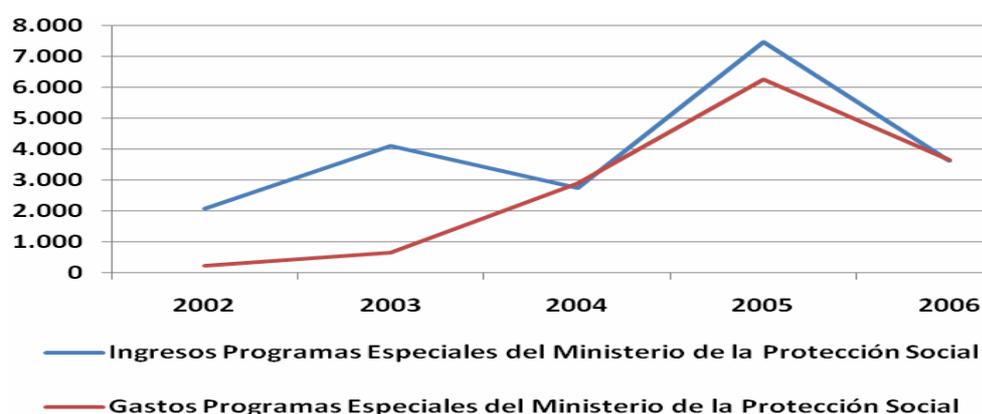
Gráfico 35. Participación de los rubros destinados a los ancianatos sobre las rentas de juegos de suerte y azar. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

Por otra parte tenemos, respecto a la destinación de los recursos girados por el Ministerio de la Protección Social para la atención de sus programas especiales, que dadas las posteriores modificaciones que sufre el presupuesto de ingresos y gastos del IDSN por la adición de nuevos recursos por parte del Ministerio o el giro de los recursos ya establecidos al principio de cada vigencia en los últimos meses de cada año, no alcanzan a ejecutarse o planificarse en el plan de gastos del instituto, quedando de esta forma, una brecha de arbitrios en este sentido comprometidos para la siguiente vigencia y que por tanto, dada su destinación específica, son incorporados al siguiente año para cada uno de los programas que desarrolla. Así el Gráfico 36, vislumbra que a excepción del año 2004 y 2006 los ingresos destinados para cada uno de los programas, no alcanzaron a ser destinados en su totalidad a la atención de éstos.

Gráfico 36. Presupuesto Programas especiales del Ministerio de la Protección Social. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

Es el caso del 2003, por ejemplo, donde mediante acuerdos 04, 09, 16, y 20 firmados entre el Instituto y el Ministerio de la protección social se adicionaron 462 millones para el programa de atención de Inimputables, discapacitados y desplazados del Departamento de Nariño, 99 para el programa ETV, 47 para el programa de control de tuberculosis y TBC y 519 millones para la población desplazada, recursos que dada la falta de tiempo para planificar su uso se conservaron como reserva para ser ejecutados en la siguiente vigencia.

Cuadro 25. Ingresos programas especiales del Ministerio de la Protección Social. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)

PROGRAMA	2002	2003	2004	2005	2006
TOTAL	2.096	4.112	2.745	7.463	3.627
Control de vectores ETV	1.989	2.185	2.223	2.691	2.591
Campaña antituberculosis y control TBC	27	30	34	82	74
Control Lepra	15	17	10	17	17
Inimputables	0	0	180	295	328
Desplazados	0	598	0	719	0
Discapacitados	0	284	0	225	0
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	25	0	16	28	25
Apoyo Programas desarrollo de la salud	0	0	0	45	0
Otros aportes programas nacionales	39	996	134	3.359	589
otros aportes programa nal convenio atención de desastres	0	0	80	0	0
Otros programas nacionales - Convenio cooperación académica	0	0	25	0	0
Población desprotegida	0	0	41	0	0

Fuente: IDSN - Esta investigación

Cuadro 26. Gastos programas especiales Ministerio de la Protección Social. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)

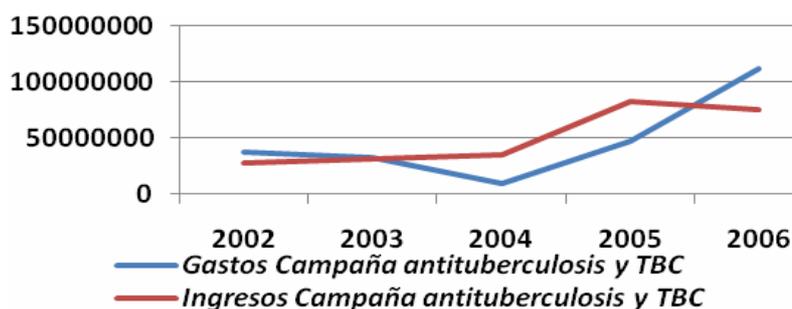
PROGRAMA	2002	2003	2004	2005	2006
TOTAL	230	6.51	2.879	6.243	3.635
Control de vectores ETV	0	0	2.251	2.221	1.541
Campaña antituberculosis y control TBC	38	32	9	47	112
Control Lepra	3	8	14	7	30
Inimputables	0	90	160	164	297
Desplazados	0	1	166	796	126
Discapacitados	39	64	18	52	209
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	35	1	28	26	22
Apoyo Programas desarrollo de la salud	0	452	0	0	0
Otros aportes programas nacionales	0	0	229	2.927	1.295
Fondo rotatorio de estupefacientes	29	0	0	0	0
Centros Regionales de Reservas del Sector Salud	5	0	0	0	0

