

ANÁLISIS ECONOMICO DE NARIÑO 1989 – 1999
SUBSECTOR : SALUD PRIVADA

SANDRA MILENA ARTEAGA PORTILLA

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMIA
SAN JUAN DE PASTO
2002

**ANÁLISIS ECONOMICO DE NARIÑO 1989 - 1999.
SUBSECTOR: SALUD PRIVADA**

SANDRA MILENA ARTEAGA PORTILLA

**Proyecto De Grado para optar
el Título de Economista**

**Presidente:
Ec. ARMANDO PATIÑO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
FACULTAD DE ECONOMIA
SAN JUAN DE PASTO
2002**

Nota de Aceptación

Asesor

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, 31 de enero de 2002

AGRADECIMIENTOS

Hoy que he alcanzado uno de mis sueños, quiero dar gracias a :

La Universidad de Nariño, por ser el “Alma Mater” que me brindó la oportunidad de formarme como persona y profesional.

La Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, por abrirme las puertas de sus aulas.

Mis Profesores, por sus enseñanzas, consejos, por inculcarme siempre el deseo de superación.

Mi Asesor : Armando Patiño, por su fuerza, entereza, por querer siempre lo mejor.

Mi Evaluador : Marco A. Burgos, por su gran colaboración.

El Centro de Estudios Económicos Regionales “CEDRE”, en cabeza del doctor Fernando Bedoya, a todos sus colaboradores por darme la oportunidad de trabajar y culminar con éxito este estudio.

Todas aquellas personas que en este momento se escapan de mi mente, pero que ayudaron para que todo llegara a un buen fin.

GRACIAS

DEDICATORIA

Cuando se logran alcanzar los sueños, las metas que uno se propone, nos damos cuenta de lo grande que podemos llegar a ser; pero es claro que en este camino siempre se encuentran personas que con su amor y apoyo te ayudan para que los hagas realidad.

Es por eso que hoy que he alcanzado uno de mis muchos sueños, quiero dedicarlo a :

El Ser que todo lo puede "DIOS", por este mundo tan maravilloso, fuente de inspiración, por enseñarme a través de mis días que la esperanza es lo último que se pierde, que pese a los obstáculos siempre cuentas personas maravillosas que hacen que tu vida sea más agradable.

Los seres más maravillosos de este mundo, *mis padres* : **Carmen Portilla y Edgar Arteaga**, por darme la vida, por su esfuerzo y gran sacrificio, por enseñarme que en el camino de la vida lo más importante es el amor, la justicia, la lealtad.

Mis hermanos : **Edgar, William, Patricia, Mónica**, por su gran apoyo y confianza en este gran camino.

Mis abuelos : **Carmen Rodríguez y Luis Portilla**, por la grandeza de su corazón, por demostrarme que el amor es el arma más importante para vencer los obstáculos.

Mis abuelos : **Martha Guerrero y Guillermo Arteaga**, por su amor.

Mi Tío : **Luis Manuel**, por sus grandes virtudes : perseverancia, gratitud, lealtad, humildad, dignos de imitarles.

Mis tíos : **Nelson, Jairo, Maruja, Zoila**, por sus grandes votos de confianza.

Mi novio : **Geovanni Tello**, por ser la persona que me anima a seguir adelante, a seguir soñando, a nunca desfallecer, la que me llena de fuerzas para continuar por la vida siendo siempre la mejor, logrando alcanzar todos mis sueños.

Gracias a todos, quiero recordarles que los Quiero Mucho

GLOSARIO

- ◆ **ACTIVIDADES DE CLÍNICAS. (8610).** En esta clase están contenidas las actividades de hospitales generales y especializados, sanatorios, preventorios, asilos, centros de rehabilitación, leproserías, centros de atención odontológica y otras instituciones sanitarias con servicios de alojamiento incluso hospitales de bases militares y prisiones, que estén dentro de la actividad privada.

- ◆ **ACTIVIDAD DE MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS (8620 – 8630) :** Esta clase, abarca las actividades de consulta y tratamiento de medicina general, incluso cirujanos y odontólogos, comprende actividades de dichos profesionales en instituciones de atención de la salud, y en consultorios privados, se incluye a demás en actividades realizadas en clínicas de empresas, escuelas, hogares de ancianos, organizaciones sindicales y asociaciones profesionales y atención a domicilio. Por lo general los pacientes son ambulatorios y pueden ser remitidos a un especialista.

La actividad odontológica puede ser especial o generalizado, en clínicas, o pacientes externos, empresas, colegios, etc., así como en las salas de operación.

- ◆ **ACTIVIDAD CENTROS MÉDICOS (CM)** : Establecimientos prestadores de salud con autonomía administrativa, técnica y financiera; cualidades de una IPS (Institución Prestadora de Salud); que comprometa personal médico y paramédico, laboratorio e instalaciones técnicas, que no incluyen la atención de internos hospitalarios.

- ◆ **ACTIVIDAD DE LABORATORIOS CLÍNICOS (8641)** : Son establecimientos que por medio de procedimientos técnicos que desarrollan pruebas de diagnóstico que consiste en examen de las bacterias al microscopio, por medio de muestras sobre la orina, las heces, sangre, pus, expectoración y en los tejidos orgánicos.

- ◆ **ACTIVIDAD DE CENTROS RADIOLÓGICOS (8642)** : Es la actividad que emplea rayos x, ultra sonidos y RMN, para investigar y realizar un diagnóstico como planificar o modificar un tratamiento sin necesidad de someter al paciente a cirugía exploratoria.

- ◆ **ACTIVIDAD DE TERAPEUTAS (8643)** : Es la actividad de la ciencia médica que estudia y actualiza las diferentes modalidades de todos los medios para tratar las manifestaciones patológicas, con el fin de neutralizar o suprimir las causas que han determinado la enfermedad.

- ◆ **OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA (8644)**: Esta clase incluye las actividades de la salud humana que no se

realizan en hospitales ni se da la participación de médicos y odontólogos, actividades dirigidas por enfermeros, parteras, fisioterapeutas y personal paramédico, especializado en optometría, hidroterapia, masaje, ergoterapia, acupuntura, etc., estas actividades se pueden realizar en las empresas, escuelas, hogares de ancianos, organizaciones sindicales y asociaciones profesionales, instituciones de atención de salud con servicios de alojamiento diferente a hospitales.

- ◆ **ACTIVIDADES VETERINARIAS (8800)** : Clase que se confina a actividades de tratamientos médico, quirúrgico, de embellecimiento y odontológico en los cuales los servicios son prestados o supervisados directamente por veterinarios. Actividades que se pueden realizar en, establecimientos agropecuarios, perreras y a domicilio, consultorios y salas de cirugía privadas y otros lugares.

- ◆ **CONSUMO DE CAPITAL (CKF)** : Al consumo de capital fijo también se le conoce como depreciación y se entiende como la pérdida del valor de los activos fijos, debido a su uso y obsolescencia en cada proceso de producción representando un costo por reposición de los mismos.

Dada la naturaleza del sector existe una baja utilización de capital fijo razón por la cual no se tiene en cuenta esta variable para el cálculo de la cuenta de producción.

- ◆ **CONSUMO INTERMEDIO (CI)** : Compuesto por el valor de todas las erogaciones en bienes y servicios utilizados en el proceso productivo, en donde se consumen, destruyen e incorporan en el producto final. No se incluye el costo invertido en el capital fijo.

- ◆ **EXCEDENTE BRUTO DE EXPLOTACIÓN (EBE)** : El resultado de la diferencia del valor agregado, la remuneración de los empleados y los impuestos indirectos netos pagados durante ese período.

- ◆ **IMPUESTOS INDIRECTOS (II)** : Son pagos obligatorios que deben hacer las unidades productivas a organismos de la administración pública, ligados a la producción de bienes y servicios o a la utilización de ciertos factores de producción.

- ◆ **REMUNERACIÓN AL TRABAJADOR (RT)** : Comprenden los pagos por nómina que los empleadores hacen a sus empleados por concepto de servicios personales, sueldos, salarios en dinero o en especie o aportes patronales, entre otros.

- ◆ **VALOR AGREGADO (VA)** : Se entiende como el nuevo valor creado en el proceso productivo, considerado solamente lo que cada unidad o agente aporta a la producción regional, es decir, el valor de los servicios producidos menos utilizados en su producción. La sumatoria de los valores agregados determina el PIB regional o nacional.

- ◆ **VALOR DE LA PRODUCCIÓN BRUTA (PB)** : Se define como los ingresos brutos de la actividad productiva, fruto de las transacciones económicas realizadas por los individuos a los cuales no se les ha deducido el valor de los bienes y servicios utilizados en la producción.

RESUMEN EJECUTIVO

Partiendo de la necesidad de contar con un estudio y un análisis ordenado y sistemático del subsector salud privada en el Departamento de Nariño durante los últimos 10 años tanto cualitativa como cuantitativamente, nace el presente trabajo como respuesta a ello.

Es así como el siguiente estudio nos va a permitir analizar e interpretar las diferentes cifras suministradas por el CEDRE durante el período 1989 – 1999, para esto se valió de las diferentes fuentes de información que ayuden a aclarar el porque de estos registros.

El trabajo consta de 5 partes principalmente a través de los cuales se desarrolla el análisis de la salud privada tanto en el nivel nacional como regional.

La primera parte hace referencia al aspecto metodológico el cual se debe tener en cuenta para el desarrollo del presente.

El marco teórico es desarrollado en la segunda parte, se hace uso de algunos subcapítulos que van ayudar a su comprensión.

En la tercera parte se analizan los datos suministrados por el CEDRE, DIAN, para llevar a cabo la interpretación de los datos (precios, cantidades), tanto a nivel nacional, regional, como al interior del sector (Matriz de Producción), esto con el fin de tener una mejor claridad al respecto sobre lo acontecido en el período 1989 – 1999 con el sector “Salud Privada”.

En la cuarta y quinta parte se relacionan las conclusiones y recomendaciones a los cuales se ha llegado al finalizar la presente investigación.

Así pues, el análisis económico de Nariño 1989 – 1999 Sector Salud Privada es una ayuda para todas aquellas personas interesadas en el desarrollo regional del Departamento a través del uso de las cuentas regionales, especialmente en lo relacionado con los servicios sociales.

ABSTRACT

Leaving of the necessity of having a study and an orderly and systematic analysis of the subsector health deprived in the Department of Nariño during the last 10 years so much qualitative as quantitatively, the present work is born as answer to it.

It is as well as the following study will allow us to analyze and to interpret the different figures given by the CEDRE during the period 1989 - 1999, for this were been worth of the different sources of information that you/they help to clarify the because of these registrations.

The work consists mainly of 5 parts through which the analysis of the private health is developed so much in the national level as regional.

The first part makes reference to the methodological aspect which should be kept in mind for the development of the present.

The theoretical mark is developed in the second part, use of some subchapters is made that go to help to its understanding.

In third o'clock he/she leaves they analyze the data given by the CEDRE, DIAN, to carry out the interpretation of the data (prices, quantities), so much at national, regional level, like to the interior of the sector (Womb of Production), this with the purpose of having a better clarity in this respect on that happened in the period 1989 - 1999 with the sector Private Health."

In the fourth and fifth leaves they relate the conclusions and recommendations to which it has been ended up when concluding the present investigation.

Therefore, the economic analysis of Nariño 1989 - 1999 Sector Private Health is a help for all those people interested in the regional development of the Department through the use of the regional bills, especially in the related with the social services.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA	4
1.2 SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA	4
2. PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	6
2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	6
2.2 FUENTES DE INFORMACIÓN	6
2.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	6
3. COBERTURA	7
3.1 ESPACIAL	7
3.2 TEMPORAL	7
3.3 VARIABLES	7
4. JUSTIFICACIÓN	8
5. OBJETIVOS	9
5.1 OBJETIVO GENERAL	9
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
6. MARCO TEORICO	11
6.1 DEFINICIONES DE LA CONTABILIDAD ECONOMICA	11

6.1.1	Definición de Contabilidad Económica	11
6.1.2	Cuentas Nacionales y/o Regionales	11
6.2	CUENTAS REGIONALES DE NARIÑO	12
6.2.1	Sector Público	12
6.2.2	Sector Privado	13
6.2.3	Definición y Estructura	13
6.3	HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA	14
6.4	EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA	23
6.5	LA FINANCIACION DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD.	30
7.	EVOLUCIÓN DEL SUBSECTOR SERVICIOS DE SALUD PRIVADA.	35
7.1	CONTEXTO NACIONAL	35
7.1.1	Evolución del PIB Nacional 1989 – 1999	35
7.1.2	La salud privada en el contexto nacional período 1989 – 1999	42
7.2	CONTEXTO REGIONAL	47
7.2.1	Evolución del PIB Regional 1989 – 1999	47
7.2.2	La salud privada en el Departamento de Nariño período 1989 – 1999	50
7.3	COMPORTAMIENTO DE LA SALUD PRIVADA EN NARIÑO : 1989 - 1999	55
7.3.1	Período 1989 – 1997	56
7.3.2	Período 1998 – 1999	59
7.4	ANÁLISIS MATRIZ DE PRODUCCIÓN SERVICIOS DE	60

SALUD PRIVADA EN NARIÑO PERIODO 1989 – 1999

7.4.1	Consumo Intermedio	60
7.4.2	Valor Agregado	63
7.4.3	Remuneración al Trabajo	68
7.4.4	Impuestos Indirectos	71
7.4.5	Excedente Bruto de Explotación	73
7.4.6	Consumo de Capital Fijo	75
7.4.7	Excedente Neto de Explotación	77
7.4.8	Participación del V.A., S.S., ENE., en la Matriz de Producción	79
8.	CONCLUSIONES	81
9.	RECOMENDACIONES	84
	BIBLIOGRAFÍA	86

LISTA DE CUADROS

		Pág.
Cuadro 1.	Evolución del PIB Nacional 1989 – 1999. Precios Constantes de 1990.	35
Cuadro 2.	Colombia y Nariño. Composición Sectores de la Economía 1989 – 1999. (Porcentajes).	41
Cuadro 3.	Evolución del Subsector de Servicios en Salud Privada en Colombia 1989 – 1999. Precios Constantes de 1990.	42
Cuadro 4.	Evolución del PIB Regional de Nariño 1989 – 1999. Precios Constantes de 1990.	47
Cuadro 5.	Evolución del PIB de Nariño. Subsector de Servicios de Salud Privada 1989 – 1999. Precios Constantes de 1990.	50
Cuadro 6.	Constitución de Entidades Servicios de Salud Privada en Nariño 1989 – 1999.	57
Cuadro 7.	Matriz de Producción Salud Privada En Nariño 1989 – 1999. Porcentajes.	61
Cuadro 8.	Cuenta de Producción 1989 – 1999 Valor Agregado.	63
Cuadro 9.	Cuenta de Producción 1989 – 1999 Remuneración al Trabajo.	68
Cuadro 10.	Cuenta de Producción 1989 – 1999 Impuestos Indirectos.	71
Cuadro 11.	Cuenta de Producción 1989 – 1999 Excedente Bruto de Explotación.	73
Cuadro 12.	Cuenta de Producción 1989 – 1999 Consumo de Capital Fijo.	75
Cuadro 13.	Cuenta de Producción 1989 – 1999 Excedente Neto de Explotación.	77
Cuadro 14.	Participación del Va, Ss, Ene, en la Matriz de Producción.	79

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Participación del Subsector Servicios de Salud Privada en el PIB Nacional.	43
Figura 2.	Participación del Subsector Servicios de Salud Privada en el PIB Regional.	51
Figura 3.	Evolución de la Variable Consumo Intermedio	63
Figura 4.	Evolución de la Variable Valor Agregado 1989 – 1999	65
Figura 5.	Evolución del Valor Agregado por Actividad 1989 – 1999	66
Figura 6.	Participación del Valor Agregado por Municipio 1989 – 1999	67
Figura 7.	Comportamiento de la Variable Remuneración al Trabajo Periodo 1989 – 1999	70
Figura 8.	Evolución de los Intervalos Indirectos Periodo 1989 – 1999	72
Figura 9.	Evolución del Excedente Bruto de Explotación Periodo 1989 – 1999	74
Figura 10.	Evolución Consumo de Capital Fijo Periodo 1989 – 1999	76
Figura 11.	Evolución del Excedente Neto de Explotación Periodo 1989 - 1999	78

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1.	Valor Estimado del Situado Fiscal	92
Anexo 2.	Valor Estimado del Situado Fiscal para Salud	93
Anexo 3.	Participación del Gasto Publico en El PIB	94
Anexo 4.	Participación del Gasto Social y sus Componentes Defensa y Seguridad y Justicia en el Presupuesto General de la Nación	95
Anexo 5.	Costos de Plan de Salud 1995 – 1998, Según Fuentes de Financiación	96
Anexo 6.	PIB Nacional Salud Privada 1989 – 1999. Precios Constantes de 1990.	97
Anexo 7.	Ingresos Transferidos en Nariño por Conceptos de Salud 1989 – 1999	98
Anexo 8.	Pasto. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8610 Clínicas.	99
Anexo 9.	Pasto. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8620 Médicos.	100
Anexo 10.	Pasto. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8630 Odontólogos.	101
Anexo 11.	Pasto. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : Centros Médicos.	102
Anexo 12.	Pasto. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8842 Centros Radiológicos.	103

