

# **La doble descentralización en el sector salud: Evaluación y alternativas de política pública**

Informe Final

Concurso de Investigación Fondo Germán Botero de los Ríos

Por

Ramiro Guerrero, MSc  
Sergio I. Prada, PhD  
Dov Chernichovsky, PhD

Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA  
Universidad Icesi  
Calle 118 No 122-135  
Tel: +57(2)3212092  
Cali, Colombia  
[www.proesa.org.co](http://www.proesa.org.co)

Marzo, 2014

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el excelente apoyo en esta investigación de Juan Urriago, Manuel José Aragón, Andrés Aguirre, Marianella Ortiz y Sebastian Estrada, asistentes de investigación. En la conceptualización del trabajo fueron fundamentales los aportes de Tom Bossert (Profesor de la Escuela de Salud Pública de Harvard) y Juan Gonzalo Zapata (Investigador del CIDER de la Universidad de Los Andes). La información que sirvió de base para escribir la sección de capacidad fue facilitada por el Departamento Nacional de Planeación y contamos con la ayuda de Jairo Núñez (Investigador Asociado de Fedesarrollo) para su correcto procesamiento e interpretación. Agradecemos a los diferentes secretarios y funcionarios de salud del orden municipal y departamental que compartieron su tiempo y conocimiento del sector con nosotros, al igual que a los expertos que nos permitieron reconstruir la historia del sistema. Agradecemos los comentarios a una versión preliminar presentada en el Ministerio de Salud por parte de Fernando Ruiz (Viceministro de Salud), Luis Gonzalo Morales (Director de Aseguramiento en Salud), Mery Barragan (Asesora del Despacho del Viceministro) y los demás asistentes al seminario. Agradecemos a Armando Gonzalez Materón por una completa ilustración de los orígenes del sistema de clasificación de prestadores en Colombia. La versión final del estudio se enriqueció con los comentarios y sugerencias de Leonardo Villar (Director Ejecutivo de Fedesarrollo), Norman Julio Muñoz (Viceministro de Protección Social), Gustavo Morales (Superintendente Nacional de Salud), Olga Lucia Acosta (Asesora Regional de CEPAL), Francisco Azuero (Profesor Asociado de la Universidad de Los Andes-Facultad de Administración), Carlos Alberto Botero (Gobernador de Risaralda) y Jairo Núñez; todos participantes en el Debate de Coyuntura Social y Económica “La Doble descentralización en la salud: Alternativas de Política Pública” realizado el 27 de noviembre de 2013 en Bogotá. Luis Alberto Tafur ofreció también valiosos comentarios a una versión preliminar del estudio. Dov Chernichovsky agradece el apoyo financiero del Banco Mundial y el Gobierno de España para el estudio de la descentralización en Colombia. Agradecemos a los miembros del Comité Directivo del Fondo Germán Botero de los Ríos por haber seleccionado este trabajo como ganador del Concurso 2012 y a través de este brindar apoyo financiero para su realización. Las opiniones expresadas en este documento no comprometen a las entidades antes mencionadas, son la sola responsabilidad de los autores.

## Contenido

Resumen Ejecutivo .....	4
I. Introducción .....	12
Alcance del estudio .....	14
Definición de términos y conceptos.....	14
II. Breve historia de la descentralización en salud .....	22
III. Marco conceptual y metodología del estudio .....	33
Marco conceptual .....	33
Metodología .....	37
IV. Revisión de literatura .....	40
Estudios en Malaria.....	43
Estudios en Tuberculosis.....	46
V. Espacio de decisión .....	52
Análisis del espacio de decisión formal.....	52
El espacio de decisión visto por los actores del sistema.....	63
VI. Capacidad .....	74
VII. Rendición de cuentas .....	89
Delegación.....	89
La financiación.....	94
Ejecución (la provisión de servicios de salud) .....	95
Información para la evaluación del desempeño .....	97
Poder sancionatorio o de hacer cumplir la ley ( <i>enforcement</i> ).....	104
VIII. Criterios para el rediseño del sistema.....	106
Síntesis de los problemas.....	107
Cuatro elementos de un diagnóstico .....	109
Recomendaciones para reasignar funciones a nivel territorial .....	110
Reflexión final.....	114
Referencias.....	115
Anexo 1 Inspección, Vigilancia y Control de los actores del sector salud.....	121

## Resumen Ejecutivo

### *¿Qué es la doble descentralización en el sector salud?*

Colombia es un país descentralizado territorial y políticamente. En 1988 se realizó la primera elección popular de alcaldes y en 1992 la primera elección popular de gobernadores. Esta descentralización política se acompañó de un proceso de descentralización fiscal y administrativa. La primera transfirió mayores recursos a los gobiernos locales, y la segunda les asignó la competencia legal y las herramientas institucionales para ejercer más funciones.

La ley 10 de 1990 estableció la forma de llevar a cabo el proceso de descentralización en el sector salud. Se ocupó únicamente de los hospitales públicos, sin incluir entidades de seguridad social como el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y Cajanal. Transfirió a las entidades territoriales la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud. A mediados de 1993, el Congreso aprobó la ley 60, una ley orgánica que fijó nuevas reglas para la descentralización en educación, salud y saneamiento.

Seis meses después de aprobada la ley 60 se promulgó la ley 100, y con ella sobrevino un cambio de fondo en el diseño institucional del sistema de salud. Hubo una segunda descentralización que podemos llamar “corporativa” y que transfirió funciones previamente estatizadas a entidades privadas en su mayoría. A las Empresas Promotoras de Salud (EPS) les transfirió la asunción del riesgo financiero y la organización de redes de servicios, y a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) la provisión de servicios de salud.

Estas reformas coincidieron en el tiempo y ninguna pudo diseñarse en función del contenido de la otra. Posteriormente la ley 715 de 2001 rediseñó la descentralización territorial en presencia de la ley 100, y fijó responsabilidades para las entidades territoriales únicamente en relación con el régimen subsidiado (RS).

En el régimen contributivo (RC) sólo hubo descentralización corporativa. En su regulación y operación sólo tiene injerencia el gobierno nacional. En el subsidiado, en cambio, las entidades territoriales juegan un papel central, y la descentralización territorial se sobrepuso a la corporativa.

El objetivo de este estudio es describir los problemas, las tensiones y los vacíos que esta doble descentralización genera en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Con base en esta evaluación analítica se plantean alternativas de conciliación de los dos modelos buscando una adecuada realineación de incentivos entre los actores, definición de roles y asignación de recursos a necesidades. El alcance del estudio es

descriptivo y conceptual y se dirige a tomadores de decisión tanto del nivel nacional como de los niveles regionales.