Fuente: IDSN - Esta investigación

En el programa de campaña de control de tuberculosis y TBC, por ejemplo, en el 2004 y 2005 entraron recursos al Instituto por una cuantía mayor a la que realmente se invirtió en el mismo. (Gráfico 37), lo cual implicó el aumento de 3 casos en esta patología, y que a pesar de que el gasto en el 2006 creció por

encima de los ingresos en este sentido, siguieron aumentando a 266 los casos de esta enfermedad, demostrando con esto, la necesidad de inversión en una cuantía ajustada realmente a la cantidad de rubros apropiados para el programa. Cuadro 27

Gráfico 37. Presupuesto de la campaña antituberculosis del Ministerio de la Protección Social en Nariño. IDSN. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

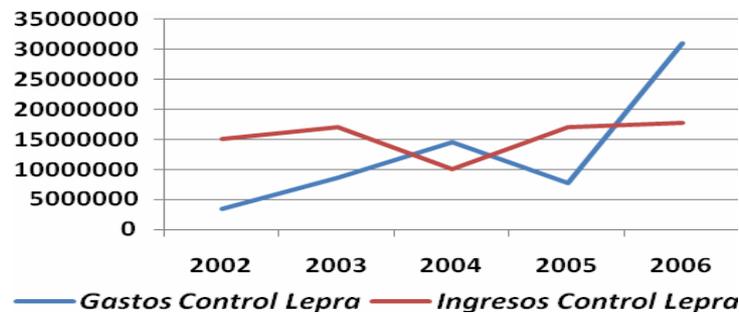
Cuadro 27. Resultados de la campaña antituberculosis y lepra en el Departamento de Nariño. Periodo 2002-2006

CASOS	2002	2003	2004	2005	2006
Tuberculosis	291	245	224	227	266
Lepra	9	8	6	9	11

Fuente: IDSN, Oficina de epidemiología- Programas

Lo mismo ocurrió con la presencia de casos de lepra en el Departamento de Nariño, donde el panorama no es muy alentador puesto que, si bien, en el transcurso del periodo 2002-2004 los casos presentados, en este sentido, disminuyeron de 9 a 6, siendo el año 2004, donde se presentó la menor incidencia de esta enfermedad y que de igual forma fue el año donde se invirtieron recursos aun por encima de los ingresos girados por este concepto, no se logro retener esta tendencia, perdiendo el terreno ganado en el control de esta patología en años anteriores puesto que nuevamente los casos de esta aumentaron a 11 y fue, de igual forma, donde se presentó una gran brecha entre los recursos y gastos en este sentido. Gráfico 38 y Cuadro 27

Gráfico 38. Presupuesto del programa control de lepra del Ministerio de la Protección Social en Nariño. IDSN. Periodo 2002-2006

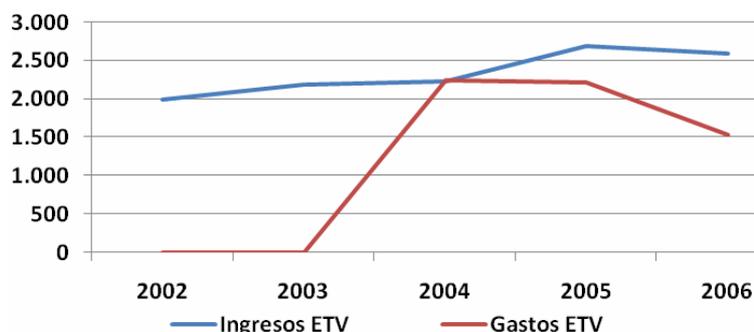


Fuente: Esta investigación

Relacionado a lo anterior, se encuentra estructurado como una prioridad dentro del Plan estratégico del instituto el Programa de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y Vigilancia de la salud pública, dentro del cual se encuentran específicamente el desarrollo de los siguientes subprogramas:

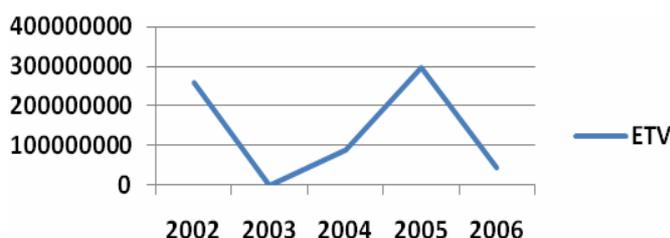
- El Programa de Control de las enfermedades transmitidas por vectores (ETV), el cual dada la presencia de las zona Pacifica y Andina en la región, resulta necesario considerarlo como un programa de gran magnitud influyente en la salud humana, se planteó como uno de los objetivos, en este sentido, disminuir la morbi-mortalidad por ETV en el Departamento de Nariño, ante lo cual, los recursos destinados efectivamente para este concepto en el periodo 2002-2003, no tuvieron representación alguna, solo a partir de este año se destinaron recursos a este control, por lo cual se pudo concluir que ante las metas trazadas de disminuir la leishmaniasis en un 50% y mortalidad por malaria en un 50%, se presentó, al 2005 que los casos por la primera de estas, aumentaron en forma escalonada en vez de disminuir, por su parte, la casos de muerte por malaria disminuyeron solo hasta el 2003 y su tendencia volvió a aumentar, lo cual refleja efectivamente la incidencia de los gastos destinados, tanto del ministerio como del Instituto al programa, lo cual ha llevado en ultima instancia a constituirse en un serio problema de salud pública para la región. Cuadro 28 y Gráfico 39 y 40