Anexo 13.	Pasto. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8843 Terapeutas.	104
Anexo 14.	Pasto. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8844 Otras Actividades Relacionadas con la Salud Humana.	105
Anexo 15.	Pasto. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8800 Veterinarios.	106
Anexo 16.	Ipiales. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8620 Médicos.	107
Anexo 17.	Ipiales. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8630 Odontólogos.	108
Anexo 18.	Ipiales. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : Centros Médicos.	109
Anexo 19.	Ipiales. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8641 Laboratorios Clínicos.	110
Anexo 20.	Ipiales. Sector Privado Subsector Servicios De Salud. Evolución Del Ip Ponderado Del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8642 Centros Radiológicos.	111
Anexo 21.	Ipiales. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8643 Terapeutas.	112
Anexo 22.	Ipiales. Sector Privado Subsector Servicios De Salud. Evolución Del Ip Ponderado Del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8644 Otras Actividades Relacionadas Con La Salud Humana.	113
Anexo 23.	Ipiales. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8800 Veterinarios.	114

Anexo 24.	Túquerres. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8620 Médicos.	115
Anexo 25.	Túquerres. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8630 Odontólogos.	116
Anexo 26.	Túquerres. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : Centros Médicos.	117
Anexo 27.	Túquerres. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución el Ip Ponderado Del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8641 Laboratorios Clínicos.	118
Anexo 28.	Túquerres. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8643 Terapeutas.	119
Anexo 29.	Túquerres. Sector Privado Subsector Servicios De Salud. Evolución Del Ip Ponderado Del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8644 Otras Actividades Relacionadas Con La Salud Humana.	120
Anexo 30.	Túquerres. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8800 Veterinarios.	121
Anexo 31.	Tumaco. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8620 Médicos.	122
Anexo 32.	Tumaco. Sector Privado Subsector Servicios De Salud. Evolución Del Ip Ponderado Del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8630 Odontólogos.	123
Anexo 33.	Tumaco. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : Centros Médicos.	124
Anexo 34.	Tumaco. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8641 Laboratorios Clínicos.	125
Anexo 35.	Tumaco. Sector Privado Subsector Servicios de Salud.	126

	Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8642 Centros Radiológicos.	
Anexo 36.	Tumaco. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8643 Terapeutas .	127
Anexo 37.	Túquerres. Sector Privado Subsector Servicios de Salud. Evolución del Ip Ponderado del Consumo Intermedio,1999. Actividad : 8644 Otras Actividades Relacionadas con la Salud Humana.	128
Anexo 38.	Nariño. Sector Privado. Subsector Servicios de Salud. Cuentas de Producción 1989 – 1999. Precios Constantes de 1990.	129
Anexo 39.	Generación de puestos de trabajo por actividad en Nariño 1989 – 1999.	130
Anexo 40.	Constitución de Entidades de Servicios de Salud Privada por actividad en Nariño 1989 – 1999.	131

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos fundamentales para la ciencia económica es conocer en que medida varía el crecimiento y desarrollo económico de una determinada nación, departamento o localidad, para esto se realizan los respectivos estudios económicos, contando a su vez con los instrumentos apropiados para su desarrollo como son las Cuentas Nacionales y Regionales.

Las Cuentas Nacionales tienen un papel protagónico en la medición de la productividad, definiendo así la situación de la actividad económica que nos acerca a la realidad que viven los diferentes sectores económicos de una sociedad, lo cual a su vez nos permite conocer la calidad de vida de los mismos; siendo indispensable para ello realizar el cálculo de las cuentas tanto a nivel nacional como a nivel regional.

Una de estas actividades económicas que contribuyen en el crecimiento y desarrollo económico, generando bienestar, es el sector social, integrado por el subsector salud el cual a su vez se clasifica en dos grandes sectores: el sector público y el sector privado; el cual con el pasar de los años ha venido evolucionando y tomando mayor auge e importancia tanto en el nivel nacional, regional y local.

El subsector servicios de la salud hace referencia a las diversas actividades que buscan el bienestar físico, mental o social; asociadas al carácter mercante y económico, que son orientadas a prevención, promoción, recuperación y rehabilitación del estado de la salud.

El resultado se obtiene de la combinación de capital invertido (tecnología, planta física), y talento humano calificado y se financia por medio de la venta de servicios a las comunidades.

El Subsector Servicios de Salud está conformado por actividades como : Laboratorios Clínicos, Consultorios Médicos y Odontológicos, Servicios Terapéuticos, Clínicas, Centros Radiológicos, Actividades Veterinarias y otras actividades relacionadas con la salud humana.

El Subsector de Salud es fundamental en la construcción de la seguridad social; que esta contenido en el marco legal colombiano, porque el Estado proporciona unas normas que obligan a las instituciones promotoras de salud velar por la calidad de vida en lo que a ellos compete, tanto a las entidades públicas como privadas.

Las entidades privadas prestan también servicios de salud y específicamente por instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar, en lo que concierne a la prestación de servicios de salud, fundaciones o instituciones

de utilidad común, corporaciones sin ánimo de lucro, personas privadas, naturales o jurídicas.

Es por esto que la presente investigación parte de la necesidad de contar con un estudio en donde se analiza de manera ordenada y sistemática el desenvolvimiento de dicho sector en la economía regional durante el período 1989 – 1999 tanto cualitativa como cuantitativamente.

Para esto se hará uso de las cifras, datos con que cuenta el Centro de Estudios de Desarrollo Regional y Empresarial (CEDRE), además se tendrá en cuenta los diferentes planteamientos que ayuden a aclarar el porque de estos registros.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál ha sido la evolución y el comportamiento del subsector salud privada en el Departamento de Nariño durante el período 1989-1999?

1.2 SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA

- 1) En qué medida el subsector salud ha contribuido al crecimiento del PIB del Departamento?
- 2)Cuál ha sido el impacto que ha generado el subsector salud en el desarrollo económico y social del Departamento?
- 3) De qué manera la implementación de políticas por parte del gobierno nacional han afectado al subsector salud de Nariño?
- 4) En qué medida el subsector salud de Nariño ha secundado el fortalecimiento del mismo a nivel nacional?

- 5) Cuáles han sido los cambios de las variables macroeconómicas que han intervenido en el subsector salud durante 1999?
- 6) Qué importancia tiene el subsector salud con respecto a otros sectores en la participación del PIB regional?
- 7) Cuál es la correlación de la evolución de este sector en el Departamento de Nariño con el mismo nivel Nacional?.
- 8) Cuáles son los factores determinantes de la dinámica del subsector?

2. PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

2.1 TIPO DE INVESTIGACION

Para desarrollar esta investigación haremos uso del método DESCRIPTIVO-ANALITICO, ya que nos va a permitir describir y analizar las diferentes variables que intervienen en el estudio del sector social del departamento de Nariño durante el período 1989-1999.

2.2 FUENTES DE INFORMACION

Para llevar a cabo el siguiente trabajo haremos uso de fuentes de tipo SECUNDARIO y TERCARIO (Internet). Para lo cual acudiremos a tesis, libros, artículos, leyes, periódicos y documentos; localizados en las Bibliotecas (UCC, UDENAR, MARIANA, BANCO DE LA REPUBLICA), Instituciones (DANE, CEDRE, DNP, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, FER).

2.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Para analizar la información recopilada haremos uso de las FICHAS DE LECTURA, CUADROS y GRAFICAS; que nos permitirán manejar más ordenada y sistemáticamente dicha información.

3. COBERTURA

3.1 ESPACIAL

La presente investigación se desarrollara en el Departamento de Nariño, teniendo en cuenta las principales ciudades: Túquerres, Ipiales, Tumaco, San Juan de Pasto y el resto de Municipios.

3.2 TEMPORAL

El estudio ha desarrollar abarcara el período 1989 – 1999.

3.3 VARIABLES

Se tendrán en cuenta las siguientes: producción bruta, Consumo intermedio, Valor agregado, Remuneración al trabajo, impuestos indirectos, Consumo de capital fijo, Excedente neto de explotación, PIB, Crecimiento y desarrollo económico, Educación privada y Servicios de salud.

4. JUSTIFICACION

En todo proceso de planificación y gestión de desarrollo existe la necesidad de un flujo oportuno de información, representado por cifras e indicadores que permitan un análisis y acercamiento a la realidad económica de una región, lo cual posibilita explorar y programar un futuro factible y deseado.

La importancia de esta investigación, radica en el hecho de que va a permitir tener una visión actualizada de la estructura económica del sector salud departamental, la cual será analizada con el fin de medir cuantitativa y cualitativamente el aporte de este sector a la región.

Constituyéndose esta investigación en un documento valioso para aquellas personas interesadas en el tema.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la evolución y comportamiento del subsector salud privada en el Departamento de Nariño durante el período de 1989-1999

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

A partir del objetivo general nos hemos propuesto ANALIZAR los siguientes objetivos específicos:

- 1) La contribución del subsector salud al crecimiento del PIB departamental.
- 2) Los cambios de las variables macroeconómicas que han intervenido en el subsector salud durante 1999.
- 3) La importancia que tiene el subsector salud con respecto a otros sectores en la participación del PIB regional.
- 4) El impacto que ha generado el subsector salud en el desarrollo económico del Departamento.

- 5) Como la implementación de políticas por parte del gobierno Nacional ha afectado al subsector salud de Nariño.

- 6) En que medida el subsector salud de Nariño ha secundado el fortalecimiento del mismo a nivel Nacional.

- 7) La correlación de la evolución de este subsector en el Departamento con el mismo a nivel Nacional.

- 8) Identificar los factores que determinan la dinámica y trayectoria.

6. MARCO TEORICO

6.1 DEFINICIONES DE LA CONTABILIDAD ECONOMICA

6.1.1 Definición de Contabilidad Económica

“La contabilidad económica tiene como objeto la medición de los fenómenos económicos más importantes que realizan los diversos agentes que intervienen en la producción de bienes y servicios.

Toma como base para su conformación la información estadística, presupuestal y contable tanto de las entidades públicas como privadas”¹.

6.1.2 Cuentas Nacionales y/o Regionales

Las Cuentas Nacionales y/o Regionales constituyen un registro sistemático, completo y coherente de valores a través de los cuales se mide el comportamiento de la actividad económica de la nación (o región).

La importancia de calcular estas cuentas radica en el hecho de condensar en un pequeño número de categorías fundamentales llevadas a un esquema de cuentas

¹ Cuentas Regionales de Nariño. 1989 – 1991. Pasto, 1993. P. 9.

y cuadros, las múltiples operaciones desarrolladas por un gran número de unidades económicas. Esto obviamente, conduce a tener una visión global de la economía, facilitando la planificación, orientación y formulación de políticas de desarrollo.

6.2 CUENTAS REGIONALES DE NARIÑO

En Nariño la actividad productiva se estudia desde la división de dos grandes sectores : público y privado.

6.2.1 Sector Público

“Comprende el registro de todas las actividades relacionadas con la producción de bienes y servicios a cargo del Estado”².

La importancia de este sector radica en que mide el grado de intervención del Estado en la economía a través de los diferentes subsectores de bienes y servicios y su participación en el PIB departamental.

El papel del sector público se basa en el manejo adecuado y eficiente en la asignación de recursos, esto con el fin de manejar las condiciones de vida de la comunidad en general.

² *Ibíd.*, p. 9

6.2.2 Sector Privado

Este sector se dirige a aquellas actividades dirigidas por entes particulares de la región; que simultáneamente al satisfacer las necesidades propias se proyectan al beneficio de la comunidad.

Caracterizado este sector por su objetivo de maximizar las ganancias, con una inversión mínima en los costos de producción.

6.2.3 Definición y Estructura

El subsector servicios de la salud hace referencia a las diversas actividades que buscan el bienestar físico, mental o social; asociadas al carácter mercante y económico, que son orientadas a prevención, promoción, recuperación y rehabilitación del estado de la salud.

El resultado se obtiene de la combinación de capital invertido (tecnología, planta física), y talento humano calificado y se financia por medio de la venta de servicios a las comunidades.

El Subsector de Salud es fundamental en la construcción de la seguridad social; que esta contenido en el marco legal colombiano, porque el Estado proporciona unas normas que obligan a las instituciones promotoras de salud velar por la

calidad de vida en lo que a ellos compete, tanto a las entidades públicas como privadas.

Las entidades privadas prestan también servicios de salud y específicamente por instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar, en lo que concierne a la prestación de servicios de salud, fundaciones o instituciones de utilidad común, corporaciones sin ánimo de lucro, personas privadas, naturales o jurídicas.

6.3 HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

El desarrollo de las regiones esta encaminado al logro del bienestar de todos los individuos que habitan en una región; una manera de lograrlo es a través de la Seguridad Social, la cual en el transcurso de los últimos años ha evolucionado, tomando mayor auge e importancia en la economía Colombiana.

“La Seguridad Social podría definirse como el sistema de provisiones adoptados por el Estado, para conjurar los diversos riesgos que asedian a los integrantes de la colectividad y atenuar las consecuencias derivadas de la realización de tales riesgos”³.

³ BENAVIDES, Harol. ORTEGA, Luis Felipe. Hacia un Modelo de Seguridad Social acorde a la Realidad Económica y Social. San Juan de Pasto. P-7

La Seguridad Social es un sistema amplio, a través del cual el Estado concede a los ciudadanos derechos y libertades socioeconómicas, políticas y personales. Proclamado y garantizado por la Constitución, leyes e instituciones. Esto, debe garantizar constante mejoramiento de las condiciones de vida, a medida que se cumplen los programas de desarrollo económico y culturales.

“Ellos tienen derecho al trabajo, descanso a la protección de su salud, asistencia económica en la vejez, y en caso de enfermedad; así como en la pérdida parcial o total de la capacidad de trabajo. Igual, tienen derecho a una vivienda en condiciones dignas y humanas, a la educación hasta la superior y a disfrutar de los adelantos de la cultura. El seguro social sólo es parte de la Seguridad Social”.⁴

“La Seguridad Social consiste en un derecho general de garantías contra los infortunios, pero no se trata de un derecho que se concede sino que se reconoce a los hombres por el sólo hecho de su existencia y se haya vinculado al ser como derecho privado de la propia vida, como derecho humano y de los pueblos”⁵.

La Seguridad Social trabaja bajo los siguientes principios básicos:

- a. Universalidad, entendido como la garantía de un mínimo de servicios iguales para todos los ciudadanos a través de un mecanismo de aseguramiento, con lo cual se interpreta el objetivo de equidad.

⁴ *Ibíd.*, p-8

- b. Obligatoriedad, en el sentido en que ningún ciudadano puede renunciar al aseguramiento ni puede optar quedar por fuera del sistema.
- c. Integralidad, definida como la cobertura con un plan suficiente de beneficios que incluye, en el nivel individual, intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; y que además, reconoce y abarca las variables críticas de la salud pública.
- d. Solidaridad, entendida como la transferencia de recursos de la nación con capacidad de pago hacia las poblaciones más pobres y vulnerables.
- e. Libre escogencia por parte de los ciudadanos, tanto frente a la entidad aseguradora como, al interior de ésta, de los proveedores institucionales, e individuales de servicios.
- f. Descentralización y Participación, dados por un acercamiento de los órganos de dirección, supervisión y financiamiento a los municipios y localidades, y por espacios y oportunidades nuevas para la participación de distintos actores.
- g. Concertación, vista como una necesidad para alcanzar el equilibrio a mediano y largo plazo entre los distintos actores: aseguradores (pagadores), proveedores, usuarios y el Estado (regulador).

⁵ *Ibíd.*, p-8

- h. Gradualidad, en reconocimiento a la necesidad de hacer el cambio paulatinamente.
- i. Eficiencia y Calidad, esperados como productos finales, de una dinámica de competencia regulada”⁶.

La seguridad social es un sistema integrado por: pensiones, salud, riesgos profesionales, considerando a la salud como la componente integral de la calidad de la vida humana, un requisito “sine qua non” para desarrollar las capacidades potenciales, de las personas y un factor determinante de inhabilidad de los individuos para desempeñarse en su medio ambiente físico y social.

En el desarrollo económico y social de una nación la seguridad social juega un papel importante. Pues, no es una institución universal en toda formación social y tipo de Estado. Ella depende especialmente del modelo de desarrollo y del grado de intervención en la distribución o concentración de la riqueza e ingreso, en beneficio de las mayorías o de unas minorías. Los planes y programas para el desarrollo y la participación de las clases trabajadoras en la actividad del estado, define los alcances de la seguridad social.

En Colombia el estado ha propendido por adecuarse a los diferentes modelos imperantes en el mundo, es por eso que desde 1945 se ha trabajado con el

⁶ URIBE, Juan Pablo. GALLARDO, Henry Mauricio. “La ley 100: entre gradualidad y la cobertura”. En : Economía Colombiana y Coyuntura Política. Bogota. Junio de 1998. p-7

modelo liberal, donde el Estado cada vez más delega el poder a los representantes de los municipios, departamentos, para que sean ellos los que velen por los intereses de la ciudadanía; es claro que hoy en día estos procesos se han agilizado aun más después del proceso de apertura económica.

Este proceso de descentralización se ha orientado ha modernizar el Estado haciéndolo más eficiente y fortaleciendo el proceso democrático a través de una participación ciudadana ampliada en la planeación, manejo y control de la vida municipal.

Todos estos procesos de reajuste que vive el estado influyen sobre la seguridad social, es así como desde 1946, se creo el ministerio de higiene, el que luego cambio su nombre por el de ministerio de salud pública, en 1963. “Los servicios seccionales de salud comenzaron a operar en 1960 y el plan nacional hospitalario en 1969, mediante la ley 39 de ese mismo año. Con este último se estableció el sistema de regionalización de servicios y la definición de los cuatro niveles de atención médica”⁷.