### *Marco conceptual y metodología*

Este estudio se apoya en el marco conceptual propuesto por Bossert & Mitchell (2011) en donde el mejoramiento de la provisión de servicios de salud depende de la interacción de tres elementos: el espacio de decisión, la capacidad institucional y la rendición de cuentas. El espacio de decisión se define como “el rango de decisión efectiva que le es permitido por la autoridad central a la autoridad local” y se encuentra expresado tanto en las normas (espacio formal) como en las prácticas reales (informal).

De otro lado, la capacidad institucional se define como “la habilidad de individuos, organizaciones o sistemas para ejecutar apropiadamente funciones efectiva, eficiente y sosteniblemente”. Dichas capacidades pueden ser de tipo administrativo, técnico, organizacional, financiero o humano.

Finalmente, la literatura sobre rendición de cuentas (*Accountability*) subraya su rol preponderante en la provisión de servicios. El Reporte del Desarrollo del Banco Mundial de 2004 lo resume así: “la provisión exitosa de servicios para los pobres emerge de relaciones institucionales en las cuales los actores se rinden cuentas entre sí mismos” (World Bank, 2004, p. 46).

El mencionado reporte cita cinco condiciones que deben darse para que haya una rendición de cuentas efectiva: i) una delegación clara de funciones a cada entidad, ii) una financiación consecuente con las tareas asignadas, iii) ejecución efectiva por parte de la entidad responsable, iv) información clara y suficiente sobre las labores desempeñadas y sus resultados, y v) autoridad para hacer cumplir los compromisos y obligaciones.

El adecuado funcionamiento del sistema de salud exige que los tres elementos (espacio de decisión, capacidad y rendición de cuentas) estén alineados. Por ejemplo, si se delegan funciones a entidades que carecen la capacidad para ejercerlas, habrá problemas. También puede haberlos si no hay mecanismos efectivos para que las entidades que reciben los recursos rindan cuentas a la sociedad por el uso de los mismos, y por los resultados logrados.

El estudio utilizó una metodología de métodos mixtos y analizó estos tres elementos de manera sistemática, teniendo como guía las funciones que se ejercen en un sistema de salud: rectoría; regulación; inspección, vigilancia y control; financiación; administración; compra de servicios y prestación. El análisis cualitativo incluye (1) revisión a la literatura, (2) revisión y recopilación de leyes y decretos, y (3) entrevistas con secretarios de salud

municipal, departamental y con expertos. El análisis cuantitativo es de corte descriptivo e ilustrativo, y se basa en fuentes secundarias.

### **Resultados**

Los principales hallazgos del estudio se resumen a continuación. Se ordenan de acuerdo a las cinco condiciones para la efectiva rendición de cuentas:

- I. Delegación
  - a. Se delegaron funciones sin consultar la capacidad de quienes las deben ejercer:
    - i. La ley, para casi todos los efectos, trata igual al municipio pequeño y al grande.
    - ii. Las pocas veces que las normas discriminan a los municipios según su tamaño o capacidad, lo hacen con criterios irrelevantes o desactualizados.
      - La categoría municipal (cuyo propósito es fiscal).
      - El nivel 1,2 y 3 en prestación.
    - iii. Las tareas de contratar y financiar el aseguramiento, y casi toda la salud pública, se municipalizaron sin consultar la capacidad.
  - b. Se delegó la prestación pública de manera fragmentada entre municipios y departamentos (respectivamente los niveles 1, y 2,3).
  - c. Ejercer el aseguramiento, función crítica en el sistema, se delegó a EPS de naturaleza y calidad heterogéneas. La delegación del aseguramiento va encadenada con la de la prestación, puesto que son las EPS las que escogen a los prestadores de sus redes.
    - i. Las entidades territoriales no tienen ningún rol en la habilitación de EPS, ni en la escogencia de las mismas (el usuario elige).
    - ii. Las entidades territoriales son un jugador más en la prestación. Se supone que deberían ser rectores locales y estar por encima de las EPS, pero en realidad están a merced de las EPS, quien son quienes contratan a sus hospitales.
  - d. En salud pública y prevención se trazaron unas líneas horizontales para delimitar competencias entre EPS y entidades territoriales con base en unos criterios abstractos. En la vida real las enfermedades atraviesan las líneas y se generan problemas de coordinación y conflictos.
- II. Financiación
  - a. Originalmente los destinatarios de las transferencias eran las entidades territoriales (recibían plata a cambio de prestar un servicios). Luego con la ley 100 el aseguramiento/prestación se pasó al sector corporativo (EPS). Para financiar el régimen subsidiado, se acudió a las transferencias. La ET quedó casi de mensajero (recibe un cheque y se lo endosa a la EPS).
  - b. La asignación de recursos por poblaciones y funciones está razonablemente clara: la UPC se ajusta por riesgo y es por lo tanto sensible a las necesidades de la población. Los recursos de salud pública y de oferta pública siguen fórmulas claras.

- c. Hay un atasco considerable de recursos:
      - i. En parte es por problemas operativos: bases de datos incompletas, sistemas de información frágiles, precariedad de procesos de autorizaciones, facturación etc.
      - ii. En parte por problemas jurídicos, en particular entre FOSYGA y EPS del régimen contributivo por prestaciones no POS que se glosan.
- III. Ejecución
  - a. Hay grandes problemas de coordinación entre actores.
  - b. Hay traslapes y duplicidades en ciertas tareas.
  - c. Hay funciones que podrían no ser compatibles con otras.
  - d. Hay una escala, o un número mínimo de usuarios, a partir del cual se vuelve viables el aseguramiento y la prestación. En zonas de baja población hay desatención y/o desequilibrio financiero.
- IV. Información
  - a. El mapa de flujos de información refleja la complejidad del SGSSS y sus redundancias (el RIPS fluye, de manera paralela y duplicativa, vía ET hacia el ministerio, y vía EPS hacia el ministerio).
  - b. La información incompleta está asociada a la capacidad y los incentivos de todos los actores del sector, y obstaculiza el flujo de los recursos.
- V. Autoridad
  - a. La Superintendencia de Salud, que es el gran supervisor nacional, no tiene presencia por fuera de Bogotá.
  - b. Las Secretarías Departamentales también tienen funciones de inspección y vigilancia, pero difícilmente las pueden ejercer con las EPS que son el principal cliente de sus hospitales.
  - c. Las atribuciones legales entre las secretarías locales y la superintendencia no están suficientemente claras, o están traslapadas.
  - d. La heterogeneidad de figuras jurídicas de las EPS e IPS dificulta el control de las mismas
  - e. Hace 25 años dejó de haber una relación jerárquica entre gobierno nacional, departamental y local. El sistema se sigue apoyando inercialmente en esas líneas de autoridad inexistentes.