Gráfico 39. Presupuesto programa ETV con recursos del Ministerio de la Protección Social. Periodo 2002-2006 (Millones de pesos)



Fuente: Esta investigación

Gráfico 40. Gastos de salud pública en el programa ETV. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

Cuadro 28. Resultados del Programa ETV en el Departamento de Nariño. Periodo 2002-2006

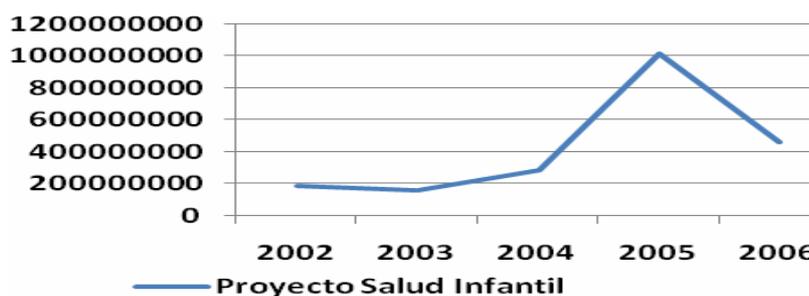
Eventos notificados	2002	2003	2004	2005	2006
Leishmaniasis	649	701	1.049	1.432	1.357
Mortalidad por Malaria	29	8	10	11	9

Fuente: IDSN, Oficina de epidemiología-Programas

- Salud infantil: uno de los ejes principales de acción en este sentido es la ejecución del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), donde la meta trazada era lograr y mantener coberturas con todos los biológicos del PAI en el 95% en menores de 5 años, sin embargo, hasta el 2005 la cobertura no ha alcanzado siquiera la meta, es más en el 2003-2006 los porcentajes de vacunación disminuyeron en términos totales y lo preocupante en este sentido es que los recursos destinados para este programa vienen también

en descenso desde el 2005, no dando cabida a alcanzar la meta o siquiera los resultados alcanzados en el 2003 cuando los recursos girados por este concepto disminuyeron. Cuadro 29, Gráfico 41

Gráfico 41. Gastos de salud pública en el programa de Salud infantil



Fuente: Esta investigación

Cuadro 29. Resultados del programa PAI en el Departamento de Nariño. Periodo 2002-2005 (Porcentaje de cobertura)

COBERTURA DE VACUNACIÓN PAI	2002	2003	2004	2005	2006
Polio	63	83	70	74	62
DPT (Difteria, tétanos y tosferina)	62	84	70	74	63
BGG	69	81	75	73	69
Hepatitis B	64	84	70	74	63
Tripe viral	72	91	78	76	73
Haemophilus influenza	58	84	70	74	63

Fuente: Programa ampliado de inmunizaciones. IDSN

Otra de las metas en este sentido fue la de reducir en 20% la mortalidad infantil y la tasa de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos, reducir la tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a 0.40 y de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) a 0.60 por 10.000 menores de 5 años y mantener en cero la incidencia de sarampión y poliomielitis, se puede concluir que la mayor parte de las metas en este sentido se alcanzaron o están próximas a cumplirse, empero en lo que respecta a la tasa de mortalidad perinatal, EDA e IRA es poco probable que lleguen a efectuarse, según el comportamiento observado en el Cuadro 30, puesto que la mayoría de estas han ido en ascenso.

Cuadro 30. Resultados del programa salud infantil en el Departamento de Nariño. Periodo 2002-2005

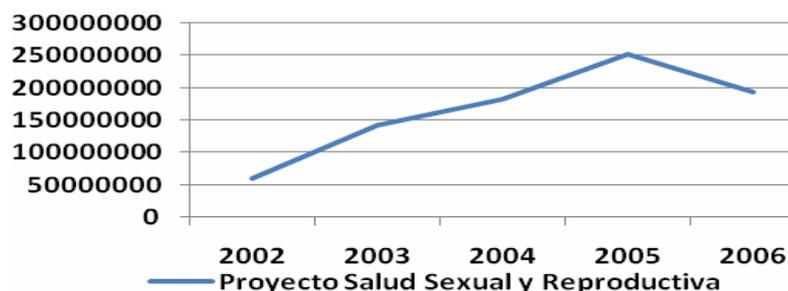
EVENTO	2002	2003	2004	2005
Tasa de mortalidad infantil	n.d.*	53	n.d.	15
Tasa de mortalidad perinatal	39	7	13	20
Tasa de mortalidad por EDA	0,04	0,60	0,58	0,60
Tasa de mortalidad por IRA	0,18	0,80	1,21	1,60
Casos de sarampión	0	0	0	0
Casos de poliomelitis	0	0	0	0