Para los años 70's el país se ve influenciado por las corrientes internacionales que propenden por un paso de normas orientadas a la modernización y reparación de los riesgos profesionales, a una perspectiva de los mismos, es por eso que para 1975 se creo el Sistema Nacional de salud.

⁷ URIBE, Juan Pablo. GALLARDO, Henry Mauricio. “La ley 100: entre gradualidad y la cobertura”. En : Economía Colombiana y Coyuntura Política. Bogota. Junio de 1998. p-7

En los años 80's una serie de leyes expedidas iniciaron un profundo proceso de descentralización de la vida político-administrativo: leyes 14 de 1983, 11 y 18 de 1986, una serie de decretos reglamentarios 77, 78, 79, 80 y 91 de 1987 abriendo el camino para una descentralización integral con componentes políticos, administrativos y fiscales que con los años fueron incorporados como mandato constitucional en la reforma de 1991.

A partir de la década de los 90's se lleva a cabo una segunda ronda de reformas, la cual refleja cambios en el estado, esta con el fin de enfrentar la apertura económica y la globalización; por otro lado el poder legislativo ha estudiado y promulgado diferentes leyes con el fin de alcanzar la salud integral, que tenga cobertura a la totalidad de la población colombiana de manera eficiente y solidaria, obedeciendo al lineamiento que ordena la constitución de 1991.

Todas estas políticas han afectado el sistema de seguridad dándose en Colombia origen a dos reformas, la primera de ellas se trata de un sistema de seguridad social "asistencialista" es decir curativo, que brinda a la población todos los mecanismos necesarios para curar sin dolencias, mientras que a partir de 1993 con la ley 100 se procura crear un modelo preventivo el cual se fundamenta en la prevención de las enfermedades, llevando por consiguiente una disminución en los costos de operación de todas estas entidades encargadas de prestar los servicios de salud, a su vez se da un cambio en las relaciones entre el Estado, la población y los proveedores, entre el sector público y el privado; todos estos cambios se han originado por el proceso de descentralización en que vive el país.

Cabe resaltar que la descentralización implica cambios importantes en la relación de poder entre los gobiernos territoriales (nación, departamento, municipio), es así como se promulga la ley 10 de 1990, la cual opta por colocar la responsabilidad directa de los sistemas de salud en cabeza de 1009 alcaldes y 32 gobernadores, intendentes y comisarios⁸, además el nivel nacional se ha liberado de la prestación directa de servicios lo que le ha permitido iniciar el desarrollo de las capacidades para la formulación de políticas, su seguimiento y evaluación y la asistencia técnica. Los municipios han iniciado la toma de control sobre las decisiones locales de salud y los departamentos han visto disminuir su control sobre las decisiones municipales⁹.

Pero es la constitución de 1991 la que ordena una reforma integral de la seguridad social, dándose cumplimiento en el artículo 48, que a la letra dice:

“La seguridad social es un servicio de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

⁸ FERNÁNDEZ, Germán. Nuevo Sistema de salud en Colombia. Santa Fe de Bogota. 1996. p- 53

⁹ *Ibíd.*, p-59

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”¹⁰.

“Este artículo sobre seguridad social fue entonces una conciliación entre conceptos de diverso origen: solidaridad y universalidad bismarckiana y eficiencia neoliberal, que encarnaban por supuesto intereses diferentes. No obstante la constituyente delega en la ley la definición del contenido concreto y los mecanismos operativos de la seguridad social y sus principios”¹¹.

El gobierno del doctor Cesar Gaviria había dejado de lado dicha reforma, no había trabajado en un marco legal para que el sistema de seguridad social entrara a funcionar; sólo hasta la existencia de la ley 60 de agosto 12 de 1993 se inició con dicho trabajo, esto en vista que la ley 10 de 1990 tenía algunos vacíos, dicha ley establece una estructura descentralizada, otorgándole: al nivel nacional, funciones de dirección, asesoría y control, y entregó las competencias operativas y de ejecución a las entidades territoriales. Los municipios quedaron responsables del primer nivel de atención en salud y los departamentos del segundo y tercer

¹⁰ Constitución Política de Colombia 1991.

¹¹ JARAMILLO PEREZ, Iván. El futuro de la Salud en Colombia. Santa fe de Bogotá, 1995. p-24
a. *Ibíd.*, p-137

nivel¹²; además incorporo los principios de subsidiariedad y complementariedad, los cuales a su vez habían sido consagrados por la constitución política (Art. 288).

Siendo notable la necesidad de una reforma a la seguridad social, nace la ley 100, como un modelo sui generis, la cual involucra elementos originados en Europa y de otros enfoques desarrollados en Estados Unidos y Chile.

“La nueva ley modifica estructuralmente al anterior sistema rompiendo el sistema institucional monopólico y la adscripción obligatoria a una determinada institución”¹³.

Esta ley es producto de la reglamentación de la constitución y de la concurrencia de principios y conceptos procedentes del viejo esquema bismarckiano, tales como la solidaridad y la integralidad y de otros procedentes del neoliberalismo, como la libre escogencia de los usuarios y el fomento de la competencia entre entidades gestoras de aseguramiento y entidades prestadoras de servicios. Además, el nuevo esquema de seguridad social en salud debió conciliar con los principios de descentralización y autonomía territorial e institucional sobre todo en lo que se refiere al régimen subsidiado de la seguridad social en salud¹⁴.

¹² *Ibíd.*, p-137

¹³ *Ibíd.*, p-138

¹⁴ *Ibíd.*, p-67

Por otro lado la ley 100 maneja una nueva concepción acerca del sistema de seguridad social el cual la define como un sistema integral, a su vez establece un conjunto armónico de entidades públicas y privadas que administran los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios determinados por la ley¹⁵.

Es claro que con todas estas reformas: “La historia social de la republica se enriquece con este invaluable esfuerzo nacional, que consolida un vital proceso participativo en el diseño de un novedosos y eficaz instrumento legal que culmina con un ordenamiento jurídico, armónico y coherente que entra a regular la garantía de una seguridad social para todos”¹⁶.

6.4 EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD EN COLOMBIA

La aplicación del concepto sobre "Seguridad Social", previsto en la constitución política de 1991, como un derecho fundamental e irrenunciable para todos los habitantes del territorio colombiano, ha generado la reestructuración total en los ámbitos legales, políticos, administrativos, financieros y laborales del servicio público de la prestación de servicios de salud.¹⁷

Siendo notable la necesidad de una reforma a la Seguridad Social nace la ley 100 de 1993, como desarrollo de la constitución de 1991. A través de la ley 100 se

¹⁵ *Ibíd.*, p-68

¹⁶ YEPES, Francisco José. “Las ultimas reformas de la salud en Colombia”. En : Revista Colombia Ciencia y Tecnología. Marzo de 1998. p-24.

crea el consejo nacional de seguridad social en salud (CNSSS), adscrito al ministerio de salud, como organismo de dirección del sistema, en el cual participan representantes de las instituciones públicas y privadas y por parte de los usuarios, dos representantes de los trabajadores y uno de las asociaciones de usuarios del sector rural. Dicho consejo será el encargado de definir el contenido del plan obligatorio de salud (POS), el monto de la cotización de los afiliados, el valor de la unidad de pago por capitación (UPC), el valor del subsidio en salud y los criterios de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado, entre otros aspectos.¹⁸

Además, en el nuevo sistema, se pasa del subsidio de oferta, al subsidio de demanda, canalizando mayores recursos para el sector salud, se deja buena parte del sistema en manos de agentes privados y se busca introducir principios de administración eficiente y competitiva.

Dicho sistema, se estructura de la siguiente manera:

1. Con el régimen general de pensiones, administrado por el ISS y por las administradoras de fondos de pensiones (AFP) privadas.
2. Con el sistema general de riesgos profesionales, bajo la responsabilidad de las administradoras de riesgos profesionales (ARP) privadas y de la ARP del ISS.

¹⁷ FERNANDEZ, Germán. Nuevo Sistema de Salud en Colombia. Santa Fe de Bogotá. 1996. P-11

¹⁸ Controversia

3. Con las cajas de compensación familiar para los servicios sociales complementarios.
4. Con el sistema general de seguridad social en salud, administrado por las empresas promotoras de salud (EPS), y por las administradoras del régimen subsidiado (ARS).¹⁹

Lo novedoso del sistema es que permite hacer la integración de las cajas de compensación familiar, las entidades de asistencia pública y otros de beneficio social, junto al ISS y a las cajas de previsión, abriendo la posibilidad de que en los procesos de afiliación y recaudo y en la contratación o prestación de servicios concurren también las entidades privadas, con o sin ánimo de lucro conformando una amplia red de EPS e IPS que permita el ejercicio de la libre elección y la concurrencia en la ampliación de las coberturas²⁰. De otra parte el sistema se divide en dos regímenes financieros, que se presentan por separado: El régimen contributivo y el régimen subsidiado y que se articulan a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

El régimen contributivo, lo constituyen las personas con vínculo laboral mediante contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Cada afiliado contribuye con el 12% de su ingreso (8% el empleador y 4% el trabajador; los trabajadores

¹⁹ FERNANDEZ, Germán. Nuevo Sistema de Salud en Colombia. Santa Fe de Bogotá. 1996. P-95-96

independientes deben pagar el 12%), se estima que el 70% de los colombianos deberán ser cobijados por dicho régimen.

El régimen subsidiado, lo constituyen las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización y que serán subsidiadas por el sistema. Se estima que debe cubrir el 30% más pobre de la población colombiana; para esto se aplica una encuesta diseñada por planeación nacional, el SISBEN que de acuerdo con el puntaje obtenido clasifica a la población pobre en nivel I que tiene derecho a un subsidio del 95%, nivel II del 90% y nivel III del 70%.²¹

Hay otro tipo de participantes dentro del sistema que son los Vinculados, que son aquellas personas que por motivo de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de salud que prestan las entidades públicas o las privadas que tienen contratos para el efecto con el estado, de acuerdo con la capacidad de oferta de estas instituciones.²²

La aparición de las EPS es a su vez producto del fin de los monopolios en los procesos de afiliación y de la separación entre los sistemas de financiación y los de provisión de servicios en donde estos últimos estarán a cargo de las IPS.

Las EPS cumplen dos clases de funciones a saber: i) Gestión del aseguramiento. Con esta función las EPS pueden efectuar todo el proceso de afiliación, registro y

²⁰ JARMILLO PEREZ, Iván. El Futuro de la salud en Colombia. Santa Fe de Bogotá. 1993. P-70.

²¹ YEPES, José Francisco. "Las últimas reformas de la salud en Colombia". En: Revista Colombia ciencia y Tecnología. Marzo de 1998. P-17.

recaudo de cotizaciones actuando por supuesto. Como agentes del sistema de seguridad social en salud, y en particular del FOSYGA. Las EPS deberán contabilizar por separado los ingresos recaudados y deducir de ella el costo de atención de sus beneficiarios, según cuotas preestablecidas, y transferir o recibir la diferencia del FOSYGA. Los costos de atención per cápita por beneficiario están regulados por un plan de salud o corte estándar, denominado Unidad de pago por capitación (UPC). ii) Protección de la salud. Las EPS desarrollan un plan de protección de la salud de los beneficiarios dentro de los parámetros del plan de salud obligatorio (POS) que deberá ser garantizado por estas entidades, en forma directa o mediante terceros.²³

Las IPS pueden ser públicas, privadas, mixtas, comunitarias y solidarias y contarán con autonomía administrativa, técnica y financiera, su función será prestar directamente los servicios de salud. La ley 100 crea tres condiciones según las cuales es imposible dar manejo gerencial a los hospitales y más aún ponerlos a competir en un ambiente de mercado; tales condiciones son:

1. Autonomía patrimonial, administrativa y financiera.
2. Un sistema de presupuesto basado en los subsidios a la demanda o de ingresos por venta de servicios con anticipos y reembolsos.

²² HERNANDEZ, Germán. El nuevo Sistema de Salud en Colombia. Santa Fe de Bogotá. 1996. P-98.

²³ JARAMILLO PEREZ, Iván. El futuro de la salud en Colombia. Santa Fe de Bogotá. 1993. P-71

3. Un sistema contractual privado.²⁴

La ley les prohíbe a las IPS todos los acuerdos o convenios entre ellas, entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de las anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir, o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de su sector, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

También dispuso que toda IPS debe contar con un sistema contable que le permita registrar los costos de los servicios ofrecidos, requisito para que puedan aplicar el régimen único de tarifas y contratar servicios con las EPS o con las entidades territoriales. Este régimen contable, definido como el plan único de cuentas hospitalario, PUCH, ha sido expedido por la superintendencia de salud.

Deberán garantizar la atención sin ninguna discriminación hacia los usuarios y proveer un adecuado sistema de información sobre sus servicios y forma de acceso a ellos, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente, las 24 horas del día.

Para que el sistema entre a funcionar es necesario que las EPS organicen y garanticen la atención del POS definido por el Consejo Nacional de seguridad Social en Salud (CNSSS), este plan permite la protección integral de las familias

²⁴ *Ibíd.*, p-100

en los casos de maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y formato de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.²⁵

El soporte del sistema general de seguridad social en salud es la Unidad de pago por capitación (UPC), esta es una cuenta de valor anual que deberá permitir a las EPS proteger la salud de cada beneficiario durante doce meses. Las EPS recaudarán periódicamente las contribuciones de los afiliados y de su valor deducirán las UPC a que tengan derecho según sea el número de sus beneficiarios. La UPC aparece ante la empresa como el "precio de venta" de un plan obligatorio de salud, o mejor "de protección de salud"; por lo tanto, los costos en que incurre la empresa por servicios de prevención, curación y rehabilitación deberán ser inferiores al promedio de sus beneficiarios a la UPC, para no incurrir en pérdidas²⁶. Esto nos demuestra que la EPS, debe buscar mecanismos para evitar que los afiliados no sobre utilicen el derecho al POS, pero eso no quiere decir que las empresas no coloquen restricciones y que dichas restricciones no afecten la calidad de los servicios de la salud de los beneficiarios.

Es claro observar que este sistema es complejo, variado que busca beneficiar a la población colombiana, pero a la vez es un sistema integral que pretende integrar

²⁵ *Ibíd.*, p-102

²⁶ *Ibíd.*, p-71-72

a todos con el fin de buscar un bien común "SEGURIDAD SOCIAL PARA TODOS".

6.5 LA FINANCIACION DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD.

En los aspectos financieros la constitución política establece los principios de la distribución de competencias y recursos entre los diferentes niveles de la administración pública (Art. 356), contenido que fue desarrollado mediante la ley 60 de 1993. En el mismo artículo se define el situado fiscal y su declinación. También establece que los municipios serán partícipes de los ingresos corrientes de la nación, especialmente en las áreas prioritarias de inversión social (Art. 357), establece finalmente que las rentas por juegos de suerte y azar serán exclusivas para el sector salud y los de licores serán tanto para la salud como para la educación (Art.336)

Finalmente en los planes, presupuestos de la nación y de las entidades territoriales el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación (Art. 366).

Es sobre la base de estos principios, que se construye la ley 100 por medio de la cual se crea el nuevo sistema de seguridad social en salud.

Los recursos de este sistema general de seguridad social de salud están supeditados por el FOSYGA, el cual fue creado por la ley para administrar los excedentes generales por la diferencia entre las captaciones por las contribuciones al régimen subsidiado y la UPC pagadas a las EPS. Actúa como un agente fiduciario, manejando cuatro subcuentas internas: una para la administración de los excedentes, una para administración del 1% que pasa al régimen subsidiado, una para el programa de prevención y promoción de las EPS y la última para cuentas catastróficas y accidentes de tránsito²⁷; además cumple una función colateral, que es la de servir de mecanismo regulador del mercado, la competencia y la complementariedad entre las diferentes EPS.

Todas estas reformas se han dado dentro del proceso de descentralización de los servicios de salud, originados dentro de una transformación general del Estado, buscando ser más eficiente, fortaleciéndolo en un proceso democrático a través de una participación ciudadana ampliada en la planeación, manejo y control de la vida municipal. Es así como los municipios que antes de la descentralización no tenía ninguna responsabilidad en el sector salud pasarán a convertirse en actores principales. Los alcaldes son ahora la cabeza principal del sistema local de salud, deben elaborar un plan local de salud y son responsables por la salud de sus comunidades mediante la provisión directa de servicios personales y de salud pública o mediante la contratación con proveedores públicos o privados.

²⁷ YEPES, José Francisco. "Las últimas reformas de la salud en Colombia". En: Revista Colombia Ciencia y Tecnología. Marzo de 1998. p-18

El soporte para la expansión y accesibilidad a los servicios y el aseguramiento social va a residir en los nuevos recursos financieros que fluyen hacia los hospitales. Clínicas, centros médicos, laboratorios, etc. y hacia la creación y desarrollo del régimen subsidiado de salud. Estas nuevas fuentes de recursos se han originado en el proceso de descentralización. Esas fuentes de financiación en su forma más genérica se clasifica en:

1. Las transferencias nacionales denominadas "El Situado Fiscal" y que aporta por lo general el 50% de la financiación de los servicios de salud que prestan departamentos y distritos.
2. Las rentas cedidas de recaudo departamental: Impuestos a los licores, cervezas, loterías, registro y anotaciones estas aportan el 30%.
3. Los recursos propios de los hospitales y las secretarías de salud que recaudan un 20% de la financiación.