Los resultados anteriores pueden sintetizarse a partir de cuatro causas subyacentes:

**Coordinación:** La coordinación entre actores es un problema recurrente. Está asociado al número de actores presente en cada función, a la claridad de las reglas de juego, y a los incentivos que enfrentan los actores del sistema.

**Capacidad:** La asignación de funciones a entidades sin la suficiente capacidad para llevarlas a cabo es un problema recurrente del sistema. Se observa sobre todo en los municipios más pequeños.

**Escala mínima:** Tanto para el aseguramiento, como para los diferentes niveles de atención, existe cierto umbral mínimo de usuarios para lograr eficiencia en las operaciones. En localidades de baja población la presencia de múltiples actores hace más difícil que cada uno alcance el umbral necesario.

**Compatibilidad de funciones:** El ejercicio de ciertas funciones exige independencia de otras. Por ejemplo, quien ejerza la inspección, vigilancia y control en el nivel nacional y local no debería tener una relación de dependencia con las entidades vigiladas.

### *Recomendaciones*

Hoy en día los departamentos, distritos y municipios tienen múltiples roles en el sistema de salud. Esto, sumado a defectos de capacidad y conflictos de interés, hace que difícilmente puedan desempeñar ninguno bien. Es procedente, por lo tanto, darles una mayor especialización funcional, y consultar sus respectivas capacidades institucionales al momento de definir sus atribuciones. Por lo tanto un prerrequisito para la adecuada redefinición de funciones es una mejor estratificación de los municipios en términos de la capacidad institucional de sus administraciones públicas y la capacidad local de prestación de servicios de salud.

A continuación consideramos en forma sucesiva las funciones del sistema de salud. Para cada una de ellas evaluamos posibles cambios en la arquitectura institucional que respondan a los cuatro elementos del diagnóstico.

#### *Rectoría*

Tiene sentido que la rectoría del sistema, entendida como el fijar las reglas de juego, siga asignada al gobierno nacional. Sin embargo, se requiere de una presencia territorial que el gobierno nacional no tiene. Los gobiernos departamentales, o de ciudades grandes, están llamados a cumplir el papel de rectores locales del sistema.

#### *Inspección, vigilancia y control*

Habría que decidir si la Superintendencia de Salud abre sedes fuera de Bogotá (i.e. se desconcentra), o se apoya en entidades del orden departamental, de manera articulada, para ejercer la vigilancia. En esta decisión habría que asegurar la capacidad institucional. Si algunos entes de orden departamental no tienen la capacidad suficiente podrían crearse, para efectos de la vigilancia, jurisdicciones que abarquen más de un departamento.



En todo caso habría que salvaguardar la compatibilidad de funciones: Si un ente subordinado del gobernador ejerce la vigilancia, es deseable que ningún otro ente que también dependa del mismo funcionario sea vigilado (EPS, IPS). Hay dos maneras de salvaguardar dicha compatibilidad. Una es prohibir la coexistencia de funciones incompatibles en el mismo orden de gobierno (evitar, por ejemplo, que el gobernador no tenga que ejercer vigilancia sobre su propio hospital). Otra es establecer entes independientes de la administración central en el respectivo orden de gobierno, así como las contralorías, por ejemplo, son independientes del ejecutivo.

El sistema de vigilancia y control debería incluir unos canales claros y bien regulados para la recepción y respuesta de quejas. Los municipios podrían convertirse en voceros y orientadores de los usuarios, ayudarlos a canalizar las quejas por los canales establecidos y navegar por el sistema. Tienen una ventaja en el ejercicio de esta tarea, por su mayor cercanía con la ciudadanía.

#### Regulación

Está bien que la función regulatoria continúe en el gobierno nacional, y que se delegue en las entidades territoriales la implementación de ciertas regulaciones (por ejemplo, verificar estándares de habilitación). En aras de asegurar la capacidad, la escala mínima, y facilitar la aplicación de estándares más homogéneos, sería mejor delegar en primera instancia en los departamentos, y sólo en tareas específicas que lo ameriten, en algunos o todos los municipios. En este punto también aplican las consideraciones sobre compatibilidad de funciones (e.g. evitar tener que habilitarse a sí mismo).

#### Financiación, asignación de recursos

En términos generales las fórmulas de asignación de recursos están claras. Distinguen por función (aseguramiento, prestación, salud pública), y consultan las necesidades de la población, puesto que se basan en pagos per cápita ajustados por riesgo. Su implementación se dificulta por defectos de vigilancia, y de administración y operación del sistema.

## Administración y operación del sistema

En esta función hay problemas de capacidad y coordinación. El proceso de afiliación está delegado en las EPS, lo cual hace más difícil controlar la selección de riesgos por parte de éstas. Tiene sentido centralizar el diseño y operación en red del proceso de afiliación, y habilitar operadores idóneos con funciones muy puntuales (por ejemplo, recibir formularios e introducir novedades al sistema).

Los flujos de información en el sistema son defectuosos en parte por defectos de capacidad de los actores del sistema, por defectos en la estandarización y regulación de dichos flujos, y por redundancias innecesarias en el diseño institucional del sistema (punto siguiente).

## Aseguramiento / Compra de servicios de salud

En esta función se concentran los principales problemas de escala mínima, capacidad, coordinación y compatibilidad. Reducir el número de aseguradores o prestadores de cada nivel, los resolvería simultáneamente.

El punto de partida para reorganizar el sistema sería crear una tipología, específica para el sector salud, que permita clasificar a los municipios en categorías. Los criterios serían:

- Población y sus características demográficas, laborales y socioeconómicas
- Indicadores sociales (pobreza, educación, acceso a servicios de saneamiento, etc.)
- Concentración de la población
- Disponibilidad de prestador(es) primario(s) y capacidad de los mismos con relación a la población.
- Disponibilidad de prestadores de segundo y tercer nivel, o distancia de los mismos.
- Distancia de prestadores con servicios específicos de interés (e.g. cáncer, diálisis)

Este sistema de clasificación, a su vez, exige actualizar las clasificaciones de prestadores por niveles, habida cuenta del avance de la tecnología y los cambios en el entorno institucional del sistema.

En municipios medianos se podría habilitar la existencia de varias EPS, pero limitar su número, a fin de que cada una alcance el número mínimo de afiliados que hace viable contratar o montar prestadores primarios que hagan la gestión del riesgo en salud.