* n.d.: Información no disponible

Fuente: Indicadores básicos de salud 2005-2006/Departamento de Nariño

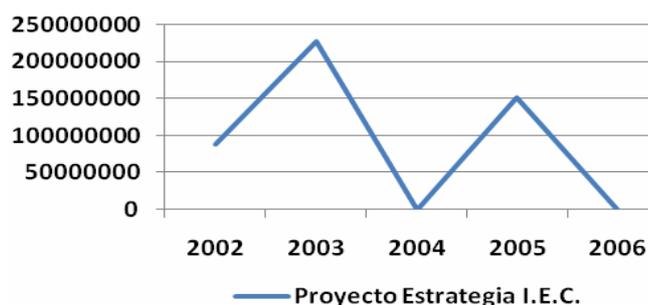
- Salud sexual y reproductiva, su objetivo es contribuir a mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población del Departamento mediante la implementación de la política nacional de salud sexual y reproductiva, para lo cual, se enmarcó dentro del proceso el garantizar a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido, incrementando al 95% los Controles Prenatales (CPN), incrementar en un 25% los partos institucionales, reducir en 50% la mortalidad materna, eliminar la incidencia del tétanos, y por otra parte está el incrementar en un 20% la utilización de los métodos anticonceptivos, reducir en un 26% los embarazos en adolescentes, alcanzar cobertura de la citología vaginal en un 70%, reducir la prevalencia del SIDA por debajo del 0.5%, reducir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1000 nacidos vivos y finalmente eliminar la hepatitis B en recién nacidos. Ante esto, con los datos obtenidos y gracias al crecimiento progresivo de los recursos destinados a este proyecto como lo muestra el Cuadro 31, se ha logrado avanzar en estos aspectos, puesto que se ha controlado los casos presentados de tétanos neonatal, ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos y ha disminuido el porcentaje de embarazos en adolescentes menores de 20 años, pero de toda maneras, aun hay actividades que realizar al respecto puesto que, por ejemplo, la meta de alcanzar la cobertura del 70% de citología vaginal apenas se encuentra en 27% quedando aun mucho camino que recorrer al respecto, lo mismo ocurre con la prevalencia del SIDA y la aparición de enfermedades congénitas de la sífilis y hepatitis B en recién nacidos, donde a pesar de la inversión a través de la estrategia de Investigación, Educación y Capacitación (IEC) no se ha logrado contrarrestar de manera definitiva. Gráfico 42 y 43

Gráfico 42. Gastos de salud pública en el programa salud sexual y reproductiva. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

Gráfico 43. Inversión en el programa IEC. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

Cuadro 31. Resultados del programa salud sexual y reproductiva en Nariño. Periodo 2002-2005

ACTIVIDAD	2002	2003	2004	2005	2006
Partos institucionales	n.d.*	n.d.	n.d.	15.515	19.320
mortalidad materna/ 100.000 nacidos vivos	25	19	40	31	70.7
Casos presentados de Tétanos neonatal	1	2	1	1	n.d.
Utilización métodos anticonceptivos	n.d.	n.d.	16%	38%	48%
Cobertura citología vaginal	n.d.	n.d.	27%	27%	33%
Embarazos en adolescentes	n.d.	n.d.	33%	24%	33%
Prevalencia del SIDA/10.000 habitantes	0,45	0,40	0,08	0,47	n.d.
Incidencia sífilis congénita/1.000 nacidos vivos	2,60	3,70	5,60	6,90	n.d.
Hepatitis B en recién nacidos	0,70	0,60	1,20	1,50	n.d.

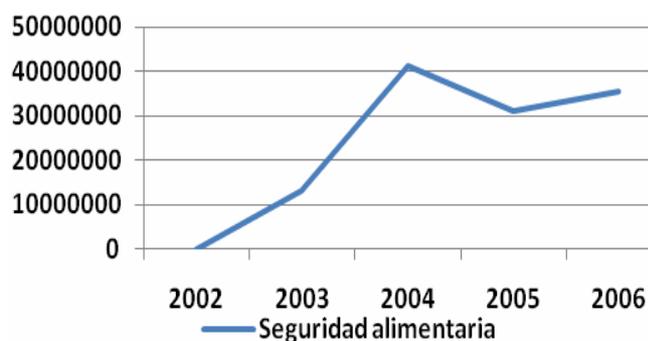
* n.d.: No disponible

Fuente: Indicadores básicos de salud 2005-2006/Departamento de Nariño

- Plan nacional de alimentación y nutrición - Seguridad alimentaria, al respecto el Instituto propende por contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional, salud y calidad de vida de la población nariñense mediante la implementación de la política nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y el fortalecimiento de la gestión de las acciones del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) y del plan para promoción, protección y apoyo a la lactancia materna para lo cual se propuso como objetivos el reducir la prevalencia de desnutrición global al 6%, desnutrición crónica al 15% y aguda al 1% en niños menores de 5 años.

En el año 2006, se determinó por parte del programa de estadísticas vitales del IDSN que para el primero de estos casos el porcentaje de desnutrición alcanzó la tasa del 12.8%, para los de desnutrición crónica fue del 20.4% y para los de desnutrición aguda fue del 5.6%, evidenciando de esta forma una gran diferencia respecto a las metas trazadas en el plan estratégico, esto, a pesar de que los rubros destinados a este aspecto como lo muestra el Gráfico 44 ascendieron hasta el 2004, para luego disminuir en el 2005, pero nuevamente recuperarse en el 2006, denotando así la gran cantidad de personas que actualmente se encuentran en el Departamento con necesidades básicas insatisfechas, el cual ascendió en el 2005 al 56.3% de la población.