Además se creo un nuevo recurso fiscal mediante el arbitrio rentístico de nuevos juegos y la autorización para conformar una sociedad de capital público (ECOSALUD)

Por otro lado se da lugar a la ampliación del situado fiscal, estableciendo un nivel mínimo para salud del 4% de los ingresos corrientes de la nación, reordenando su

utilización a fin de priorizar el gasto en los servicios básicos, la asistencia pública y el primer nivel de atención.²⁸

La ley 60 de 1993 a su turno genera recursos adicionales para el sector salud, ya que incrementa globalmente el nivel del situado fiscal para salud y educación, pasando del 23% de los ingresos corrientes en 1994 al 24.5% en 1996, y determina que de su monto total al menos el 20% sea para salud. Además establece que de la inversión que hacen los municipios, al menos el 25% de los ingresos corrientes de la nación deberán destinarse para salud; de los cuales el 15% se destinarán al régimen subsidiado y el 10% a otros gastos de la salud.²⁹

De otra parte y por fuera del denominado sector público tradicional, la seguridad social mediante la ley 100 de 1993 adiciona recursos también al régimen contributivo, al incrementar la cotización de salud del 7 al 12% sobre el salario, y al autorizar el cobro de otros copagos por servicios recibidos con lo cual se garantiza la cobertura familiar en el régimen contributivo de los servicios.³⁰

Además la ley 100 ordena que de un punto de la cotización del régimen contributivo ira a fortalecer el régimen subsidiado; igualmente establece el aporte de las cajas de compensación familiar, de los otros recursos del presupuesto general de la nación y, entre otros, parte de los recursos de Cusiana y Cupiagua, los impuestos a las armas de fuego y a los rendimientos derivados de las

²⁸ JARAMILLO PEREZ, Iván. El Futuro de la Salud en Colombia. Santa Fe de Bogota. 1993. p-141

²⁹ *Ibíd.*, p-141

³⁰ *Ibíd.*, p-142

inversiones producto de la enajenación de acciones y participaciones de la nación en entidades públicas.³¹ (ver anexo 1 y 2)

Con esta evaluación positiva de los recursos transferidos por la nación y con la extensión del sistema contributivo y su correspondiente transferencia al sistema subsidiado los recursos disponibles permiten prever la cobertura universal e integral de la población.³²

³¹ *Ibíd.*, p-142

³² FUERTES, Luis Fernando. PAZ, María Gabriela y otros. Evolución de la clasificación del SISBEN en el municipio de Pasto. San Juan de Pasto. 2000. p- 13

7. EVOLUCION DEL SUBSECTOR SERVICIOS DE SALUD PRIVADA

En este capítulo se busca analizar como el sector privado a participado en el desenvolvimiento de la economía nacional y regional.

Para ello se debe observar el contexto nacional, regional a través de la evolución del PIB de la salud privada ha participado en dicho indicador, además se busca determinar en que medida este ha contribuido en el país para mejorar los indicadores de NBI, es decir observar el grado de participación que tiene la salud privada dentro del desarrollo económico de Colombia, especialmente de Nariño.

7.1 CONTEXTO NACIONAL

7.1.1 Evolución del PIB Nacional 1989-1999

Cuadro 1: Evolución del PIB Nacional 1989-1999

Precios Constantes De 1990

Millones de Pesos

AÑO	PIB NACIONAL	TASA DE CRECIMIENTO
1989	22.592.355	3.4
1990	23.560.004	4.2
1991	24.031.012	2.0
1992	25.001.865	4.0
1993	26.347.599	5.4
1994	27.882.380	5.8
1995	29.332.920	5.2
1996	29.935.959	2.0
1997	30.962.852	3.4
1998	31.110.370	0.5
1999	29.776.591	-4.3

Fuente: DANE

Al inicio de la década de los 90's, el PIB nacional tuvo una tendencia creciente hasta 1994, con un promedio del 3.5% anual, esto se debió a todos los cambios a los cuales se vio sometido el país, entre ellos los de carácter económico, político y social; entre los aspectos económicos se destacan principalmente el proceso de apertura económica. Esta como una política que venia trabajando el gobierno de Virgilio Barco y que siguió hasta sus ultimas consecuencias el gobierno de Cesar Gaviria, el proceso de apertura se caracterizó por mejorar las condiciones legales para la entrada de capital extranjero, se preservó una austeridad fiscal descendiendo las inversiones sociales, se aceleró el desmantelamiento de empresas estatales ineficientes; se alentó el proceso de las privatizaciones, se abrió la economía nacional y se incentivo su internacionalización, esto originó la entrada de bienes de consumo suntuario, se eliminaron algunos controles monetarios y se crean otros (la banda cambiaria) con el fin de permitir que la moneda nacional se revaluara y se favoreciera la llegada de grandes cantidades de dólares. Todos estos cambios originan en Colombia una expansión de la demanda agregada.

En el aspecto político se da una gran reforma lo que conllevó a la promulgación de una nueva carta magna, en la cual se buscaba integrar a todos los representantes de la sociedad colombiana (indígenas, partidos políticos, campesinos, etc.), con esta nueva constitución se introducen cambios fundamentales en el marco jurídico e institucional que regula la actividad económica, es así como se promulga el estado de derecho, se incentiva el

cambio de modelo económico con el fin de permitir que el país se convierta en un polo de desarrollo, donde los ciudadanos puedan cumplir con sus deberes y hacer respetar sus derechos, para esto la nueva constitución crea algunos mecanismos para que los ciudadanos se sientan respaldados; estos son algunos apartes de la nueva carta de Colombia, la cual buscaba darle un nuevo aire a Colombia.

Para dar cumplimiento a la nueva carta se hace necesario la creación de leyes que ayuden al proceso de reestructuración en que se encontraba el país, entre estas leyes cabe resaltar la ley 100, la ley nacional del deporte, la ley general de la educación, entre otros decretos reglamentarios.

En el aspecto social, Colombia se caracteriza por padecer el fenómeno de los carteles del narcotráfico (Cali, Medellín), la reestructuración de la guerrilla, todo esto conlleva a que los colombianos piensen de manera diferente, a que las diferentes regiones del país entren a hacer parte de dicho proceso. Pero en general el desarrollo social representado por el factor estructural "calidad de vida" muestra grandes desniveles que existen en el país debido a una estructura centralista, solo las capitales y algunos otros centros regionales se caracterizan por la mayor concentración de los servicios básicos, mientras gran parte de los municipios carecen de estos y además se sabe que no están al alcance económico para la mayor parte de los estratos bajos de la población.

Para la segunda mitad de la década se observa que las tasas de crecimiento en la economía nacional tienden a la baja, esto debido a los fallos en las políticas

macroeconómicas implementadas por el nuevo gobierno en cabeza del doctor Ernesto Samper lo que conllevó a una desaceleración de la economía. Entre esas fallas en las políticas macroeconómicas podemos destacar: las altas tasas de interés, lo que no permitió impulsar el sector de la construcción de vivienda popular acentuando aun más la crisis social, esto contribuyó para que el desempleo pasara del 8% al 13% en 1997 y encareciera el crédito, de esta manera se desestimularon las actividades productivas, se acentuó el contrabando y la especulación; además el poco fomento a la inversión privada, el ajuste fiscal en el cual se vio envuelto y que contribuyó para que este se endeudara al amparo de pensar en los buenos tiempos donde los costos de capital eran moderados hicieron que la crisis empezara a repercutir indudablemente en el PIB nacional y regional.

Esto conllevó para que en 1996 la economía entre en una etapa de crisis acentuada aun más en 1998 y 1999. Esa crisis se caracterizó porque la economía colombiana era endeble, poco competitiva, no tocaba realmente los problemas estructurales debido a una apertura indiscriminada y rápida realizada a comienzos de la década. Otro factor de gran importancia que repercutió para que la economía decreciera fue el excesivo gasto público, teniendo en cuenta que este se destinaba para inversión social y burocracia; donde el gasto social pasó del 8% en los 80's al 14.6% en 1998 (ver anexo 3, 4); además tuvo mucho que ver la afluencia de dineros especulativos, el desequilibrio en la balanza comercial, la depresión del sector privado, el gran estímulo que se le dio al sector de bienes y servicios no transables y a la ausencia de un proyecto de reconversión y

reestructuración de los sectores destinados a competir en los mercados internacionales.

Un hecho a destacar para esta segunda mitad de la década de los noventa fue la declaratoria de emergencia económica, lo que ayudó para que se incrementaran los aranceles, se diera de nuevo una reforma tributaria el cual no era un problema de fondo más bien era un problema del momento, de coyuntura que prácticamente sumió al país en la crisis.

Así mismo, en estos años coinciden numerosos eventos tales como: el agotamiento de un modelo económico proteccionista ineficiente, el proceso descentralista y los problemas de un sistema político, en muchos aspectos excluyente y distante de los colombianos.

Otro factor de gran importancia y que repercutió ya sea de manera directa o indirecta en la economía nacional fueron los problemas mundiales (crisis asiática, efecto tequila). La crisis asiática para Colombia generó problemas de tipo financiero y no tanto de carácter comercial, ya que las exportaciones de Colombia hacia esa región son cerca del 2.5% del total de las exportaciones que realiza el país. Esto benefició para que las tasa de interés subieran ocasionando un gran impacto sobre la actividad productiva encareciendo así los costos de producción repercutiendo sobre la financiación prevista para subsanar el déficit fiscal.

Esta crisis aceleró de una manera significativa el proceso de devaluación de la moneda nacional, ayudando para que el sector financiero se reestructurara, creara un sistema de previsión y alarma para que actuara de la mejor manera frente a los problemas de crisis, este proceso de reestructuración afectó para que el sector financiero colombiano, colocando en marcha el modelo aperturista.

Fue así como el PIB decayó en promedio al 1.3% anual; aunque se debe tener en cuenta los picos que sobresalen en la evolución del PIB nacional durante el período 1989-1999, ellos son los del año 1994 con un 5.81% de crecimiento, mientras que para el año de 1999 la economía nacional decrece en un -4.29% cifra jamás registrada en la economía nacional.

Es claro que dentro de la evolución del PIB durante el período 1989-1999 participan los sectores primario, secundario y terciario, este último con un gran desempeño dentro de la economía nacional y regional.

Cuadro 2: Colombia y Nariño.
Composición sectores de la Economía
1989-1999
(porcentajes)

Años/Sectores	Colombia		Nariño	
	1989	1998(p)	1989	1998
Primario	16.33	17.48	35.67	29.45
Secundario*	32.11	13.51	7.3	5.93
Terciario	51.53	69.01	57.03	64.62
PIB	100	100	100	100

*Para 1998 la industria de Nariño no incluye industria manufacturera.

Fuente: Cálculos con base a datos del DANE y CEDRE.

Por ser el sector terciario un sector que influye mucho en la economía del país y del departamento se debe tener en cuenta las actividades que lo integran, es por esto que este estudio se encarga de una de las muchas actividades que lo componen, ella es la relacionada con los servicios sociales de salud de carácter privado, el cual ha venido participando activamente dentro del PIB nacional y regional.

La Salud Privada en el Contexto Nacional Periodo 1989-1999

Cuadro 3: Evolución del Subsector Servicios de Salud Privada en Colombia

1989-1999

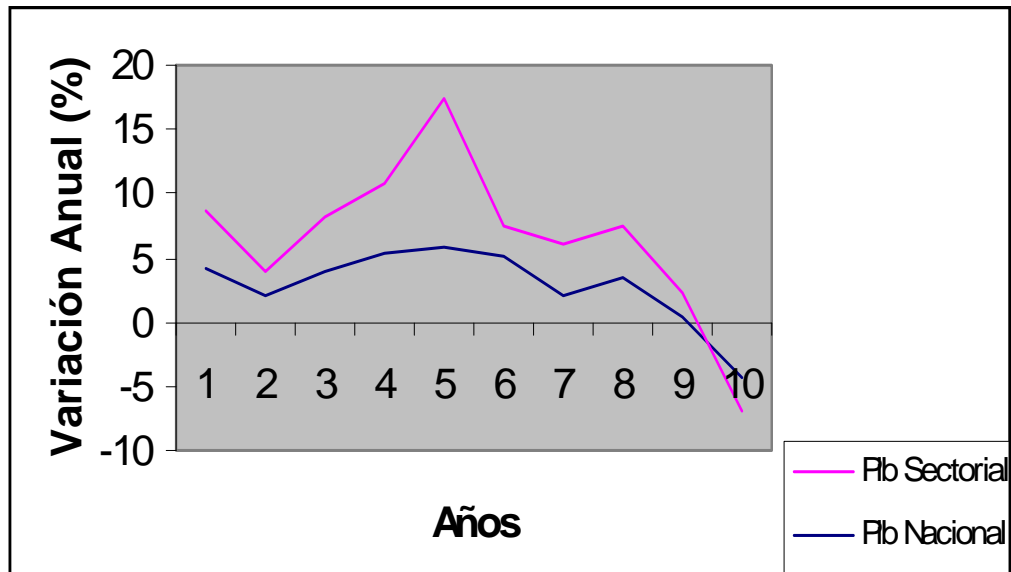
Precios Constantes de 1990

Millones de Pesos

AÑO	PIB SECTORIAL	TASA DE CRECIMIENTO
1989	377.292	
1990	393.452	4.28
1991	401.318	2.0
1992	417.531	4.04
1993	440.005	5.39
1994	490.730	11.52
1995	501.593	2.21
1996	481.968	-3.9
1997	501.598	4.07
1998	510.210	1.71
1999	497.269	-2.54

Fuente: DANE

Figura 1: Participación del Sector Servicios de Salud Privada en el PIB Nacional



Fuente : Esta Investigación

La participación del sector salud privada en el PIB nacional hasta 1993 fue constante, con una participación anual del 1.67% esto debido a que las personas hacían uso de los servicios públicos que prestaba el gobierno ya que eran más accesibles al presupuesto de las personas; para 1994 la participación se incrementó en 1.76%, esto debido a todos los cambios a los que estuvo sujeto la seguridad social como una política del estado, es aquí donde se coloca en marcha la ley 100, todo esto enmarcado dentro del proceso de descentralización del estado el cual se fundamento en la organización de fondos locales y seccionales de salud, desarrollando programas de gestión hospitalaria. Esas políticas reglamentaban que las direcciones locales y departamentales de salud deberían manejar fondos de salud y además podían contratar la prestación de los servicios con instituciones públicas y privadas. Esa contratación de las entidades

locales y departamentales de salud con las instituciones privadas hacen que tenga más acogida y que su desenvolvimiento en la economía nacional empiece a tener mayor importancia.

Para cumplir a cabalidad con todas las proyecciones que se habían hecho durante el gobierno de Gaviria y que en cierta forma continuaría Samper, el gobierno de Gaviria se ve en la obligación de asignar más recursos al sector salud, de esta manera se incrementa el gasto social. Ya en el gobierno de Samper la política del gasto social se mantenía aunque con una mayor participación, debido a la necesidad que tenían de poder satisfacer en gran medida las necesidades que tenían los colombianos, a través de esta política de invertir en la gente se buscaba ampliar la cobertura de la seguridad social, ampliando la afiliación al régimen subsidiado y contributivo.

Por otro lado para el periodo 1995-1997 la participación del sector decae en 1.64% promedio anual ya que se incrementa la población afiliada al seguro que brinda el Estado dejando a un lado las instituciones de carácter privado y pasando a tener mayor importancia las del sector público.

Para el periodo 1998-1999 la participación de los servicios de salud crece aunque no significativamente, debido a los problemas de recesión económica en los cuales se vio envuelto el país y que trajo como consecuencia el decrecimiento de la economía nacional, aunque se debe aclarar que el sector servicios de salud aportó para que el descenso de la economía no hubiera sido tan fuerte, esto

debido a que el sector servicios fue el motor de la economía para este período, originándose en Colombia el fenómeno de la terciarización de la economía, esto como una tendencia de todas las economías del mundo, más aún con la puesta en marcha del proceso de globalización y con una herramienta tan importante como lo es la INTERNET.

Durante este período se amplía la población del régimen contributivo pasando de 7.5 millones de personas en 1995 a 15 millones de personas en 1998, esto significa que cerca del 40% de la población con capacidad de cotizar ya poseía un seguro, además se pasó del 20% del total de la población al 71% de la población vulnerable y pobre que poseía un seguro.

Esto benefició para que se conformaran y consolidaran las EPS y las IPS tanto del sector público como privado a las cuales se les otorgaron unos créditos por intermedio de IFI esto con el ánimo de que se pudiera mejorar y prestar un mejor servicio. Para llevar a cabo todo esto el gobierno utilizó cerca de 12.398.364 millones de pesos (ver anexo 5).

Pero la crisis en que se sume el país hace que las metas propuestas para alcanzarlas en el 2001 fallen, se atranquen empezándose a notar el descenso en 1999 cuando la tasa de crecimiento del sector decae al -2.54% .

La tendencia a la baja que empieza a notarse desde 1996 (Aunque las cifras de participación indican lo contrario) se debe a que ya empiezan a detectarse los

problemas que aquejan a las IPS, las cuales tienen una estructura de costos muy alta dado que tienen que amortizar la deuda a las cuales se sometieron para mejorar su infraestructura, maquinaria y equipo, además el mercado tiende a volverse estrecho, no encuentran los clientes que estén dispuestos a pagar por los servicios que ofrecen, ocasionando un déficit operacional, esto les ha permitido replantear su mercado y optar por prestar sus servicios en mayor volumen, ofreciendo precios bajos, por lo tanto se empieza a romper el principio de competencia.

Además desde el mismo hecho de crear la ley esta tiene problemas, genera incertidumbres, malestares ya que muchas de estas instituciones se crean recientemente y no cuentan con la suficiente experiencia, con la capacidad de negociación, contratación ocasionando un mal manejo en el control de los costos de mercadeo y contratación haciendo que monitoreen sus ingresos.