En municipios más grandes tendría operación plena el modelo de competencia regulada.

### Provisión

En este contexto habría que considerar las opciones de reasignación de funciones a entidades territoriales: Entidades del orden municipal y departamental podrían participar en la prestación, siempre que no represente una situación de conflicto o contradicción.

Las actividades de salud pública que corresponden a las entidades territoriales se podrían considerar una a una, pues tienen escalas de producción distintas, y reasignar entre departamentos y municipios. En este contexto se podría actualizar y re-aplicar el concepto de certificación, para su asunción por niveles de gobierno. El certificador debería ser independiente del municipio y departamento, y de potenciales presiones políticas.

### A modo de conclusión final

Por más de dos décadas, en Colombia han coexistido la descentralización territorial y la descentralización “corporativa” del sistema de salud. La descoordinación entre los dos sistemas ha sido y sigue siendo problemática. Los resultados de esta investigación y las propuestas que hemos desarrollado conducen a dos reflexiones finales. Primero, el rediseño del sistema pasa necesariamente por repensar y reformar las reglas de juego de la descentralización en salud contenidas en la ley 715 de 2001. Una reforma que omita la dimensión territorial tendría el efecto de perpetuar muchas de las disfunciones y debilidades que hoy se observan a nivel local. Segundo, es hora de repensar el papel del Estado, incluyendo los municipios y departamentos, en un sistema de salud que otorga un papel preponderante a organizaciones privadas en la organización y prestación de los servicios. En este contexto habría que darles a las diversas entidades territoriales una mayor especialización funcional, a fin de que puedan descargarse de aquellas que no pueden ejercer bien o les plantean conflictos de interés, y ejercer con más efectividad aquellas tareas que les son inherentes.

## I. Introducción

Colombia estableció un sistema de salud basado en el aseguramiento que ha producido resultados ampliamente documentados (Glassman et al., 2009; Fedesarrollo, 2012). En los primeros veinte años de vigencia de la reforma los esfuerzos han estado orientados a ampliar la cobertura. Una vez alcanzada la universalidad en la afiliación al sistema, la naturaleza de los retos cambia. De una parte, hay gran insatisfacción con la operatividad de los servicios y presión política para su rediseño institucional. Repensar la asignación de funciones en el sistema de salud no se puede hacer en abstracto, sino teniendo en cuenta la estructura político administrativa de los niveles nacional y territorial. En éste último se concentran muchos de los más importantes problemas operativos y de rendición de cuentas.

La descentralización en sistemas de salud puede tener dos dimensiones: una territorial y una corporativa. Mediante la primera se trasladan recursos, funciones y responsabilidades del gobierno central a los gobiernos locales. Con la segunda el Estado delega el cumplimiento de determinadas funciones a entidades no estatales, y/o habilita la participación privada en la prestación de servicios públicos (Chernichovsky & Chernichovsky, 2006; Chernichovsky & Prada, 2013).

En Colombia la reforma del sistema de salud iniciada por la ley 100 estableció un esquema de descentralización corporativa en el régimen contributivo, mediante el cual funciones previamente estatizadas se transfirieron a EPS e IPS, que tienden a ser privadas. Dicha reforma coincidió en el tiempo con la ley 60 de 1993, que delegó responsabilidades administrativas y presupuestarias a las autoridades departamentales (estatales) y locales. Por su simultaneidad, ninguna de estas dos leyes pudo diseñarse en función del contenido de la otra. Posteriormente la ley 715 de 2001 rediseñó la descentralización territorial en presencia de la ley 100, y fijó responsabilidades para las entidades territoriales únicamente en relación con el régimen subsidiado (RS).

En consecuencia, mientras que en el régimen contributivo (RC) sólo hubo descentralización corporativa, en el régimen subsidiado la descentralización territorial se sobrepuso a la corporativa. Esto generó redundancias que se han expresado, entre otros aspectos, en el flujo innecesariamente largo de los recursos hasta los prestadores (Chernichovsky et al., 2012).

A este problema se suman otros que son propios de la descentralización territorial: el riesgo de captura de las administraciones locales por parte de intereses clientelistas u otros, y la falta de capacidad de gestión de los gobiernos territoriales. En cuanto a esta última hubo una diferencia entre los sectores de educación y salud. En el primero la

gestión de los servicios se transfirió principalmente a los departamentos o municipios de más de 100.000 habitantes. En salud hubo mucho más municipalización, en particular en lo relacionado con el régimen subsidiado y actividades de salud pública. Esto pudo llevar a mayor atomización de recursos, dificultad en el control, y mayor dependencia de municipios pequeños con menor capacidad de gestión.

Un rasgo fundamental del diseño institucional es la forma como se da la rendición de cuentas por la adecuada prestación de los servicios (Savedoff & Gottret et al., 2008). Con la descentralización territorial ésta se debe dar directamente de las autoridades locales a su electorado. En la seguridad social tradicional esta se daba de los administradores de los servicios a los trabajadores y empleadores aportantes que estaban representados en los consejos directivos de entidades como el ISS. En la ley 100 está implícita, al menos en principio, una rendición de cuentas de mercado (la EPS rinde cuentas al cliente, que tiene la opción de elegir otra entidad si no está satisfecho con el servicio). Con la superposición de la reforma en salud y la descentralización no quedaron claros los canales e instancias para la rendición de cuentas por parte de los actores del sistema.

Lo anterior está asociado a la falta de claridad del papel que deben jugar las secretarías de salud locales. Tienen roles múltiples y potencialmente contradictorios entre sí: son aseguradores de la población no afiliada, en ocasiones son dueñas de entidades aseguradoras, están en las juntas directivas de los prestadores públicos, tienen funciones de inspección, vigilancia y control, y a su vez pueden ser objeto de control por el orden nacional. Un prerrequisito para la adecuada rendición de cuentas por parte de una entidad es que haya claridad sobre las funciones que se le asignan.

Las actividades de salud pública y prevención son un punto débil del sistema de salud. Algunas de estas actividades tienen una lógica territorial (e.g. control de mosquitos, calidad del agua) o tienen altas externalidades, y tiene sentido que sean de responsabilidad de un gobierno local. Otras actividades preventivas corresponden en principio al seguro médico (a las EPS). La articulación de unas y otras, y de ambas con otros servicios curativos de mayor complejidad es un reto pendiente. Su éxito depende crucialmente del diseño institucional que surge de la intersección de la descentralización y el aseguramiento social en salud.