Gráfico 44. Inversión en el programa de seguridad alimentaria. Periodo 2002-2006

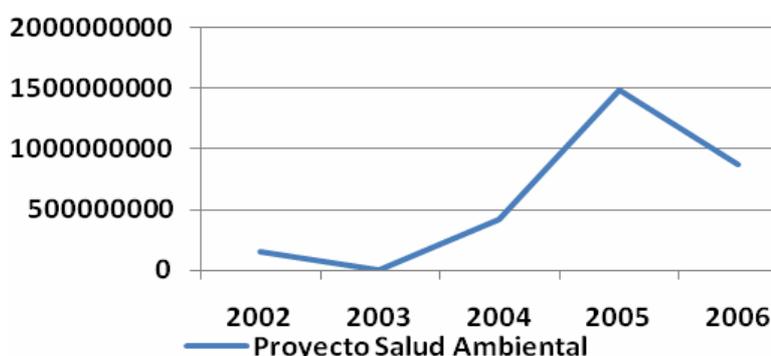


Fuente: Esta investigación

- Salud ambiental, al respecto el Instituto tiene como fin contribuir a la salud de la comunidad, vigilando y controlando los factores de riesgo del ambiente, el consumo y la zoonosis de los municipios, fortaleciendo la capacidad gerencial de los entes territoriales, la coordinación intersectorial, la asistencia técnica y la investigación; sin embargo, ante la limitación de la

información recolectada en este punto solo se pudo determinar el cumplimiento que con este fin se planteó el instituto de alcanzar el 90% de coberturas de vacunación antirrábica y encefalitis equina en municipios de riesgo, lo cual se logró cumplir aun por encima de la meta trazada, alcanzando en este aspecto una cobertura del 94% en la vacunación antirrábica y 93% en la de encefalitis equina, lo importante es seguir manteniendo la tendencia creciente de la inversión realizada hasta el 2005, puesto que preocupa, al igual que en los otros programas, la continuidad de los mismos al verse disminuidos los gastos por este concepto en el 2006. Gráfico 45

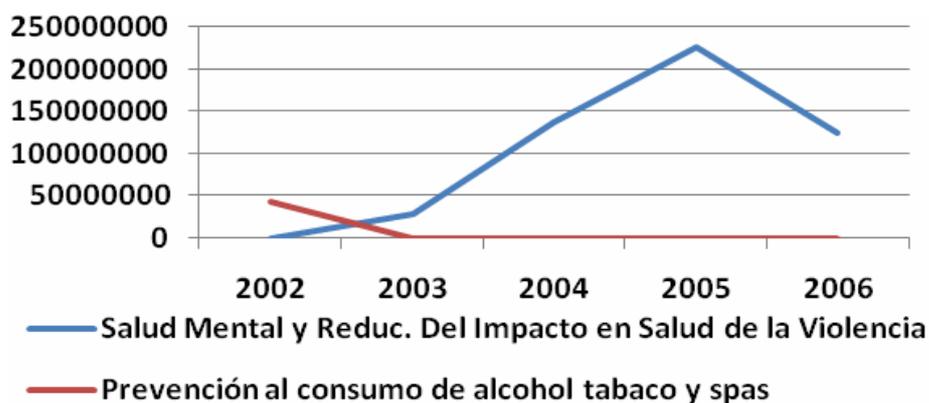
Gráfico 45. Inversión en el programa de Salud ambiental. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

- Salud mental y reducción del impacto de la violencia en la salud, se planteó promover acciones que disminuyan el impacto de la violencia en el desarrollo y salud de los nariñenses, reduciendo en un 10% la mortalidad violenta pero que, sin embargo, al 2005 se encontró en el 47% por cada 100.000 habitantes y de la misma forma, se planteó la implementación de acciones sectoriales para prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, programa, que solo fue desarrollado en el año 2002 y que de hoy en adelante no ha sido tenido en cuenta por las acciones del Instituto (Gráfico 46), esto, a pesar, de que en el periodo 2003-2004 es mas del 30% de personas mayores de 10 años en los que prevalece el consumo de alcohol y mas del 10% tabaco, además, de que diferentes estudios han demostrado el aumento masivo de la población que se refugia en este tipo de vicios. Cuadro 32

Gráfico 46. Inversión en el programa salud sexual y reproductiva y prevención al consumo de alcohol, tabaco y spas. Periodo 2002-2006



Fuente: Esta investigación

Cuadro 32. Consumo de sustancias psicoactivas en el Departamento de Nariño. Periodo 2003-2004

SUSTANCIA PSICOACTIVA	% n=23.481 >10 años
Consumo alcohol	32
Consumo tabaco	10
Consumo ácidos	0,12
Consumo tranquilizantes	0,67
Consumo bazuco	0,48
Consumo anfetaminas	0,12
Consumo éxtasis	0,57
Consumo hongos	0,14
Consumo marihuana	1,18
Consumo cocaína	0,36
Consumo inhalables	0,17
Consumo heroína	0,12

Fuente: Subdirección de promoción y prevención / IDSN

Cuadro 33. Inversión en salud pública. Periodo 2002-2006. (Millones de pesos)

SALUD PUBLICA	14.68	4.971	3.579	6.782	2.943
PROMOCIÓN	224	556	505	1.045	620
Estilos de Vida Saludable	6	42	144	299	211
Salud Mental y Reducción del Impacto en Salud de la Violencia	0	28	138	226	125
Protección de salud en Poblaciones Especiales	27	102	0	0	0
Plan Nacional de Alimentación y Nutrición- seguridad alimentaria	0	13	41	31	35
Proyecto Estrategia I.E.C.	87	227	0	152	0
Proyecto Salud Sexual y Reproductiva	60	142	182	252	194
Fortalecimiento gestión	0	0	0	83	54
Prevención al consumo de alcohol tabaco y spas	43	0	0	0	0
PREVENCIÓN	1.243	4.415	3.073	5.736	2.322
Proyecto Salud Infantil	187	159	288	1.016	464
Proyecto Microbacterias	6	130	0	0	0
Vigilancia en salud pública	41	1.124	126	143	181
ETV	260	0	89	296	43
Proyecto Salud Ambiental	153	0	420	1.487	868
Laboratorio de salud pública	213	671	424	673	440
Gestión del plan-PAB	381	2.329	16.77	2.119	323