Por lo tanto las tasas de crecimiento real del subsector servicios de salud privada en Colombia se pueden dividir en dos grandes períodos, el primero es el período 1989-1995 en el cual se observa un auge del sector con una tasa de crecimiento anual promedio de 4.91%, mientras que el segundo período abarca desde 1996 hasta 1999 el cual se caracteriza por que su tasa de crecimiento tiende a la baja, dicho indicador es -0.165% (ver anexo 6).

7.2 CONTEXTO REGIONAL

7.2.1 Evolución del PIB de Nariño 1989 - 1999

Cuadro 4: Evolución del PIB Regional de Nariño

Periodo 1989-1999

Precios Constantes de 1990

Miles de Pesos

AÑO	PIB REGIONAL	TASA DE CRECIMIENTO
1989	300.193.84	
1990	307.336.99	2.38
1991	317.708.22	3.37
1992	317.701.04	-0.0022
1993	342.547.38	7.82
1994	363.066.73	5.99
1995	375.472.79	3.41
1996	386.123.10	2.83
1997	394.206.79	2.09
1998	386.203.66	-2.03
1999	388.921.29	0.70

Fuente: Cuentas Económicas de Nariño. CEDRE

Nariño es considerado uno de los departamentos de menor desarrollo relativo en el contexto nacional. Su participación relativa en el PIB ha permanecido estancada alrededor de menos del 2% y su PIB per cápita apenas alcanza el 40% de similar indicador a nivel nacional. No obstante en la década de los 80's la economía regional creció al 3.8% anual, tasa superior al ritmo de expansión de la economía nacional. Pese a que e los últimos años se observa una reactivación de las actividades económicas, éstas se ubican básicamente en pasto, Tumaco e Ipiales y el mayor dinamismo de las mismas tiende a concentrarse en el sector terciario, especialmente en el comercio.

Como se señaló anteriormente, el mayor dinamismo de la economía nariñense se concentra en el sector terciario, especialmente en el comercio, restaurantes y hoteles, así como los servicios personales, especialmente los del gobierno y el sector financiero y de alquileres, así mismo la salud y educación de carácter privado. Estos subsectores aportan el 53% del PIB regional. Se trata en general de pequeños establecimientos, como el caso del comercio, de tipo familiar y deficientemente dotados.

En materia social el departamento de Nariño presenta un atraso considerable con relación a los parámetros nacionales. El NBI que mide el porcentaje de hogares con dos o más carencias en servicios básicos, se ubica en 51.7% frente a un 36.4% para el país³³. La cobertura de los servicios públicos, especialmente en las

³³ Departamento Nacional de Planeación. Nariño: Inversión del Gobierno nacional 1990-1994. p-3

zonas rurales es poco aceptable. El servicio de acueducto en los centros urbanos sólo llega al 75% de la población, mientras que en el campo esta cobertura sólo alcanza el 19%. Solamente el 50% de la población es tan sólo del 55% en las zonas urbanas y del 2% en el sector rural.

Otros problemas como la seguridad social y los servicios médico-asistenciales, arrojan un mejor panorama en materia de situación social de la población nariñense.

Nariño no ajeno al desempeño de la economía nacional, se puede decir que tiene un similar desenvolvimiento para el período 1989-1999; es por esto que la economía del departamento tiende a mostrar los problemas que aquejan a las regiones que como la nuestra no ha contado con el suficiente apoyo del Estado, algunos de esos problemas que afectan al progreso de la región son: escasas fuentes de empleo y baja calidad en las mismas, inadecuadas políticas de acceso al crédito, deficiente cultura empresarial y bajo apoyo a la investigación y al desarrollo de tecnología adecuada para los sectores productivos , otro de los problemas que existen en la región es la mala calidad y baja cobertura en los servicios públicos (acueducto y alcantarillado, energía eléctrica y comunicaciones), lo cual ha incidido para que la región no sea considerada como un punto estratégico de producción, así mismo , esto afecta a la población, ya que los índices de cubrimiento se alejan de los índices nacionales.

A esto se le debe sumar que las empresas de servicios están excesivamente burocratizadas, con puestos políticos que continuamente se están removiendo lo que no permite un mejor desempeño laboral, ya que únicamente se está pensando en cubrir una cuota política y no en prestar un servicio adecuado al usuario.

Como se ha venido resaltando uno de los sectores con mayor influencia en el desempeño de la economía del departamento es el sector servicios, el cual a través de sus diferentes actividades ha logrado obtener una buena participación dentro del PIB regional, es claro que durante el período 1989-1999 una de las actividades del sector terciario que ha logrado tener un buen desempeño en la economía nariñense y a la vez mejorar en cierto grado el bienestar de la sociedad ha sido el subsector servicios de salud privada.

7.2.2 La Salud Privada en el Departamento de Nariño Período 1989-1999

Cuadro 5: Evolución del PIB de Nariño Subsector Servicios de Salud Privada
Período 1989-1999
Precios Constantes De 1990

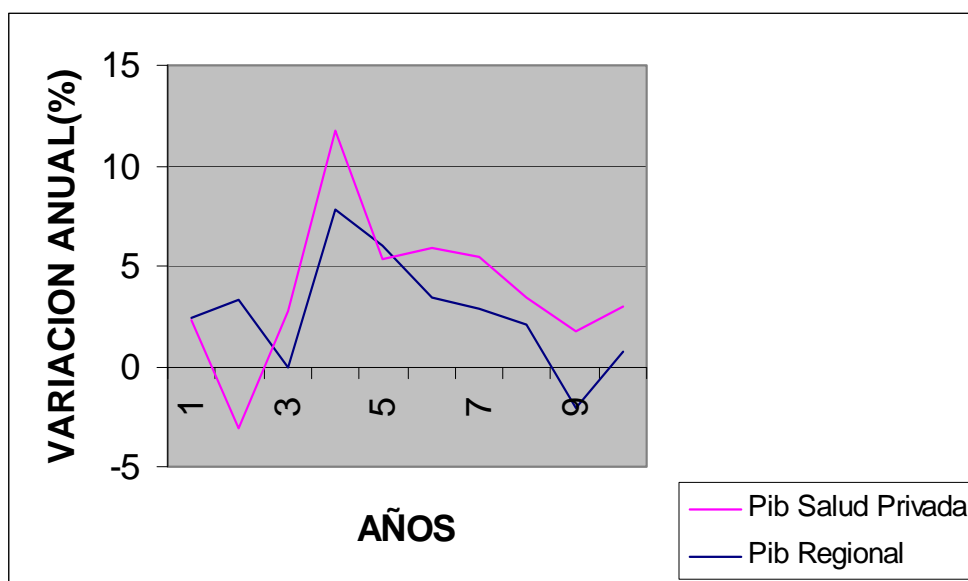
Miles de Pesos

AÑO	PIB REGIONAL SECTORIAL	TASA DE CRECIMIENTO
1989	6714.26	
1990	6710.77	-0.051
1991	6280.48	-6.41
1992	6457.09	2.81
1993	6708.89	3.90
1994	6664.43	-0.66
1995	6831.33	2.50
1996	7008.46	2.59
1997	7100.76	1.32
1998	7368.31	3.77
1999	7537.98	2.30

Fuente: UDENAR. Cuentas Económicas de Nariño. CEDRE

Para el período 1989-1999 las tasas de participación del subsector servicios de salud privada en el PIB regional se pueden dividir en dos períodos: el primero abarca el período de 1989 a 1997 con tendencia a la alza, el segundo período 1998-1999 en el cual se observa una mayor participación del sector en el PIB regional, pasando de 1.80% de participación para 1997 a 1.91% y 1.94% respectivamente. Los índices de participación más altos se presentan en 1989 con un 2.23%, la menor participación se presenta en 1997 con el 1.80%.

Figura 2: Participación del Subsector Servicios de Salud Privada en el PIB Regional



Fuente : Esta Investigación

Es necesario resaltar que durante el período 1989-1997 se presentan dos subperíodos, el primero hace referencia al período 1989-1993, el cual se

caracterizo porque la gente no contaba con un seguro, solo lo tenían los empleados afiliados al ISS, se puede decir que un 60% de la población no contaban con el seguro; y ese 60% acude a los centros privados sometiéndose a turnos, a pagar tarifas muy altas, pagar por la droga recetada; se debe aclarar que de este 60% solo acude al medico cuando se siente enfermo, es decir el sistema de salud en Nariño se caracterizaba por ser de carácter asistencialista, curativo.

El segundo es el período 1993-1997, el cual se caracteriza por no tener la acogida suficiente debido a que en Colombia se colocó en marcha la ley 100, las políticas del gobierno estaban encaminadas a incrementar gradualmente la cobertura de los servicios de salud a toda la población, mediante la afiliación al régimen contributivo y al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud, además el gobierno nacional busca fortalecer la capacidad municipal, para que sean ellos los que manejen los recursos y desempeñen adecuadamente las competencias que la ley les asignó, por lo tanto la salud pública entro a jugar un papel importante en el departamento de Nariño, ya que son estas instituciones las encargadas de prestar el servicio de salud en la región.

Además ellas cumplen con los requisitos que la constitución nacional y la ley 100 exigían, pero estas instituciones deben adaptarse al proceso de descentralización a los cuales se ven sujetos los entes territoriales, ya que son estos los encargados del manejo, vigilancia y control de la prestación de los servicios sociales. Para llevar a cabo esto, Nariño cuenta con un ente regulador como lo es el Instituto Departamental de Salud (IDS), que durante los últimos 10 años los

ingresos transferidos por la nación se han visto incrementados en un 32% promedio anual, esto debido al proceso de descentralización en que entro el país; el año en que se registra mayor entrada de capital es el de 1994, caso contrario sucede en el año 1998 (ver anexo No. 7)

Todos estos recursos que el IDS recibe, los transfiere a los municipios, a su vez son dedicados a la compra de suministros, gastos de funcionamiento, gastos en campañas de prevención de enfermedades, vacunación, gastos de inversión; esto lo hace con el fin de dar cumplimiento a las recomendaciones hechas por la ley 100 a todos los entes reguladores de cada ente territorial.

Todas estas reestructuraciones en las cuales se ve envuelto el sector público afectan el desenvolvimiento de los servicios de salud privada en el departamento, debido a que la gente que carecía de un seguro empezó a ser acogida por el régimen subsidiado, dejando a un lado a los centros de carácter privado.

Para que estos entren al nuevo sistema de seguridad social deben acogerse a las nuevas normas decretadas por la ley. Para ello el gobierno nacional buscó que para esta época las IPS privadas pudieran acceder fácilmente a los recursos del IFI, esto con el fin de innovar, de crear las condiciones adecuadas para que pudieran atender a la población nariñense.

Es importante resaltar que para este período el gobierno impulsa la conformación de las empresas sociales del Estado, por medio de actividades de asesoría y

asistencia técnica en los sistemas de información, costos, facturación y desarrollo del recurso humano, con todo esto se busca que durante este período el departamento se descentralizara en al menos el 80% de los municipios.

Es bueno resaltar que para el año de 1997 la oferta de servicios de salud estaba organizada a través de una red de servicios acorde con la normatividad, coordinada por la división de red de servicios. Esta red estaba conformada por la red de laboratorio clínico con la existencia de 76 laboratorios, la red de banco de sangre, conformada por 15 laboratorios con servicio de transfusión en 9 hospitales del departamento y la red de urgencias que integra a todas las instituciones públicas y privadas; dispone además de sistemas de apoyo en transporte y comunicaciones; aunque se cuenta con suficientes organismos de salud, es notoria la falta de adecuación de los ambientes para prestar todos los servicios del primer nivel de atención.

La relación de oferta en servicios de salud mediante la utilización de las administradoras del régimen subsidiado ARS (17 en el departamento) hizo que se incrementara la cobertura, registrándose un total de afiliados de 510.369 que representa el 51,59% de la población objeto del subsidio que estaba calculada en 989.167 habitantes esto debido al incremento de la carnetización mediante el sistema de estratificación socioeconómica SISBEN.³⁴

³⁴ CHAÑA. Maria Piedad, BENAVIDES, Argenis. Plan Estratégico de mercado para EPS Salud Cóndor S.A. Universidad de Nariño. FACEA, San Juan de Pasto. 2000. P-97

Para el período 1998-1999 se presenta una mayor participación del sector dentro del PIB regional, en un promedio anual del 1.92% a pesar de la crisis, esto hace que el sector tenga un mejor desempeño dentro de la economía regional; ya que las actividades productivas (sector agropecuario, industrial, construcción) se estancaran, pasando a ser las actividades del sector terciario las que colaboraran con el PIB regional y ayudarán para que este no decreciera más.

7.3 COMPORTAMIENTO DE LA SALUD PRIVADA EN NARIÑO : 1989 – 1999

En este capítulo se busca determinar cual ha sido el desempeño de la salud privada en el departamento durante los últimos 10 años, para eso se tienen en cuenta los períodos en estudio como son : el período 1989 – 1997 y el período 1998 – 1999.

En este aparte se pretende observar la tasa de crecimiento en la constitución de entidades de este tipo y como estas han aportado a la generación de empleo y ver su impacto en la economía regional. (Ver cuadro 6).

Todo esto, enmarcado en la teoría de los supuestos, donde se considera que permanecen constantes, sin ningún tipo de cambio, los centros que se encontraban registrados y que estaban funcionando para cada año.

Además, es conveniente suponer que el empleo generado por estas actividades (ya registradas) es constante y que se presentan un tasa de crecimiento, la cual va a impactar de manera positiva en la economía regional.

7.3.1 Período 1989 – 1997

Para realizar el respectivo análisis durante estos años se tienen en cuenta 2 subperíodos, así :

- ◆ Subperíodo 1989 – 1997, durante este subperíodo se observa un desempeño regular con tendencia al alza en la constitución de entidades encargadas de la prestación de los servicios de salud privada.

Es claro que para este período las entidades contaban con una buena aceptación dentro de la comunidad nariñense debido a la carencia de un seguro que les permitiera acudir a estos centros pero con tarifas bajas acorde al presupuesto de los nariñenses.

El promedio anual para este período en la constitución de entidades de servicios de salud es de 7 por año, destacándose el año de 1990 con una mayor participación (3 entidades constituidas) y el año de 1993 con una mayor participación (29 entidades constituidas). (Ver cuadro 6).

Cuadro 6 : Constitución de Entidades Servicios
de Salud Privada en Nariño
1989 – 1999

AÑO	CRECIMIENTO DE REGISTROS SERVICIOS DE SALUD*	TOTAL No. EMPLEOS * ¹
89	7	23
90	3	4
91	14	101
92	11	190
93	29	94
94	8	32
95	16	15
96	14	120
97	27	84
98	43	155
99	59	111

* Datos de los nuevos centros registrados en la C.C.P.

*1 Empleos generados por la creación de los nuevos centros.

Fuente : Cámara de Comercio de Pasto.

Por otro lado, este período se destaca por los altos índices de generación de puestos de trabajo, como ningún otro período lo hace. En total se crean 412 nuevos empleos, destacándose el año de 1992 con 190 nuevos puestos, esto se debió a la creación de 1 nueva clínica, la cual ella solo genera 179 puestos de

trabajos, seguido por la constitución de 5 centros médicos con 7 nuevos empleos. (Ver anexo 39).

- ◆ Subperíodo 1994 – 1997 : en este período la tendencia es a la alza, ya que a través de la puesta en marcha de la ley 800 se dan mejores opciones para la creación de nuevas entidades para así poder cumplir con el objetivo primordial de esta ley el cual es asegurar al total de la población.

El año con mayor registro en la constitución de entidades en 1997 con 27 nuevos centros, a su vez 1994 presenta el menor registro (8 entidades), pero en este período en total se constituyen 65 nuevas entidades, de las cuales el 24% son cuatro médicos, el 23% lo constituyen los odontólogos, el 13% está relacionado con otras actividades encargadas en la prestación de servicios de salud, mientras que el 3% lo constituyen los veterinarios.

En cuanto a la generación de nuevos puestos de trabajo se tiene un total de 251, siendo 1996 el año con mayor participación (120), mientras que 1993 es el año que menos aporte hace (15). (Ver cuadro 6).

La actividad que mayor participación tiene en la generación de empleo son las clínicas, seguido de los cuatro médicos, odontólogos, hasta llegar a los veterinarios (Ver Anexo 39).

7.3.2 Período 1998 – 1999

Para estos 2 años se presenta un crecimiento en la creación de nuevas entidades, esta debido a las altas tasas de desempleo que hay en el departamento, por la cual los profesionales de esta área se ven en la necesidad de crear sus propios negocios.

Es necesario aclarar que para este período el sector que más contribuye al PIB regional es el sector servicios ayudando para que no decreciera más.

En total se crean 102 entidades de las cuales 31 pertenecen a otras actividades relacionadas con la salud, seguido de los cuatro médicos que suma en total 27, se registran 14 nuevos médicos, hasta llegar por último a los veterinarios (1 solo registrado). (Ver Anexo 40).

El impacto sobre el empleo es positivo debido a que durante estos 2 años se crean un total de 266 nuevos puestos de trabajo, de los cuales 155 corresponden a 1998 y 111 a 1999 respectivamente.

La mayor participación la presenta los centros médicos con 119 empleos, seguido de las clínicas con 42 puestos de trabajo, la menor participación la tiene los veterinarios con 3 puestos de trabajo (Ver Anexo 39).

7.4 ANALISIS MATRIZ DE PRODUCCION SERVICIOS DE SALUD PRIVADA EN NARIÑO PERIODO 1989-1999

En este aporte se analizaron cada una de las variables que conforman la matriz de producción de los servicios de salud privada, como son : Consumo Intermedio, Valor Agregado, Impuestos Indirectos, Remuneración al Trabajo, Excedente Bruto de Explotación, Consumo de Capital Fijo, Excedente Neto de Explotación.