Colombia introdujo en el sistema de salud el modelo de competencia regulada (Enthoven, 1988), en el cual tanto aseguradores como prestadores compiten por clientes. Dicho modelo supone la existencia de múltiples prestadores y se basa en unos prerrequisitos que usualmente se cumplen en grandes ciudades. Sin embargo los principios competitivos no son muy prácticos en las regiones y las poblaciones “periféricas” (Chernichovsky et al., 2012). Ello puede ocurrir en zonas de baja densidad y poblaciones dispersas que conducen

a situaciones naturales de monopolio y/o monopsonio. También en zonas de prevalencia alta de enfermedades contagiosas que requieren de una intervención centralizada a nivel de la comunidad debido a externalidades y de economías de escala en las actividades en salud pública. Cabe por lo tanto concebir un diseño institucional diferente en zonas que cumplan ciertos criterios.

### **Alcance del estudio**

El objetivo de este estudio es describir los problemas, las tensiones y los vacíos que la doble descentralización genera en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Con base en esta evaluación analítica se plantean alternativas de conciliación de los dos modelos buscando una adecuada realineación de incentivos entre los actores, definición de roles y asignación de recursos a necesidades. El alcance del estudio es descriptivo y conceptual. El documento se dirige a tomadores de decisión tanto del nivel nacional como de los niveles regionales. Es por ende un análisis de política y no un estudio de economía positiva. Es decir que, aun cuando el estudio es guiado por un marco conceptual, y se utilizan indicadores cuantitativos (tomados de fuentes secundarias) para ilustrar ideas e hipótesis, el alcance de la parte empírica no es establecer relaciones de causa-efecto entre las variables analizadas o hacer una evaluación de impacto de la descentralización. El propósito y alcance de los indicadores cuantitativos es ilustrar las premisas y argumentos del marco conceptual.

El análisis de política tiene una vocación propositiva. Busca identificar posibles cambios en el diseño institucional que mejoren el sistema de salud y su interacción con los diferentes niveles de gobierno. Las preguntas de investigación que orientan el estudio son:

- ¿Cómo resolver la redundancia institucional que surge de la doble descentralización en salud y conciliar las dimensiones territorial y corporativa?
- ¿Cómo asignar funciones entre entidades especializadas en aseguramiento o prestación, y niveles de gobierno?
- ¿Cómo posibilitar una variante “no competitiva” del modelo de salud en territorios “periféricos”?
- ¿Cómo articular las actividades de salud pública que tienen una lógica territorial con un sistema de salud con múltiples pagadores?
- ¿Cuáles deben ser las líneas de rendición de cuentas de los actores del sistema?  
¿Quién debe rendir cuentas a quién y por qué concepto?

### **Definición de términos y conceptos**

En esta sección presentamos las definiciones de ciertos términos y conceptos que habremos de usar de manera recurrente en este estudio. En primer lugar definimos

aquellos relacionados con la descentralización, y en seguida presentamos una definición del sistema de salud y las funciones que lo componen.

### *Conceptos sobre descentralización*

La descentralización es la transferencia de poder y de responsabilidades en materia de funciones públicas desde el gobierno central de un país hacia instancias gubernamentales subnacionales o instituciones autónomas (Rondinelli, 1981).

La descentralización muchas veces se clasifica según los tipos de responsabilidad que recaen sobre las diferentes instancias y según el grado de autonomía conferido a las autoridades locales. La descentralización es generalmente clasificada según tres categorías de responsabilidades: política, administrativa y fiscal (García Villegas et al., 2011; Hutchinson & LaFond, 2004).

#### *Descentralización política*

La descentralización política implica conferir mayor poder de decisión pública a los ciudadanos o a sus representantes localmente elegidos a través de procesos democráticos (World Bank, 2004, p. 89). Los argumentos a favor de la descentralización política se sustentan en la idea de que “las decisiones tomadas con un mayor grado de participación estarán más fundadas y serán más relevantes para los diferentes intereses de la sociedad que aquellas decisiones cupulares tomadas por las autoridades políticas de la nación. Este concepto implica que la selección de los representantes de las circunscripciones electorales por parte de sus habitantes permite que éstos conozcan mejor a sus representantes políticos y que éstos a su vez conozcan más de cerca las necesidades de sus electores” (Rondinelli, 1999). La descentralización política también constituye la base para traspasar varias funciones administrativas dentro del sector público.

#### *Descentralización fiscal*

La descentralización fiscal se refiere al control local sobre los recursos financieros, ya sea bajo la forma de asignación por gastos o mediante la propia generación de ingresos. Dentro del sector de la salud, sin embargo, usualmente los gobiernos locales tienen una capacidad limitada para generar ingresos propios. Por ello, generalmente los sistemas de salud dependen de las transferencias provenientes del gobierno central.

#### *Descentralización administrativa*

Se refiere al traslado de atribuciones legales desde el orden nacional y del nivel central hacia entidades territoriales o entidades autónomas, para que ejerzan competencias usualmente fiscales, económicas o administrativas, con autonomía.

En Colombia la descentralización puede adoptar varias formas, con fundamento en la Constitución Nacional (arts. 1, 123, 209 y 210), y en la ley.

#### Descentralización territorial:

Consiste en trasladar competencias desde el poder central hacia las entidades territoriales, para que ejecuten las competencias en su propio nombre y bajo su propia responsabilidad.

Implica una distribución de competencias entre órdenes de gobierno: Nación, Departamento, Distrito o Municipio.

#### Descentralización funcional o por servicios:

Consiste en trasladar competencias desde el poder central hacia órganos creados por ley, ordenanza o acuerdos (según el orden territorial), para que cumplan funciones especializadas, o presten servicios específicos de interés nacional, departamental o municipal. Tal el caso de los establecimientos públicos o de las empresas sociales.

Implica una distribución de competencias entre niveles de gobierno: Central y Descentralizado

En el orden nacional un ejemplo de entidad del nivel central podría ser el ministerio de Salud. Una entidad del nivel descentralizado podría ser un establecimiento público, como el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), por ejemplo.

En el orden territorial la secretaría de salud sería una entidad del nivel central, y una empresa social del estado sería un ejemplo de entidad del nivel descentralizado.

Nótese que si bien en el lenguaje coloquial a veces se usa la palabra nivel para aludir a la nación, departamentos, y municipios, en términos jurídicos se usa el término “orden” nacional, departamental o municipal. En lenguaje legal la palabra nivel se reserva para distinguir el sector central o descentralizado dentro de cada orden de gobierno (nacional o territorial).