Fuente: Esta investigación

Es evidente, entonces, la incidencia de la ejecución del presupuesto departamental de salud en los programas de salud pública, mas si tenemos en cuenta que los gastos destinados a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades implican que en el tiempo no se de paso a la curación de estas, lo cual implicaría, un ahorro en los recursos girados por la nación, puesto que es evidente que la tendencia que se presenta en la actualidad es convertir a la salud en un negocio rentable, dejando de lado la prioridad que en este caso le concierne a la integridad física del ser humano, de manera que es importante resaltar la atención de estos programas sobre el presupuesto total asignándole una mayor prioridad y verdadera ejecución de los recursos en este sentido.

Pero no son solo estas acciones a las que hay que prestarles interés puesto que dada la situación de pobreza en el Departamento y en Colombia en general, donde mas del 50% de la población no posee los recursos necesarios para acceder a la atención de salud, de parte del gobierno, se ha enmarcado como un propósito primordial en los planes de desarrollo de cada vigencia la ampliación del régimen subsidiado a la población pobre de los estratos 1 y 2 del SISBEN hasta llegar a la cobertura total, para lo cual, en lo que se refiere específicamente al plan de acción del IDSN se han encaminado sus acciones en este sentido trazándose como meta para el periodo 2004 – 2007 la consecución de 200.000 cupos nuevos

en este régimen, meta, que como se puede observar en el cuadro 35, solo hasta el 2005 se ha logrado cumplir mas del 90%, lo cual implica unas buenas perspectivas para alcanzar correctamente la meta al finalizar el 2007.

Cuadro 34. Afiliación al regimen subsidiado en el Departamento de Nariño

AFILIADOS	2003	2004	2005	2006
Régimen subsidiado	712.483	837.796	876.319	905.882

Fuente: IDSN/Subdirección seguridad social y subdirección administrativa y financiera

En este sentido, se puede concluir que por parte del IDSN el manejo presupuestal como un equilibrio entre ingresos y gastos se ha mantenido de forma adecuada, sin embargo, es la asignación de los gastos hacia el desarrollo de sus diferentes programas los que se encuentran un poco desenfocados al cumplimiento de las metas trazadas por el mismo, debido en su mayor parte a la falta de estabilidad durante todo el periodo en los rubros destinados a los mismos, por cuanto estos no presentan un comportamiento creciente o siquiera sostenido de año a año, determinante en el comportamiento de los indicadores epidemiológicos en el departamento puesto que estos también mantienen una tendencia fluctuante a través de todo el periodo de análisis, provocando de esta forma el continuo avance y retroceso en las condiciones de salud de la población.

No obstante, el comportamiento de estos indicadores epidemiológicos tampoco se pueden desligar de la incidencia de otros factores externos como son la situación de orden público que dificulta el acceso a zonas de alto riesgo para la implementación de los programas, sumado a una falta de cultura en las diferentes instituciones educativas que promuevan la prevención de algunas enfermedades de interés general y que actualmente afectan en gran medida el bienestar social de la comunidad nariñense, junto a la intervención de otras instituciones del orden nacional, como es el caso de los programas del ICBF, especialmente en la población infantil, y en la educación para la prevención de enfermedades en madres gestantes y lactantes.

5. CONCLUSIONES

- El IDSN es un ente de carácter público descentralizado encargado de manejar parte de los recursos destinados a la salud a través de la atención de la población en los aspectos de salud pública (Promoción de la salud y prevención de las enfermedades), además de encargarse de la atención de la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda (recursos de oferta) y la atención de los niveles superiores al de primer nivel en el Departamento. Actividades que son realizadas a través de la financiación con las transferencias nacionales, departamentales, propias del instituto y de capital
- Dentro del presupuesto manejado por el IDSN, se pudo concluir que desde el año 2002 los ingresos recaudados en la respectiva vigencia mostraron una tendencia creciente hasta el 2005, pasando en este lapso de tiempo desde \$59.701 a \$87.428 millones y es aun mas positivo el hecho de que en la mayoría de los casos, estos ingresos especialmente se ubicaron por encima de lo que se presupuestaba recaudar. Sin embargo, el inconveniente surge en el momento de ejecutar efectivamente en la vigencia los ingresos destinados para tales conceptos.
- Son los ingresos corrientes del IDSN los que representan el mayor peso en el total de rubros percibidos, puesto que estos representaron más del 85% de los ingresos totales en comparación a la baja participación de los ingresos de capital. De igual forma, la mayor fuente de los ingresos corrientes del IDSN esta representada por las transferencias del gobierno central, representación que entre el periodo 2002 – 2006 fue de mas del 60% de los ingresos corrientes del Instituto, alcanzando su maximo punto en este último año cuando la participación de las transferencias alcanzó un tope del 82% de los ingresos corrientes.
- El papel que juegan las rentas cedidas del Departamento en el total de los ingresos corrientes también tuvieron durante el periodo de análisis una participación considerable aunque muy voluble, importante en este sentido es analizar el detrimento presentado de este rubro en los últimos dos años, circunstancia que se debio básicamente al descenso en las rentas provenientes de la venta de licores.