7.4.1 Consumo Intermedio (C. I.)

Para el análisis de esta variable es bueno tener en cuenta las características de los insumos (bienes y servicios) utilizados para la prestación de los servicios de salud privada. Los cuales son diferentes para cada actividad y municipio.

De acuerdo al desempeño de esta variable se destacan dos períodos, el primero abarca desde 1989 hasta 1994, en donde del total de la producción bruta el 45.24% en promedio anual corresponde a esta variable. (Ver cuadro 7).

Cuadro 7. Matriz de Producción Salud Privada en Nariño

1989 – 1999 Precios Constantes

AÑO	C.I	V.A.	R.T.	I.I.	E.B.E.	C.K.F.	E.N.E
1989	45.61	54.39	5.71	0.38	48.30	0.93	47.37
1990	45.39	54.61	5.70	0.38	48.53	0.92	47.61
1991	45.21	54.79	5.70	0.38	48.71	0.92	47.79
1992	45.00	55.00	5.68	0.38	48.93	0.91	48.02
1993	44.71	55.29	5.68	0.38	49.23	0.90	48.33
1994	45.55	54.45	5.82	0.38	48.25	0.92	47.33
1995	43.83	56.17	5.80	0.37	50.00	0.87	49.12
1996	44.09	55.91	5.79	0.37	49.75	0.88	48.87
1997	42.81	57.19	5.79	0.37	51.03	0.84	50.19
1998	42.70	57.30	5.78	0.37	51.15	0.84	50.31
1999	43.19	56.81	5.78	0.37	50.67	0.85	49.81

FUENTE. Universidad de Nariño. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Proyecto Cuentas Regionales de Nariño.

Esto se debe al comportamiento que este sector tenía durante esta época, este se encontraba lejos de cumplir un papel junto con el Estado en beneficio de la comunidad, las normas que lo regían eran diferentes, los costos en que incurrían eran muy altos, especialmente los arrendamientos, gastos generales, mientras que los suministros tendían hacer nulos en muchos casos; ya que estos centros se dedicaban a atender al usuario dejando a un lado los tratamientos, los medicamentos recetados debían ser conseguidos por otros medios (el servicio no lo prestaban directamente).

El año que tiene mayor participación en el total de la producción es 1989 con un 45.61%, le sigue el año de 1994 con un 45.55% (se inicia la reestructuración de la seguridad social en Colombia), el año con menor participación es 1993 con 45% del 100% de la producción bruta (ver Figura 3)

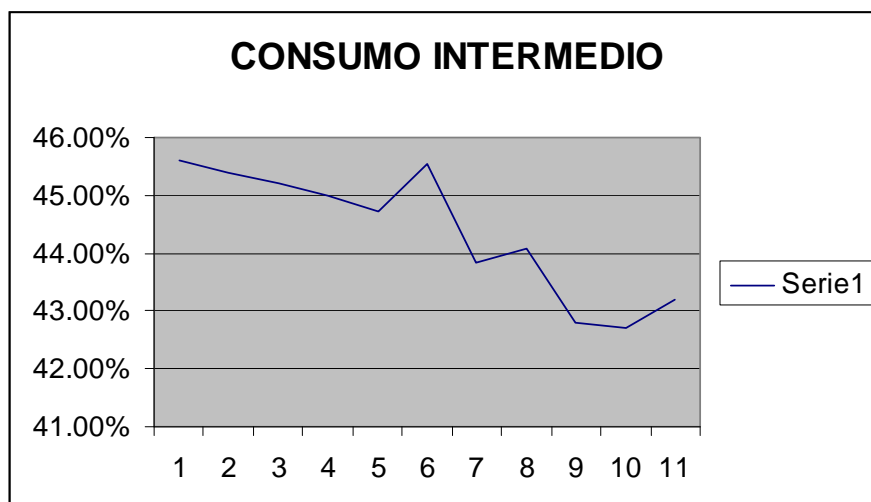
El segundo período comprende desde 1995 hasta 1999, el consumo intermedio se caracteriza por tender a la baja, la participación en promedio anual para este período es de 43.3%, destacándose el año de 1996 con 44.09% con mayor participación, el año de menor participación es 1998 con 42.7% (ver Figura 3).

Esta tendencia radica básicamente a la transformación a la cual se debió someter la salud en Colombia, lo que afecto directamente a la salud privada de nuestra región.

Los insumos utilizados para este período son más altos en los municipios de Túquerres, Ipiales y Resto de Municipios; mientras que en Pasto y Tumaco los costos tienden hacer bajos (ver anexo 7 - 35)

Así mismo, de acuerdo a la actividad, los insumos utilizados en las clínicas tienden hacer más altos que los utilizados por los médicos, odontólogos; aunque los centros radiológicos, laboratorios clínicos son las actividades que contribuyen a que el consumo intermedio tenga una mayor participación en la producción, esto se presenta porque los materiales de trabajo, suministros y arrendamientos son muy costosos (ver anexos 7 - 35).

Figura 3. Evolución de la Variable Consumo Intermedio



Fuente : Esta Investigación

7.4.2 Valor Agregado (V. A.)

Cuadro 8 : Cuenta De PCC 1989 – 1999
Valor Agregado

%

AÑO	PCC	V. A.
89	100	54.39
90	100	54.61
91	100	54.79
92	100	55.00
93	100	55.29
94	100	54.45
95	100	56.17
96	100	55.91
97	100	57.19
98	100	57.30
99	100	56.81

Fuente : Universidad de Nariño. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Proyecto Cuentas Regionales de Nariño.

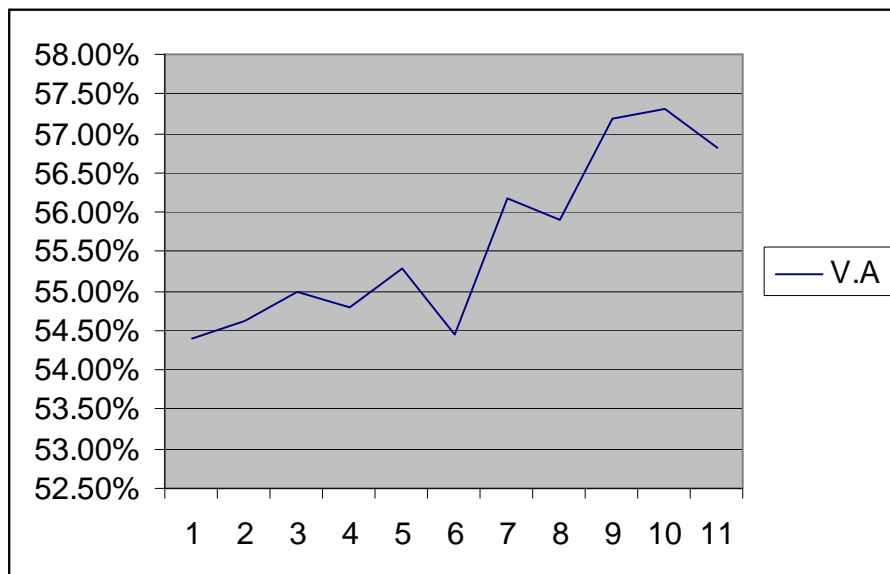
En la generación de valor agregado se destacan dos períodos principalmente; el primero comprende desde 1989 hasta 1994, el cual muestra una tendencia a la baja, el promedio anual para este período es de 54.75% del total de la producción bruta, el comportamiento de esta variable se debe a que los costos son muy altos por lo tanto el valor creado en el proceso productivo es muy bajo. No genera un efecto positivo en el desempeño del sector y de la economía regional. (Ver cuadro 8).

La mayor participación la tiene el año de 1993 con un 55.29%, en el cual se maneja un monto de 6.831.330.04 miles de pesos, mientras que para el año de 1989 la participación es de 54.39% con un monto de 6.714.257.67 miles de pesos (ver anexo 38).

El segundo período abarca desde 1995 hasta 1999, con una tendencia hacia arriba, se caracteriza porque los servicios de salud privada tienden a crecer, a prestar mejor el servicio, se asocian con otras entidades, esto con motivo de la puesta en marcha de la ley 100, la cual reestructuró la salud en Colombia, de tal manera que los beneficiados no solo fueron estas entidades prestadoras del servicio, sino que además se sumaron los usuarios, todo esto contribuyó para que durante este período dicho sector aportara al desempeño de la economía nacional y regional, mejoró las condiciones de los habitantes en cuanto a seguridad social se refiere.

El promedio de participación del valor agregado durante este período fue de 56.67%, destacándose el año de 1998 con una gran participación de 57.30%, el año de menor participación fue 1995 con 56.17% (ver Figura 4).

Figura 4: Evolución de la Variable Valor Agregado 1989-1999

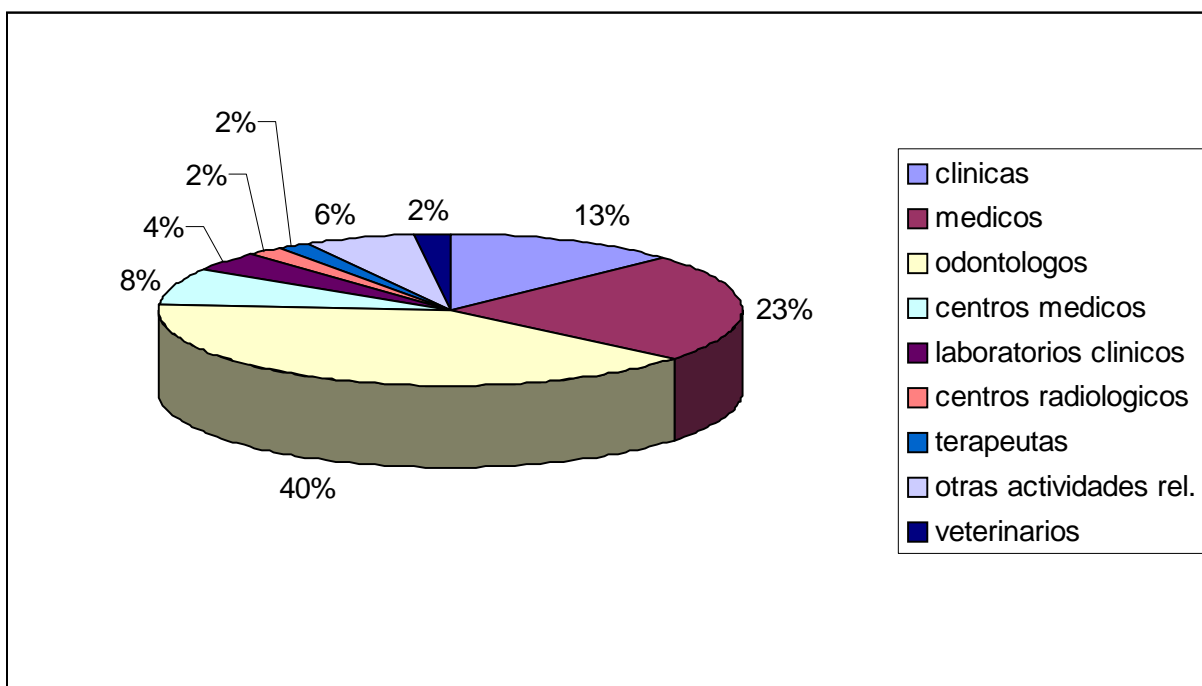


Fuente : Esta Investigación.

La actividad que aporta de una manera significativa a la variable valor agregado durante el período 1989-1999 es odontólogos con un 40%, le sigue la actividad de médicos con un 23%, la mínima participación la tienen los centros radiológicos, los terapeutas y veterinarios con el 2% (Ver Figura 5).

Figura 5: Evolución del Valor Agregado por Actividad

1989-1999

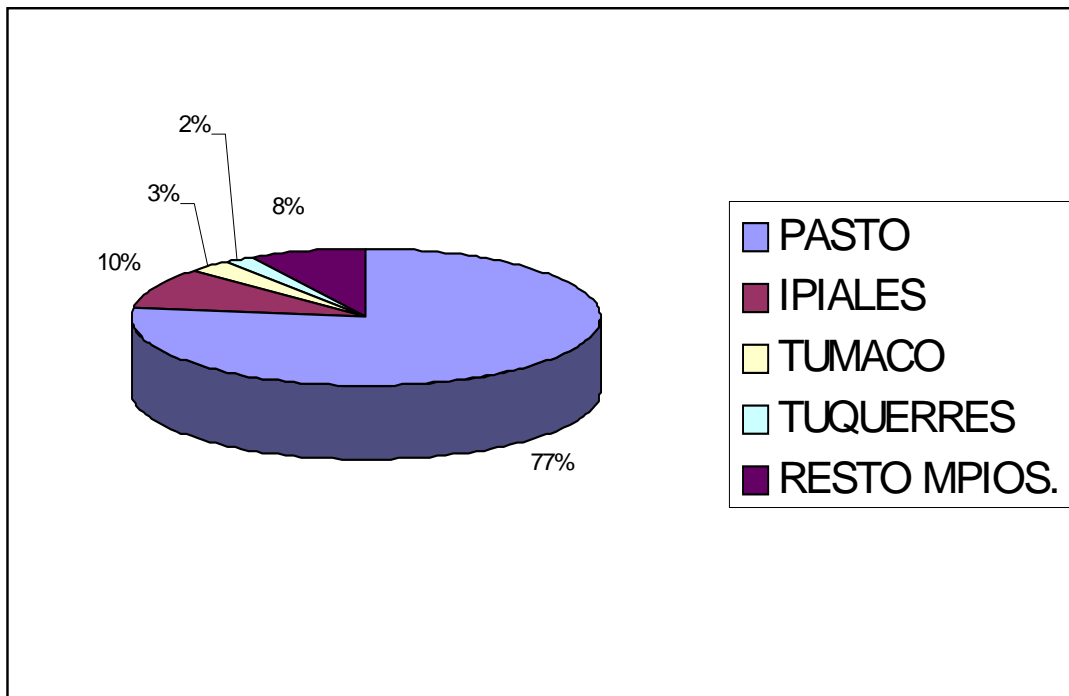


Fuente : Esta Investigación.

Así mismo, de acuerdo a los municipios, los que mayor aportan en dicha variable de mayor a menor son Pasto, Ipiales, Tumaco, Túquerres y Resto de Municipios (Ver Figura 6).

Figura 6: Participación del Valor Agregado por Municipio

1989-1999



Fuente : Esta Investigación.

7.4.3 Remuneración al Trabajo (R.T):

Cuadro 9 : Cuenta de Producción 1989 – 1999

Remuneración al Trabajo

AÑO	PCC	R.T. :	
		Miles de \$	%
89	12.344.952.02	704.671.98	5.71
90	12.288.124.17	700.295.64	5.70
91	11.462.824.10	653.111.05	5.70
92	11.740.946.57	667.293.98	5.68
93	12.133.154.42	689.217.11	5.68
94	12.238.559.63	712.597.53	5.82
95	12.162.693.54	705.035.00	5.80
96	12.535.527.23	725.342.51	5.79
97	12.415.966.82	719.147.73	5.79
98	12.858.522.07	743.508.70	5.78
99	13.267.599.26	766.700.18	5.78

Fuente : Universidad de Nariño. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. CEDRE. Cuentas Económicas de Nariño.

Esta variable nos indica el movimiento que ha tenido el pago de los salarios en el sector servicios de salud. Este análisis comprende dos períodos, el primero es 1989-1993. Con un promedio de participación anual de 5.69% en el total de la producción, la tendencia en este período es a la baja, por lo cual su aporte en la

generación de empleo no es significativo, los salarios no están de acuerdo al papel que cumplen las personas que ocupan cargos en estas entidades prestadoras de servicios.

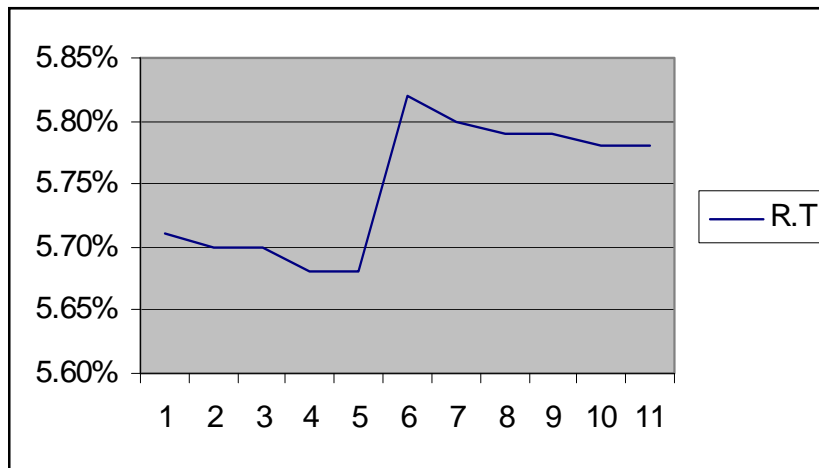
El segundo período es 1994 hasta 1999, su tendencia es a la alza, el promedio anual es de 5.79% del 100% de la producción. Este incremento se debe a que el sector tiene una mayor participación en el mercado, busca contratar mayor personal y además los salarios se ajustan al papel que cumplen los empleados en estos centros, pese a esto el sector sigue sin impactar de manera positiva en el aspecto social (generación de empleo).