#### Descentralización por colaboración:

Se da el traslado de competencias hacia particulares, para que ejerzan la función pública. Su fundamento normativo está en el inciso tercero del artículo 123 de la Constitución, y en la ley 489 de 1998, arts. 110, 43, 95 y 96, siendo ejemplos de este tipo la actividad notarial, así como los servicios que prestan las cámaras de comercio, o la Federación Nacional de Cafeteros.

#### Desconcentración:

Consiste en radicar competencias y funciones en dependencias ubicadas fuera de la sede principal del organismo o entidad. Se registra al interior de cada entidad.



La desconcentración se da, por ejemplo, cuando una entidad pública abre oficinas en diferentes lugares de una ciudad, o en ciudades o poblaciones diferentes a la de su sede principal. La desconcentración puede ser por territorio y por funciones.

Mientras la desconcentración se presenta al interior de la misma persona jurídica, la descentralización se presenta entre personas jurídicas diferentes

#### Delegación:

Consiste en transferir el ejercicio de funciones a otro u otros funcionarios con funciones afines o complementarias. El objeto de la delegación no son las funciones de un empleo, sino la autoridad o competencia con la cual el delegante enviste al delegatario para que tome decisiones en cumplimiento de una o varias de las funciones del empleo del cual el primero es el titular. La delegación se presenta entre funcionarios y no entre entidades públicas, tanto delegante como delegatario son servidores públicos. Tiene su fundamento en la ley 489 de 1998, art. 9.

En la literatura económica o de ciencia política se usa el término delegación (o “delegation”, en inglés) en un sentido más amplio. Se usa, por ejemplo, para decir que la ley delegó ciertas funciones esenciales del sistema de salud en las EPS. Este uso del término no corresponde estrictamente a la definición legal del mismo en Colombia.

No obstante, dada la frecuencia con que aparece en la literatura el término “delegación” en el sentido más amplio, en el presente trabajo lo definimos de manera general como el traslado o transferencia permanente de funciones o competencias a otras entidades (públicas o privadas).

#### Autonomía:

Acercas de la autonomía de las entidades territoriales, el artículo 287 de la Constitución establece que “Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley (...)”, lo que en términos de la Corte Constitucional implica “el derecho a gobernarse por autoridades propias, a ejercer las competencias que les correspondan, administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones y, por último, participar en las rentas nacionales” (Sentencia C-1051 de 2001, M.P. Jaime Araujo Rentería).

#### Descentralización corporativa vs privatización:

La ley colombiana ha permitido la participación de entidades privadas de diverso tipo, con o sin ánimo de lucro, en el aseguramiento y prestación de servicios de salud.

Esta particularidad podría denominarse privatización parcial. El término cabría, pues es una situación análoga a la ocurrida con los servicios públicos domiciliarios. El Estado se ha

retirado parcialmente de la prestación de los mismos y vendido algunas de las empresas que los operan. Una diferencia importante es que en el sector salud no se vendieron los hospitales públicos<sup>1</sup>, pero sí se permitió la entrada de nuevos entes privados a prestar el servicio públicamente financiado. En todo caso el modelo establecido en salud es el de competencia regulada, que supone la existencia de una industria y un mercado, los cuales el gobierno debe regular para el logro de los fines sociales deseados.

El esquema que permite participación de entes privados en el aseguramiento y la prestación también podría denominarse “descentralización por colaboración”. Así, podría decirse que en el régimen contributivo hubo una descentralización por colaboración hacia las EPS. En el presente trabajo adoptamos la convención de denominar esta situación como “privatización parcial”.

### *Conceptos sobre sistemas de salud*

La OMS ha propuesto un marco conceptual para analizar los sistemas de salud. En el presente estudio adaptamos al contexto colombiano las definiciones que propone la OMS, y las utilizamos para análisis.

Puede haber varias definiciones de sistema de salud, las cuales se ilustran como óvalos concéntricos en el Gráfico 1. Una definición estrecha consideraría sólo los servicios médicos prestados a las personas. Una más amplia incluiría además los servicios de salud que no se prestan a las personas sino a las comunidades (e.g. control de mosquitos, campañas de prevención). Una aún más amplia acciones intersectoriales en pro de la salud. La OMS define el sistema de salud como el conjunto de actores, instituciones y recursos cuyas actividades tengan como finalidad principal mejorar la salud.

Las actividades que realizan los actores del sector salud caben en la definición. Acciones de otros sectores pueden caber sólo si su propósito primordial es mejorar la salud. Es bien sabido que la educación de las madres, por ejemplo, mejora la salud de sus hijos. Pero la intención principal del sector educación no es mejorar la salud, sino educar a la población. No quedaría, entonces, dentro de la definición. Nótese que la definición sí cobija las acciones de médicos, hospitales y otros actores que estén en el sector privado.

En un sistema de salud, siguiendo el concepto de la OMS, se deben realizar varias funciones (Gráfico 2):

- Rectoría.
- Creación de recursos:
  - Inversión

---

<sup>1</sup> Salvo quizá los del ISS en liquidación, aunque ello ocurrió después de la liquidación.

- Entrenamiento
- Financiamiento:
  - Recaudo de recursos
  - Asignación y “pooling”
  - Compra estratégica de servicios
- Provisión de servicios:
  - Servicios personales
  - Servicios colectivos

Estas funciones no son un fin en sí mismo, sino un medio para cumplir los objetivos finales del sistema: a) mejorar el estado de salud de la población, b) calidad del trato<sup>2</sup>, y c) protección financiera. Respecto de estos objetivos finales, la meta de un sistema no sólo es avanzar “en promedio” sino disminuir las brechas entre grupos de la población. La equidad aparece, entonces, como un objetivo transversal.

A continuación definimos las diferentes funciones del sistema<sup>3</sup>:

#### Rectoría:

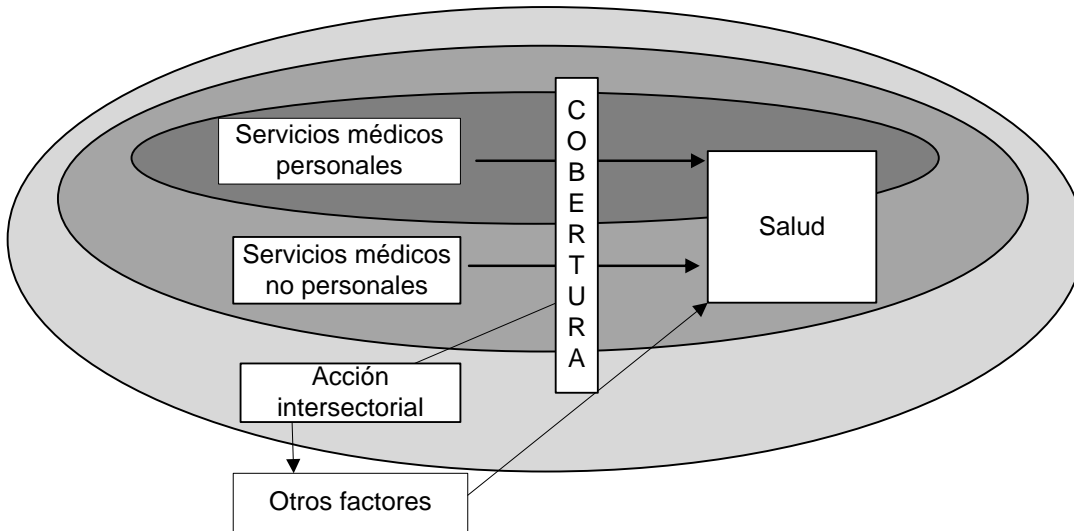
Consiste en fijar las reglas de juego del sistema, supervisar su desempeño, y hacer cumplir las normas y estándares.

---

<sup>2</sup> Alude al concepto de “reponsiveness” en inglés, que se refiere a la capacidad de satisfacer las expectativas de la población. En otros marcos conceptuales este objetivo se asimila a la satisfacción del consumidor.

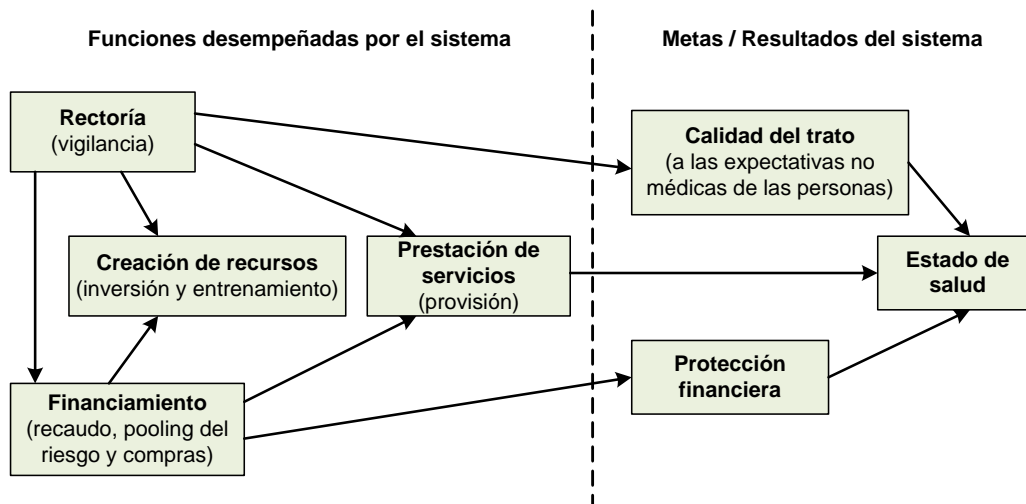
<sup>3</sup> La lista de definiciones es de OMS. Las definiciones no siguen esta fuente al pie de letra sino que buscan contextualizar la función al contexto colombiano.

**Gráfico 1 Definiciones de un sistema de salud**



Fuente: Murray & Evans (2006).

**Gráfico 2 Funciones y objetivos finales de un sistema de salud**



Fuente: Murray & Evans (2006).

**Creación de recursos:**

Consiste en crear las capacidades necesarias para el funcionamiento del sistema. Esto incluye la formación de médicos, enfermeras y otros recursos humanos del sector salud. También de infraestructura, incluyendo construcción y dotación de hospitales y demás puntos de atención en salud.

#### Financiamiento:

Incluye la función de recaudar los recursos financieros, impuestos y contribuciones, cuyo destino es financiar la prestación de servicios de salud.

También incluye la mancomunación del riesgo (mejor conocida por el término inglés “pooling”). Esta función consiste en asumir el riesgo financiero asociado a garantizar la atención en salud de grupos grandes de personas. La composición de los “pooles” de riesgo es determinante para el equilibrio financiero del sistema<sup>4</sup>.

El tercer componente del financiamiento es la compra estratégica de servicios. Consiste en seleccionar a los prestadores, acordar las condiciones de prestación de los servicios, gestionar el acceso del usuario a los mismos, y pagarlos<sup>5</sup>.

#### Prestación:

Consiste en organizar los recursos humanos, la infraestructura y los insumos necesarios para prestar los servicios de salud. Incluye servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación dirigidos a las personas, y otros servicios, como campañas masivas, dirigidas a la comunidad.

Aunque no se menciona explícitamente en el marco conceptual de la OMS, encontramos pertinente aportar una definición del término “aseguramiento”, el cual es central en los debates sobre el sistema de salud colombiano.

#### Aseguramiento:

El aseguramiento, de acuerdo a la ley colombiana, consiste en realizar las siguientes actividades<sup>6</sup>:

1. Administrar el riesgo financiero.
2. Gestionar el riesgo en salud.
3. Articular los servicios (organizar las redes) para garantizar el acceso efectivo.
4. Garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud.
5. Representar el afiliado ante el prestador.

---

<sup>4</sup> Hay grupos, como los jóvenes, que tienen un menor gasto esperado en salud, y otros grupos con un mayor gasto esperado. El equilibrio financiero del sistema y de las instituciones que lo componen exige que haya una composición balanceada de los “pooles” y/o mecanismos adecuados de compensación del riesgo entre instituciones.

<sup>5</sup> En algunos sistemas puede darse que la función de compra y prestación de servicios no están separadas, sino que la institución (e.g. el hospital) recibe un presupuesto para su funcionamiento sin que tenga que facturar o vender servicios. En Colombia y muchos otros países se han separado estas funciones.

<sup>6</sup> Véase definición de aseguramiento en salud del artículo 142 de la Ley 1122 de 2007.

## **II. Breve historia de la descentralización en salud**

La descentralización territorial en Colombia inició en los años 80 y se aceleró a partir de la Constitución de 1991 y las reformas legales que la siguieron. En 1986 se estableció la elección popular de alcaldes y cinco años después, con la nueva Constitución, la de gobernadores. Esta descentralización política se acompañó de un proceso de descentralización fiscal y administrativa. La primera transfirió mayores recursos a los gobiernos locales, y la segunda les asignó la competencia legal y las herramientas institucionales para ejercer más funciones.