- En Nariño encontramos que la mayor fuente de financiación de la salud de la población proviene de las transferencias de la nación a través del SGP, las cuales han mantenido un crecimiento durante el periodo, sin embargo, en este tiempo no escapo de presentar una caída en el año 2005, cuando de un valor de 43.384 \$millones tuvo una depresión hasta llegar a ubicarse al finalizar este año en \$42.666 millones debido a una disminución en los recursos para la prestación de oferta de servicios.
- La mayor fuente de financiación dentro de las rentas del Departamento provienen de la aplicación de impuestos a la producción y distribución de licores, posteriormente por las rentas provenientes del impuesto a la venta de cervezas, los monopolios de juegos de suerte y azar y finalmente el impuesto de registro. Las rentas de licores a partir del 2002 empezaron una tendencia creciente hasta el 2004, sin embargo comenzando el 2005, se inicio un comportamiento recesivo de los ingresos percibidos por este concepto hasta el 2006 debido a que disminuyo el consumo de aguardiente Nariño en 21.3%.
- Los gastos hasta el 2005 mantuvieron un crecimiento constante puesto que mientras en el 2002 fueron de \$44.003 millones, se pasó en el 2005 a \$75.744 millones, siendo de esta forma, solo en el año 2006 donde se registro una disminución en este rubro lo cual tuvo como principal causa la caída de los ingresos que entraron al instituto en este periodo. A pesar de lo sucedido en este último año, se rescató el trabajo del instituto al dar prioridad en el total de los gastos a la inversión, lo cual se pudo concluir a partir de la participación de los gastos de funcionamiento y el servicio de la deuda en contraposición a la inversion social, esto, dado que los gastos de funcionamiento representan en los egresos del Instituto solo alrededor del 11% y aun más baja fue la participación del servicio de la deuda con una participación del 1%.
- El subsidio de oferta con situacion de fondos se maneja en su mayor parte con la contratacion de EPS o IPS públicas y privadas del Departamento del tercer nivel de atención y superiores a los cuales se les giró en el 2002 el 41% de los recursos. En segundo lugar, se encuentran los montos de contratos realizados con los hospitales del segundo nivel, a los cuales en el 2002 se les giro el 34% de los rubros, el más alto dentro del periodo analizado y que a partir de este año no siguio una tendencia determinada. Por su parte, el primer nivel de atención de los cuales hacen parte el mayor número de hospitales del departamento denotando con esto la baja capacidad de atención para las enfermedades de alta complejidad, apenas se les esta girando en promedio el 9% de estos recursos.

- El proceso de descentralización en Colombia llevo a que gran parte de los municipios de Nariño manejaran sus recursos de forma independiente, incluyendo los recursos de salud del régimen subsidiado, no obstante, los Municipios de Nariño, Sapuyes, Tuquerres, El Charco, Samaniego, Barbacoas y el Peñol no lograron completar este proceso lo que implica que los recursos en este sentido sean manejados por el IDSN. Para la atención de estos municipios en el primer nivel de atención en el 2002 se les destinaron por parte del Fosyga \$216 millones para la ampliación de cupos al régimen subsidiado, rubros que a partir de este año incrementaron paulativamente hasta el 2006 donde los egresos por este concepto alcanzaron la suma de \$760 millones.
- El trabajo que realiza el instituto a través de la inversión se puede catalogar apropiado, en el sentido de asignar la mayor parte de los recursos a sus diferentes programas de inversión, no obstante, se requiere mayor continuidad en los mismos, lo que implicaría un mayor control y prevención con el fin de evitar la aparición de nuevas enfermedades o vigilar otras que luego de haber sido controladas, nuevamente se pueden convertir en problemas de salud pública.
- Para el periodo 2007 - 2009 a través de las proyecciones realizadas es posible que los ingresos ejecutados en la vigencia 2007 superen el nivel de gastos conforme al comportamiento presentado durante el periodo 2002-2006, empero la tendencia muestra que ya para finalizar el año 2009 los gastos posiblemente llegarán a superar los ingresos, dando cabida en este momento a la posible presencia de déficits presupuestales, por tanto, es necesario controlar el nivel de crecimiento de los gastos frente a los ingresos puesto que pueden constituirse a futuro en un problema financiero para la entidad.
- El IDSN respecto a su manejo presupuestal es acertado en el momento de considerar la existencia de un equilibrio entre ingresos y gastos, sin embargo se presentan algunas debilidades en la asignación de los gastos respecto al desarrollo de sus diferentes programas de inversión publica y los programas especiales del ministerio de la protección social puesto que se encuentro que en determinados momentos se encuentran un poco desenfocados al cumplimiento de las metas trazadas por el mismo, debido en su mayor parte a la falta de estabilidad durante todo el periodo en los rubros destinados a los mismos, por cuanto estos no presentan un comportamiento creciente o siquiera sostenido de año a año, determinante en el comportamiento de los indicadores epidemiológicos en el

Departamento puesto que estos también mantienen una tendencia fluctuante a través de todo el periodo de análisis, provocando de esta forma el continuo avance y retroceso en las condiciones de salud de la población.

- Finalmente, es necesario guiar la atención a los grupos especiales del Departamento, como son los desplazados, discapacitados, inimputables y personas de la tercera edad en cuanto a la destinación de fondos especiales y específicos para su afiliación al régimen subsidiado de la salud. De igual forma que al desarrollo de la investigación en el sector.