Con la puesta en marcha de la ley 100, estas entidades prestadoras de servicios se ven en la necesidad de mejorar e innovar sus servicios, para esto las entidades optan por contratar el personal idóneo, con las capacidades, con conocimientos en estas áreas, lo que conlleva para que en Nariño las carreras del área de la salud se incrementarán en los últimos años y se colocarán al orden del día.

El año en que se presenta una mayor participación es 1994 (5.82%), por el contrario los años con menor participación son 1998 y 1999(5.78%), se debe tener en cuenta el desenvolvimiento de la economía nacional y que en cierta forma afectó la economía del departamento. (Ver Figura 7).

Figura No. 7: Comportamiento de la Variable Remuneración al Trabajo.

Periodo 1989-1999



Fuente : Esta Investigación.

7.4.4 Impuestos Indirectos (I.I):

Cuadro 10 : Cuenta de Producción 1989 – 1999

Impuestos Indirectos

AÑO	PCC	I.I. :	
		Miles de \$	%
89	12.344.952.02	47.357.01	0.38
90	12.288.124.17	46.994.70	0.38
91	11.462.824.10	43.734.43	0.38
92	11.740.946.57	44.678.55	0.38
93	12.133.154.42	45.981.98	0.38
94	12.238.559.63	46.699.11	0.38
95	12.162.693.54	45.325.45	0.37
96	12.535.527.23	46.915.93	0.37
97	12.415.966.82	45.564.36	0.37
98	12.858.522.07	47.095.26	0.37
99	13.267.599.26	48.949.42	0.37

Fuente : Universidad de Nariño. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. CEDRE. Cuentas Económicas de Nariño.

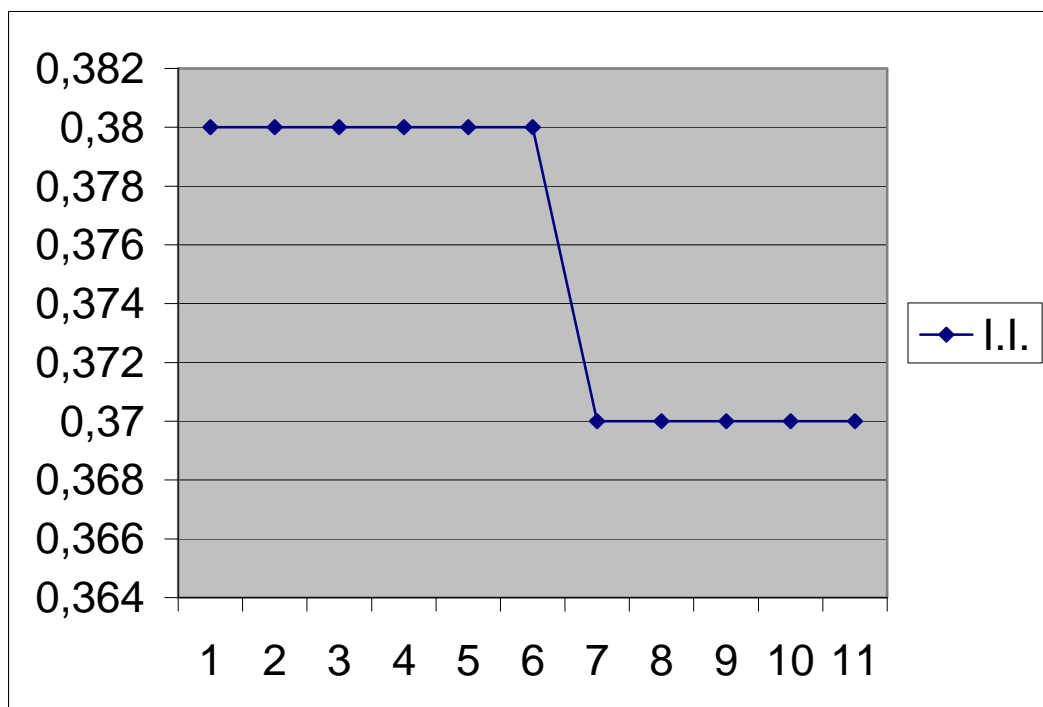
Se destacan dos períodos, en los cuales la participación tiende hacer constante, ellos son 1989-1994 con una tasa de participación de 0.38%, el segundo período es 1995-1999 con una participación de 0.37%.

El promedio de participación de los impuestos indirectos para el período 1989 – 1999 el total de la producción es de 0.34%, lo que significa que del total de la producción en la prestación de los servicios de salud solo un 0.34% lo dedica al pago de impuestos al Estado.

Con esto nos damos cuenta que este sector no contribuye de gran manera a mejorar la situación del país, ya que solo aporta una mínima cantidad y con ese dinero recolectado, el estado puede invertir muy poco en la gente, es decir los servicios de salud privada no aportan significativamente al gasto social.

Figura . 8 : Evolución de los Impuestos Indirectos

Periodo 1989 - 1999



Fuente : Esta Investigación.

7.4.5 Excedente Bruto de Explotación (E.B.E.)

Cuadro 11 : Cuenta de Producción 1989 – 1999

Excedente Bruto de Explotación

AÑO	PCC	E. B. E. :	
		Miles de \$	%
89	12.344.952.02	5.962.228.68	48.30
90	12.288.124.17	5.963.477.53	48.53
91	11.462.824.10	5.583.629.68	48.71
92	11.740.946.57	5.745.117.01	48.93
93	12.133.154.42	5.973.693.29	49.23
94	12.238.559.63	5.905.133.90	48.25
95	12.162.693.54	6.080.969.60	50.00
96	12.535.527.23	6.236.200.45	49.75
97	12.415.966.82	6.336.052.39	51.03
98	12.858.522.07	6.577.709.38	51.15
99	13.267.599.26	6.722.330.92	50.67

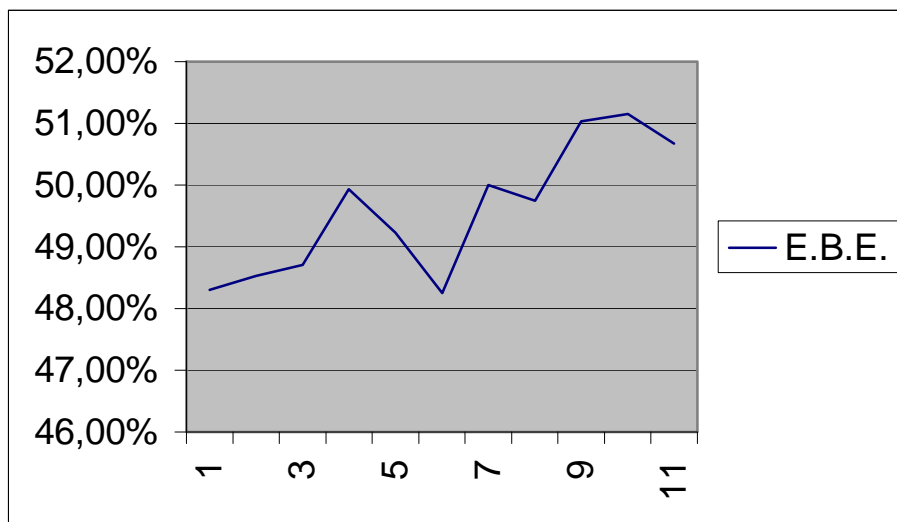
Fuente : Universidad de Nariño. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. CEDRE. Cuentas Económicas de Nariño.

La mayor participación es 1998 con el 51.15% del total de la producción, mientras que el caso contrario se da en 1989 con un 48.30% del 100% de la producción es promedio de participación del Excedente Bruto Explotación para el período 1989 – 1999 es el total de la producción es de 49.50%.

Los servicios de salud privado se adecuan a la situación económica que vive el país, teniendo en cuenta la época; además este sector se desempeña de acuerdo a las políticas implementadas por el gobierno, que por las mismas entidades, esto con el fin de tener un buen impuesto a la economía regional y nacional.

Figura No. 9 : Evolución del Excedente Bruto de Explotación

Período 1989 - 1999



Fuente : Esta Investigación

7.4.6 Consumo de Capital Fijo (CKF)

Cuadro 12 : Cuenta de Producción 1989 – 1999

Consumo de Capital Fijo

AÑO	PCC	C. K. F. :	
		Miles de \$	%
89	12.344.952.02	114.528.54	0.93
90	12.288.124.17	113.282.08	0.92
91	11.462.824.10	105.139.17	0.92
92	11.740.946.57	107.098.56	0.91
93	12.133.154.42	109.721.25	0.90
94	12.238.559.63	112.279.65	0.92
95	12.162.693.54	106.105.42	0.87
96	12.535.527.23	110.374.16	0.88
97	12.415.966.82	104.753.24	0.84
98	12.858.522.07	108.016.23	0.84
99	13.267.599.26	113.250.79	0.85

Fuente : Universidad de Nariño. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. CEDRE. Cuentas Económicas de Nariño.

De 1989 a 1994 la depreciación de los activos, el mayor promedio es de 0.91% en el total de la producción; esto se presenta porque los servicios de salud para esta época no contaban con el suficiente apoyo, carencia de fuentes de financiación, más en una región como la nuestra en la cual se manejaba la idea de utilizar los

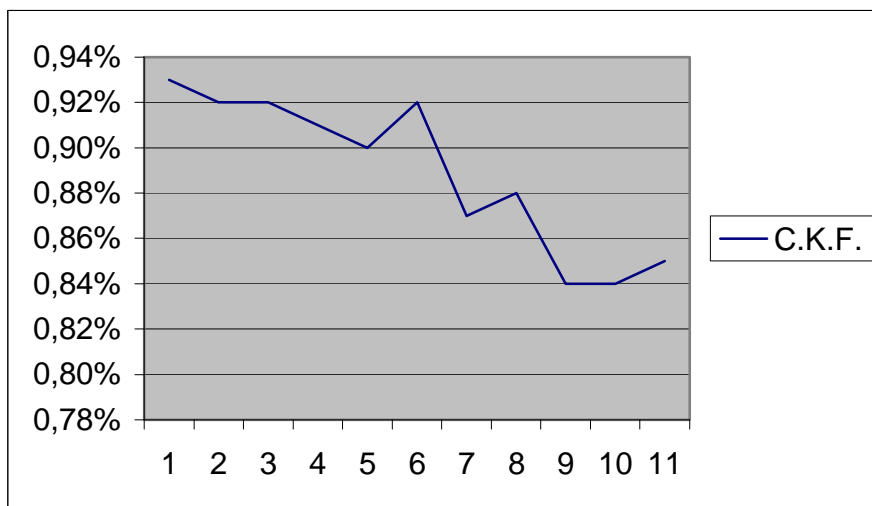
equipos hasta que se envejecieron, sin prestarles muchas veces el debido mantenimiento, lo que hacía que estos cada año se fueren desgastando.

Mientras que desde 1995 hasta 1999 la tasa de depreciación tiende a disminuir, el promedio de participación es de 0.85%.

La tasa de variación entre un período y otro es de -6.5% , lo que significa que durante el segundo período la pérdida de valor a los activos fijos de estas entidades decreció, es decir que el uso que le dieron estas entidades a sus activos fue menor.

Figura 10 : Evolución del Consumo de Capital Fijo

Periodo 1989 – 1999



Fuente : Esta Investigación

7.4.7 EXCEDENTE NETO DE EXPLOTACIÓN (E.N.E.)

Cuadro 13 : Cuenta de Producción 1989 – 1999

Excedente Neto de Explotación

AÑO	PCC	E. N. E. :	
		Miles de \$	%
89	12.344.952.02	5.847.700.14	47.37
90	12.288.124.17	5.850.195.45	47.61
91	11.462.824.10	5.478.490.51	47.79
92	11.740.946.57	5.638.018.45	48.02
93	12.133.154.42	5.863.972.04	48.33
94	12.238.559.63	5.792.854.26	47.33
95	12.162.693.54	5.974.864.17	49.12
96	12.535.527.23	6.125.826.28	48.87
97	12.415.966.82	6.231.299.15	50.19
98	12.858.522.07	6.469.963.16	50.31
99	13.267.599.26	6.609.080.13	49.81

Fuente : Universidad de Nariño. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. CEDRE. Cuentas Económicas de Nariño.

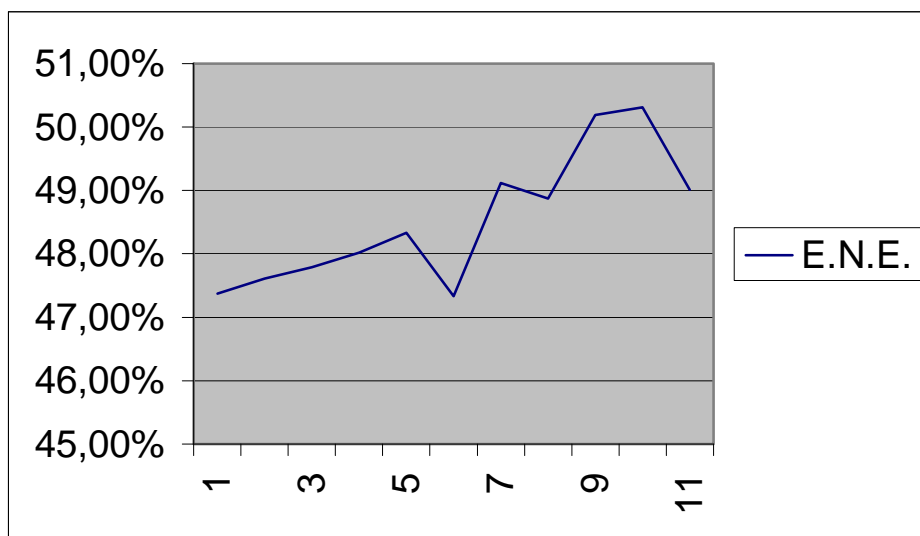
Al hacer la diferencia del EBE – C.K.F. nos da como resultado el ENE.

El año con mayor participación es 1998 en 50.51%, el año con menor participación es 1989 con 47.37% del 100% de la producción.

Por ser un sector de carácter privado, se caracteriza por que busca un máximo de ganancia a un mínimo de costos, a través de los años y con la puesta en marcha de la ley 100 podemos notar que este sector busca cumplir con este principio, además ha colaborado para que los habitantes de la región pueda contar con un seguro y puedan hacer uso de ello, además busca que los servicios prestados sean de buena calidad y se pueda cumplir con el principio de eficacia y calidad en la seguridad social del departamento.

Figura 11 : Evolución del Excedente Neto de Explotación

Periodo 1989 – 1999



Fuente : Esta Investigación

7.4.8 Participación del Va, Ss, Ene, En La Matriz de Producción

Cuadro 14. Participación del Va, Ss, Ene, en la Matriz de Producción.

VA/SS	ENE/VA	SS/VA
Veces	(%)	(%)
9.5	87.1	10.5
9.6	73.7	10.4
9.6	86.7	10.4
9.6	87.6	10.4
9.7	87.4	10.3
9.3	86.9	10.7
9.7	87.4	10.3
9.6	87.4	10.4
9.8	87.8	10.1
9.9	87.8	10.1
9.8	87.7	10.2

Fuente : Esta Investigación

El indicador VA/SS nos está indicando, como el Valor Agregado supera a los sueldos y salarios, en promedio durante el período 1989 – 1999 los supera en 9.6 veces anual; el mayor valor se da en 1998 con 9.9 veces, mientras que el menor valor se da en 1994 con 9.3 veces. Esto nos muestra que por cada unidad monetaria asignada para salarios se genera en promedio 9.6 unidades monetarias de valor agregado.

El indicador SS/VA nos muestra como los salarios participan en el valor agregado de la cuenta de servicios de salud privada, como se puede observar este indicador está por encima del 10%.

El indicador ENE/VA indica la proporción de la ganancia que se genera en el sector teniendo en cuenta el valor agregado que este genera. Para el caso de Nariño, dicha proporción está por encima del 87% del valor agregado, siendo 1989 el año de menor participación (87.1% del V.A.), los años con mayor participación son 1997 y 1998 (87.8% del V.A.).

Como es claro, éste pertenece al sector terciario (servicios) por lo tanto y según la teoría económica se caracteriza por ser un sector que no genera altos índices de valor agregado, además, lo que se busca es la mayor rentabilidad a un mínimo de costos, además su impacto sobre el empleo no es muy bueno. Es por eso, que a pesar de que en Colombia y en Nariño este sector ha tenido una mayor participación en el campo nacional y regional, no ha sido una de las mejores fuentes generadoras de empleo. Por lo tanto, no ha contribuido a que se supere la crisis que vive el país.

8. CONCLUSIONES

1. Con la transformación del sector salud en Colombia, se amplió la cobertura, dando paso para que más colombianos puedan acceder fácilmente a la prestación de estos servicios sociales, dando así cumplimiento a lo estipulado por la Constitución Nacional y la ley 100.
2. El proceso de reforma al sistema de seguridad social en salud, se debió a una serie de transformaciones derivadas de los procesos de apertura económica y de modernización del Estado.
3. Los datos estadísticos son una herramienta muy importante dentro del proceso de análisis, ya que nos va a permitir corroborar la información obtenida para así elaborar una buena interpretación de ellos.
4. El comportamiento del sector salud privado tanto en lo nacional como regional es similar, puesto que la ley que los rige es la misma (Ley 100), además el desempeño de la economía nacional ha repercutido en la economía del Departamento.
5. Con la puesta en marcha de la Ley 100 los seguros de salud privada en Nariño tienden a crecer pero no funcionan como empresas solas, sino que

trabajan mancomunadamente con las entes territoriales y el sector público, para dar cumplimiento al POS al cual los beneficiarios del sistema tienen derecho.

6. Con la Constitución Nacional de 1991 se dan un gran paso en Colombia, se presenta la conciliación de pensamiento, de conceptos entre ellos el bismarkiano y el neoliberal, además se pone de manifiesto la necesidad de respetar los derechos de las personas, por otro lado el papel que debe cumplir el estado es más grande y solidario.
7. El incremento en la llegada de recursos al departamento de Nariño por concepto de salud contribuyó para que en la región se llevara a cabo una gran campaña para acoger en casi a su totalidad a los nariñenses al sistema de salud, esto gracias al papel que ha venido cumpliendo los diferentes municipios para cumplir con lo reglamentado por la ley : “salud para todos”.
8. En Nariño se ha carnetizado al 60% de la población, la cual no contaba con un seguro y que pertenecían a los estratos I y II, estas personas tienen derecho al POS el cual es ejecutado por entidades del sector público y privado.
9. Con la nueva reglamentación los servicios de salud se dividen en dos : contributivo y subsidiado, en estas dos categorías participan entidades tanto del sector público como privado en la prestación de dicho servicio.

10. El paso del subsidio a la oferta del subsidio a la de la demanda permitió que las entidades se descentralizaran, mejorando sus servicios, disminuyendo costos lo que repercutió en tarifas bajas, a su vez el servicio prestado tiende hacer de mejor calidad, más eficiente, todo esto ha permitido para que el cliente (usuario) se sienta protegido y busque ante todo prevenir toda clase de enfermedades y se disminuya la atención en curar enfermedades, pasando así de un modelo curativo a un modelo preventivo.

11. Los servicios de salud privada en Nariño durante el período 1989 – 1999 participarán activamente en el PIB.

Los índices de participación más altos se presentan en 1989 con un 2.23%, la menor participación se presenta en 1997 con el 1.80%.

12. Durante el período 1989 – 1999, se destacan 2 períodos básicamente, el primero abarca desde 1989 – 1997 el cual se caracteriza porque su tendencia es creciente; el segundo período comprende los años de 1998 a 1999, su tendencia es decreciente.

9. RECOMENDACIONES

1. Para que el sistema de salud en Nariño llegue a cubrir a toda la población, se necesita de una buena capacidad de gestión por parte de los alcaldes para cumplir con los planes locales de salud de cada municipio.
2. En Nariño los servicios de salud privado deben tener una mayor participación en la economía regional, para esto es conveniente la asociación de las instituciones para que ellas busquen los contratos con las EPS y estas a su vez con las entidades locales de salud (entes territoriales).

Así de esta manera todos tendrían iguales oportunidades en el mercado, y no se presentará esa gran diferencia que uno mira con las grandes instituciones, ya que son ellas las que ocuparon el mercado y las pequeñas instituciones se ven sometidas a grandes desventajas, muchas veces ellos deben atender a las personas que carecen de un seguro y es ahí donde los costos de mantenimiento son altos y la competencia en el mercado tiende a volverse desventajosa.

3. Para un buen manejo del sistema de salud en Nariño y en Colombia se debe procurar un buen uso de los recursos que se utilizan para su destino y así evitar la desviación de dichos recursos, para eso es conveniente que la justicia intervenga, se deben crear unas normas, leyes para evitar, además se

debe hacer un control en la contabilidad, creando unas cuentas especiales para que se evite la malversación de dichos fondos.

4. Las instituciones de salud en Nariño deben tener un gran espíritu empresarial, invertir en la región, esto con el fin que las entidades que existen y se creen tengan una buena infraestructura, cuente con los equipos necesarios y de esta manera puedan prestar mejor los servicios, atender de mejor manera al cliente.
5. La politiquería se debe dejar a un lado, tiene que ver en la asignación de los carnets, en la prestación de los servicios para así poder dar cumplimiento con los planes locales de salud.
6. Para que el sistema de cuentas regionales funcione mejor, se hace necesario crear y fortalecer una buena base de datos que contribuya para que todas las personas interesadas en estos temas tengan una buena información y así puedan hacer un buen uso.

BIBLIOGRAFIA

ALDANA, Hernán Guillermo. Ni Ley 100 que la Revista. En : Economía Colombiana y Coyuntura Política. Bogotá : No. 271 (Junio de 1998), p. 3.

ARTEAGA TORRES, Ana Belén. ESPINOSZA, Nohora, Otros. Análisis General Prosalud Ltda. San Juan de Pasto : Universidad Jorge Tadeo Lozano, Universidad de Nariño, 1995. P. 600.

BASTIDAS MORA, Luis Arturo. Implementación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Municipio de Chachagüí. San Juan de Pasto : Universidad de Nariño, FACEA, 1996. P. 95.

BENAVIDES, Harold. ORTEGA R., Luis Felipe. Hacia un modelo de seguridad social acorde a la realidad económica y social. San Juan de Pasto : Universidad de Nariño, FACEA, 1991. P. 196.

BETANCOURTH VALLE, Javier. Empleo y Seguridad Social; Dualismo necesario para un verdadero bienestar. En : Revista Javeriana. Bogotá : No. 605, Tomo 122, año 62 (Junio 1994), p. 357 – 363.

BRAVO, Mario Fernando. La influencia de la apertura en el desarrollo económico de Nariño. San Juan de Pasto : Universidad de Nariño, FACEA, 1996. P. 107.

CASTILLO URBANO, Piedad. Factores organizacionales y calidad humana de atención al usuario de la EPS UNIMEC S.A. en San Juan de Pasto. San Juan de Pasto : Universidad de Nariño – Universidad del Valle. Programa Magíster en Enfermería, 1998. P. 189.

Centro para la Planificación Territorial, CEPLAN. Diagnóstico Socioeconómico del Departamento de Nariño, Primera Parte. San Juan de Pasto : Octubre de 1995, p. 116.

CHAÑA, María Piedad. BENAVIDES, Argenis. Plan Estratégico de Mercado para EPS Salud Cóndor S.A. Universidad de Nariño, FACEA, San Juan de Pasto : 2000, P. 97.

Constitución Política de Colombia 1991.

CORPONARIÑO, GTZ. Plan Intersectorial de Mediano Plazo 1993 – 1995, Tomo I y II. Pasto : P. 200 y 250.

Cuentas Regionales de Nariño 1989 – 1999. Corponariño, Gobernación de Nariño, Universidad de Nariño. Pasto, 1993. P. 97.

DELGADO GUTIERREZ, Adriana. Reestructuración del Estado : Reforma y modernización pendiente. En : Revista Javeriana. Bogotá : No. 605, Tomo I (Agosto 1999), p. 483 – 489.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Nariño : Inversión del Gobierno Nacional 1990 – 1994. Bogotá : 1990, p. 16.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Plan de Acción para el Departamento de Nariño. Santafé de Bogotá : Junio de 1996, p. 25.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Plan de Inversión Pública en el Departamento de Nariño 1988 – 1990. Bogotá : Junio 3 de 1998, p. 90.

FERNANDEZ, German. El Nuevo Sistema de Salud en Colombia, Santafé de Bogotá : Cartilla Editorial Leda, Mayo 1996. 486 p.

FUERTES, Luis Fernando y Otros. Evaluación de la Clasificación del SISBEN en el municipio de Pasto. 1999. San Juan de Pasto : Universidad de Nariño, Centro de Estudios en Salud CESUN, 2000, P. 42.

GAVIRIA, Diego. NARVAEZ C., David. Diseño de un Plan Estratégico de Mercado para la Cooperativa de Entidades de Salud COODESNAR : San Juan de Pasto : Universidad de Nariño, FACEA, 1999. P. 91.

Gobernación de Nariño, Corpes de Occidente, DNP, FONADE, GTZ. Plan Estratégico de Desarrollo de Nariño 1995 – 1998. San Juan de Pasto, 1994. P. 120.

Gobernación de Nariño. Plan Estratégico de Desarrollo de Nariño 98 – 2000. Nariño : un camino hacia el futuro. San Juan de Pasto : 1998, p. 250.

Instituto Departamental de Salud. Diagnóstico de Salud del Departamento de Nariño. San Juan de Pasto : Noviembre de 1987. P. 180.

JARAMILLO PEREZ, Iván. El Futuro de la Salud en Colombia, Fescol Fundación Corona. Santafé de Bogotá, 1995. 184 p.

La Reforma del Sector Salud en Colombia. En : Controversia. Bogotá : No. 170 (Mayo 1997), p. 128 – 151.

LUNA GARCIA, Jairo Ernesto. Alcances y Limitaciones del SGRP, A cuenta y riesgo. En : Economía Colombiana y Coyuntura Política. Bogotá : No. 271 (Junio de 1998), p. 30 – 35.

NAVARRO WOLFF, Antonio. Plan de Desarrollo Todo por Pasto 1995 – 1997. San Juan de Pasto : 1995. P. 88.

ORTIZ V., Beatriz Eugenia. Efectos de la crisis económica en el sector salud, políticas, organización y financiamiento. En : Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín : Vol. 10 (1), (Enero – Junio de 1987), p. 9 – 25.

Plan Básico de Ordenamiento Territorial, Componente Urbano. Fase de Diagnóstico. Acciones responsables para una ciudad posible. Iphiales : Junio 2000, Cuarta Edición, p. 284.

Plan de Ordenamiento Territorial de Pasto. Dimensión social. San Juan de Pasto : 27 de abril de 1999. P. 216.

----- . Dimensión Político – Administrativa. San Juan de Pasto : 27 de Abril de 1999. P. 118.

Plan Nacional de Desarrollo 1986 – 1990. Barco, Virgilio. Bogotá : 1986.

Plan Nacional de Desarrollo 1994 – 1998. El Salto Social. Santafé de Bogotá : 1994. P. 685.

Plan Nacional de Desarrollo 1998 – 2002. Cambios para Construir la Paz. Santafé de Bogotá : 1998. P. 520.

PEREZ, Iván. La puesta en marcha de la ley 100. En : Salud. Bogotá : No. 1, (Julio 1999), p. 3 – 25.

-----. Ley 100 : los primeros cinco años. En : : Salud. Bogotá : No. 5 (Noviembre de 1999), p. 6 – 23.

-----. El Futuro de la Salud en Colombia. En : Salud. Bogotá : No. 6 (Diciembre de 1999), p. 14 – 17.

Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993.

UNIVERSIDAD DE NARIÑO. Plan Directo de Desarrollo 1985 – 1989. San Juan de Pasto : Marzo de 1985. P. 278.

URIBE, Juan Pablo. GALLARDO, Henry Mauricio. La Ley 100 : Entre la gradualidad y la cobertura. En : Economía Colombiana y Coyuntura Política. Bogotá : No. 271 (Junio 1998), p. 4 – 9.

YEPES LOJAN, Francisco José. Las últimas reformas de la salud en Colombia. En : Revista Colombia Ciencia y Tecnología. Bogotá : Vo. 16 No. 1 (Marzo 1998), p. 15 – 24.

ANEXOS

ANEXO 1
VALOR ESTIMADO DEL SITUADO FISCAL
(En millones de pesos)

Año	Ingresos corrientes \$	Situado fiscal \$	%
1993 (*)	5.318.122	1.072.700	22.1
1994	6.875.799	1.415.230	23.0
1995	8.662.813	1.824.732	23.5
1996	11.036.019	2.483.514	24.5
1997	14.017.526	3.136.919	24.5
1998	17.214.909	3.894.069	24.5
1999	20.455.868	4.628.688	24.5
2000	23.724.160	5.363.649	24.5

(*) Definitivo

Fuente : El Futuro de la Salud en Colombia. Iván Jaramillo Pérez.

ANEXO 2
 VALOR ESTIMADO DEL SITUADO FISCAL PARA SALUD
 (En millones de pesos)

Año	Situado fiscal (\$)	Mínimo	Máximo
1993	1.072.700		
1994	1.415.230	283.046	566.092
1995	1.824.732	364.946	729.892
1996	2.483.514	496.702	993.405
1997	3.136.919	632.783	1.265.567
1998	3.894.069	778.813	1.557.627
1999	4.628.688	925.737	1.851.475
2000	5.363.649	1.072.729	2.145.459

Fuente : Fedesarrollo, cálculos del autor

ANEXO 3
PARTICIPACION DEL GASTO PUBLICO EN EL PIB

(Porcentajes)

Año	Presupuest o general de la Nación	Gasto Social 1	Educación	Salud	Seguridad Social 2	Vivienda	Defensa y Seguridad 3	Justicia 4
90	15.49	6.88	2.32	0.77	3.26	0.53	2.16	0.54
91	16.74	6.71	2.24	0.71	3.21	0.55	2.09	0.54
92	21.85	7.82	3.35	0.79	3.23	0.45	2.44	0.68
93	17.97	7.85	2.94	0.94	3.57	0.41	3.07	1.06
94	22.40	8.45	3.05	1.15	3.83	0.42	2.91	1.09
95	22.56	10.67	2.88	1.38	5.81	0.60	3.10	1.14
96	23.82	11.13	3.19	1.36	5.95	0.62	3.48	1.07

1. Educación, Salud, Seguridad Social y Vivienda.
2. Incluye aportes a salud y pensiones.
3. Defensa Nacional, Política y Seguridad.
4. Justicia, Rama Judicial y Fiscalía General de la Nación.

Fuente : Contraloría General de la República. Cálculos del autor.

ANEXO 4

PARTICIPACION DEL GASTO SOCIAL Y SUS COMPONENTES, DEFENSA Y SEGURIDAD Y JUSTICIA EN EL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION (Porcentajes)

Año	Gasto Social 1	Educación	Salud	Seguridad Social 2	Vivienda	Defensa y Seguridad 3	Justicia 4
90	44.44	15.01	4.96	21.07	3.41	13.94	3.49
91	40.08	13.39	4.26	19.16	3.26	12.49	3.21
92	35.79	15.33	3.62	14.80	2.04	11.17	3.12
93	43.68	16.36	5.22	19.83	2.27	17.07	5.87
94	37.46	13.52	5.08	16.99	1.87	12.88	4.83
95	47.65	12.85	6.17	25.95	2.69	13.85	5.10
96	46.72	13.39	5.73	24.98	2.62	14.61	4.50

1. Educación, Salud, Seguridad Social y Vivienda.
2. Incluye aportes a salud y pensiones.
3. Defensa Nacional, Política y Seguridad.
4. Justicia, Rama Judicial y Fiscalía General de la Nación.

Fuente : Contraloría General de la República. Cálculos del autor.

ANEXO 5
 COSTOS DEL PLAN DE SALUD 1995 – 1998, Según FUENTES DE FINANCIACION
 (Millones de pesos de 1994)

PROGRAMAS	1995	1996	1997	1998	TOTAL 1995 – 1998
TOTAL GASTO EN SALUD	2.548.532	3.061.296	3.267.017	3.521.520	12.398.364
Situado Fiscal	394.819	508.840	570.043	632.691	2.106.393
Transferencias Municipales y Participaciones	249.255	328.783	393.143	464.465	1.435.646
Rentas Cedidas	185.570	196.148	209.682	227.086	818.486
Presupuesto General de la Nación	348.800	521.155	490.757	471.955	1.832.666
Ecosalud	8.000	8.000	8.000	8.000	32.000
Contribuciones privadas (1)	1.362.088	1.498.370	1.595.392	1.717.323	6.173.173
Recursos Propios departamentales	nd	nd	nd	nd	0
Recursos Propios municipios	nd	nd	nd	nd	0
PARTICIPACION PORCENTUAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Situado Fiscal	15.5%	16.6%	17.4%	18.0%	17.0%
Transferencias Municipales y Participaciones	9.8%	10.7%	12.0%	13.2%	11.6%
Rentas Cedidas	7.3%	6.4%	6.4%	6.4%	6.6%
Presupuesto General de la Nación	13.7%	17.0%	15.0%	13.4%	14.8%
Ecosalud	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.3%
Contribuciones privadas	53.4%	48.9%	48.8%	48.8%	49.8%
PORCENTAJE DEL PIB	4.5%	5.1%	5.2%	5.3%	5.0%
Situado Fiscal	0.7%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%
Transferencias Municipales y Participaciones	0.4%	0.5%	0.6%	0.7%	0.6%
Rentas Cedidas	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
Presupuesto General de la Nación	0.6%	0.9%	0.8%	0.7%	0.7%
Ecosalud	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Contribuciones privadas	2.4%	2.5%	2.5%	2.6%	2.5%

Fuente : Plan Desarrollo. Ernesto Samper Pizano.

ANEXO 6
 PIB NACIONAL SALUD PRIVADA
 1989 – 1999
 PRECIOS CONSTANTES DE 1990

(Millones de pesos)

Año	PIB Sectorial	Tasa de Variación
89	377.292	
90	393.452	4.28
91	401.318	2.00
92	417.531	4.04
93	440.005	5.39
94	490.730	11.32
95	501.593	2.21
96	481.968	-3.9
97	501.598	4.07
98	510.210	1.71
99	497.269	-2.54
Período 89 – 95 : Σ		29.44
X		4.91
Período 90 – 99 : Σ		-0.66
X		-0.165

Fuente : Esta Investigación

ANEXO 7

INGRESOS TRANSFERIDOS A NARIÑO POR CONCEPTO DE SALUD

1989 – 1999

(Miles de pesos)

AÑO	INGRESOS
1989	4.226.416
1990	5.202.274
1991	6.857.206
1992	9.310.192
1993	12.091.888
1994	17.586.126
1995	27.257.961
1996	37.787.544
1997	45.658.397
1998	49.996.811
1999	65.202.960

Fuente : Instituto Departamental de Salud de Nariño

Area de Presupuesto "Ejecución Presupuestal 1989 - 1999