6. RECOMENDACIONES

- A raíz del análisis desarrollado acerca de la apropiación y destinación presupuestal del IDSN se pudo determinar la tendencia decreciente de los rubros por estos conceptos durante la vigencia 2006, lo cual da como resultado que sería necesario planificar de aquí en adelante las posibles contingencias que se pudieran presentar en la atención de la salud de las personas con mas bajos recursos, de manera que se puedan corregir las posibles fallas que pudieran llevar al detrimento del sector, labor que de alguna u otra forma se lograría a través no solo de un ajuste a las normas que rigen el sector de la salud en Colombia, sino además y mas importante aun a través de un esfuerzo propio de la institución comprometidos con el desarrollo de la salud no solo a partir de la espera de los recursos girados por la nación y el departamento sino además generar procesos que permitan el mejor aprovechamiento de los recursos existentes y aun mas importante gestionar recursos a través de la cuenta de venta e servicios de la institución, cuenta que mantiene una participación bastante baja en el total de ingresos del instituto, o además se podría generar procesos investigativos al interior que permitan ver a menor tiempo la evolución de los indicadores epidemiológicos de manera que se actué con mayor premeditación ante los problemas y debilidades de salud pública y del sector en general de manera que estos problemas no representen a mayor tiempo problemas difíciles de contener o que a la larga impliquen un mayor esfuerzo y por tanto recursos para su respectiva atención y vigilancia.
- Es necesario contener el crecimiento de los gastos del instituto, los cuales se pudo determinar a través de las proyecciones, se espera crezcan a una tasa mayor que los ingresos, dando cabida a la presencia de posibles déficits presupuestales en el futuro próximo.
- Es importante en la elaboración del Plan Estratégico del Instituto ajustar algunas metas con base en la situación actual y los recursos que se esperan recibir de manera mas viable al desarrollo de las actividades del Instituto, por cuanto en el mayor de los casos se formulan bajo parámetros muy alejados de la situación actual, planteándose como meta el cumplimiento del 100% de estas.

- Determinante en el control de las diferentes patologías que afectan a la comunidad del Departamento de Nariño, la ejecución de los recursos que por estos programas gira el Ministerio de la Protección social para su atención, ya que en el mayor de los casos, se encontró, que la inversión de estos se encuentra por debajo de los rubros que ingresaron efectivamente al Instituto por este concepto, de igual forma, es importante lograr la ejecución del presupuesto total para cada vigencia puesto que las necesidades de salud son variadas en el sentido de que no solo se limitan a la atención de los problemas de salud, sino que la línea de acción del Instituto va mas allá en cuanto a lograr el bienestar de la comunidad a través del desarrollo de proyectos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Es importante ampliar los recursos girados a las IPS del primer nivel de atención, y a la atención de las acciones no POSS del Departamento, dado que para ampliar el numero de EPS e IPS tanto públicas como privadas acreditadas y habilitadas, implica una atención primordial del Instituto al desarrollo de la red departamental de hospitales que propenda por incrementar la mejor capacidad resolutive de los hospitales, sumado a unas mejores condiciones de estos acordes a las necesidades y el tamaño cada vez mayor de la población ante una posible emergencia.

BIBLIOGRAFÍA

- ARISTIZABAL VILLA, Javier. Impuestos Departamentales. Cali. 2004
- BENDESKY, León. Temas de economía. 2004
- BIRDSALL, William. Un estudio de la demanda por bienes públicos. 1965
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991. 2007
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Salud, Coberturas salud y su financiamiento en el marco de la reforma del SGP. 2007
- DWORKIN, Ronald. Justice in distribution of Health Care. Citado por: PETER, Fabienne – EVANS, Timothy. Dimensiones éticas de la equidad en salud. 1981
- GUEVARA, Pablo César. La salud no es solo negocio. 2007
- GERSTNER B, Jochen, Crisis en la salud actual. Vol. 20. No. 1. 2006
- HAVEMAN, Robert, MARGOLIS, Julios. Un análisis del gasto y las políticas gubernamentales. México. 1992
- INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Indicadores básicos de salud 2005-2006. Departamento de Nariño. 2006
- INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Plan Estratégico Institucional 2004-2007. 2004
- KALDOR, Nicholas. Las reformas al sistema fiscal Mexicano. Vol. 2. México. 1973
- KNUT, Wickselle. A new principle of just taxation. New York. 1958
- MARTÍNEZ MARTÍN, Félix León. Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad. Inequidad en salud. Bogotá. 2006
- MUÑOZ LÓPEZ, Olga Lucia. La tutela y el derecho a la salud, período 2003-2005. 2006

- PRADA B., Luis M. Aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado, e impacto en los prestadores de servicios. 2007
- REVISTA DE SALUD PÚBLICA. La crisis de la salud, Noviembre-Diciembre 2001
- SHUMPETER. Joseph. Diez grandes economistas de Marx a Keynes. Madrid. 1971
- TJALLING C, Koopmans. Los Premios Nobel de Economía 1969-1977. Los conceptos de óptimo y sus usos. México. 1978
- TRUJILLO GARCÍA, José Renán. Estudio cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares-Nacionales. Superintendencia Nacional de Salud, Bogotá D.C. 2007
- UNIVERSIDAD DE NARIÑO. Tendencias, Revista de la facultad de ciencias económicas y administrativas. Vol. III No. 2. 2002

NETGRAFÍA

- www.asivamosensalud.org
- www.idsn.gov.co
- www.supersalud.gov.co
- www.abc.camara.gov.co
- www.prontus_senado.gov.co
- www.saludcolombia.com
- www.minsocial.gov.co
- www.monografias.com.co
- www.dnp.gov.co
- www.scielo.org.co
- www.revmed.unal.edu.co