En ese momento del tiempo había en el país tres “subsistemas” para la prestación de servicios de salud: i) la seguridad social, que cubría a los trabajadores del sector privado a través del ISS y a los del sector público mediante múltiples instituciones, ii) el sector privado, para la población más pudiente que podía comprar seguros voluntarios o pagar de su bolsillo los servicios, y iii) el sector público, que debía atender al resto de la población en hospitales y centros y puestos de salud públicos.

La ley 10 de 1990 estableció la forma de llevar a cabo el proceso de descentralización en el sector salud. Se ocupó únicamente del subsistema público, y transfirió a las entidades territoriales la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud. Asignó a los municipios la dirección y prestación de servicios de salud del primer nivel de atención, que comprendía los hospitales locales, los centros y puestos de salud. A los departamentos asignó los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención que comprende los hospitales regionales, universitarios y especializados.

De otra parte, dicha ley ordenó a las entidades territoriales crear unidades administrativas, separadas de las secretarías de salud, cuyo propósito sería asumir la función recién asignada de prestar servicios de salud. Estableció que los hospitales tuvieran una junta tripartita, con representantes de la comunidad y de los sectores “científico” y “político administrativo”. El director sería nombrado por el jefe de la entidad territorial de una terna enviada por la junta. Así, los hospitales y centros de salud pasaron a ser entidades separadas de las secretarías. Y empezaron a tener cierta autonomía respecto de la administración local, puesto que el alcalde o gobernador no necesariamente tendría control de la junta directiva.

La ley 10 estableció una certificación para la transferencia de los recursos y la asunción de las nuevas funciones. Los municipios podrían recibir los recursos siempre y cuando certificaran haber creado la dirección local (municipal) de salud, haber dotado a los centros de salud de personería jurídica y plantas de cargos, y otros requisitos institucionales para asumir la prestación de los servicios de primer nivel. Mientras tanto, las direcciones seccionales (departamentales) los recibirían. La ley también autorizó a las

entidades territoriales a contratar servicios de salud con prestadores privados, posiblemente para suplementar su propia red, si bien esta disposición no alcanzó a tener mayor desarrollo.

De otra parte, la ley 10 estableció como una función de la dirección local (municipal) de salud el hacer cumplir el reglamento sanitario de la ley 9 de 1979. Es un largo catálogo de normas para garantizar la limpieza y salubridad de lugares de trabajo, de procesamiento y expendio de alimentos, de disposición de aguas y residuos, entre muchas otras actividades. Así, les dio a los municipios facultades de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo ambiental. El reglamento cubre hospitales y centros de salud, pero el grueso de los “vigilados” en materia sanitaria son industrias y comercios ajenos al sector salud.

La ley 10 se dio en un contexto en el que la salud no se concebía como un derecho del ciudadano sino como un deber de la administración pública. Estableció las reglas de juego de la descentralización en salud bajo un modelo de sistema de salud de Estado prestador, en el que correspondía a la administración pública utilizar recursos de los impuestos para prestar directamente los servicios de salud: tanto las atenciones individuales como servicios de salud pública dirigidos a la comunidad.

Al considerar en retrospectiva este primer paso de la descentralización en salud que se dio con la ley 10 de 1990 saltan a la vista algunos rasgos de su diseño. Esta ley planteó una descentralización doble: en primera instancia la territorial y luego, dentro de cada entidad territorial, una descentralización funcional hacia hospitales separados de las secretarías. La una estaba lógicamente ligada a la otra, puesto que para asumir la función de la prestación de servicios había que crear las estructuras administrativas correspondientes. Así, se especializaban las secretarías en la función de rectoría y se dejaba en los hospitales la carga operativa de la prestación. Sin embargo, con la autonomía de las juntas directivas de los hospitales y el poder que la ley les dio en el nombramiento del gerente, dejó de haber una relación jerárquica directa entre el alcalde o gobernador y el director del hospital o centro de salud. Esta parte del diseño institucional volvió más probables los problemas de coordinación y los conflictos políticos locales.

Esta ley separó el primer nivel de atención de los superiores y les asignó responsables distintos (alcalde y gobernador, respectivamente). En principio esto podría tener sentido geográfico, puesto que el primer nivel demanda presencia más local y debe referir los casos más complejos a centros regionales. Sin embargo, en ese momento del tiempo ya se había establecido la elección popular de alcaldes, con la cual dejó de haber una relación jerárquica entre alcaldes y gobernadores. Con la descentralización política, entonces, se

hizo más difícil la coordinación entre niveles de gobierno, la cual es necesaria para el buen funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud.

Año y medio después de promulgada la ley 10 se aprobó la nueva Constitución. Esta estableció la seguridad social como un derecho irrenunciable y, en su artículo 49, que ordenó que “los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada”. En el artículo 356 estableció que los departamentos y distritos recibirían recursos fiscales, bajo la figura del situado fiscal, entre otros fines para salud. Este mismo artículo estableció una participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación, destinada a la inversión social. Ambos artículos ordenaron un crecimiento importante del situado fiscal y la participación de los municipios.

A mediados de 1993, dos años después de promulgada la Constitución, el Congreso aprobó la ley 60, una ley orgánica que fijó nuevas reglas para la descentralización en educación, salud y saneamiento, incluyendo las fórmulas para la distribución de recursos entre entidades territoriales.

La ley 60 ratificó la separación de responsabilidades en la prestación de servicios entre municipios y departamentos. Sin embargo, autorizó a los municipios a realizar prestación de nivel 2 y 3, previo acuerdo con el departamento. Estableció también los requisitos que deben cumplir los departamentos y municipios para manejar los recursos. Respecto de los municipios estableció una certificación con unos criterios similares a los de la ley 10 de 1990, que incluso remite a ella. Recordemos la lógica de esta certificación: condicionar la transferencia de los recursos a los municipios a la demostración, por parte de éstos, de la capacidad necesaria para asumir la prestación. Todo esto bajo un modelo Estado prestador.

Seis meses después de aprobada la ley 60 se promulgó la ley 100, y con ella sobrevino un cambio de fondo en el diseño institucional del sistema de salud. Antes de la reforma cada uno de los tres subsistemas que había desempeñaba todas las funciones propias de un sistema de salud: recaudar y financiar los recursos, organizar los servicios y prestarlos.

El Gráfico 3 muestra cómo cada sub-sistema integraba verticalmente todas las funciones. El ISS, la entidad más grande de la seguridad social, integraba dentro de la institución todas las funciones y hacía presencia en las regiones con sedes que operaban bajo un modelo de desconcentración. En el sector privado, el más pequeño en términos de población asegurada, había múltiples aseguradores y prestadores que, vistos como un todo, integraban el financiamiento, el aseguramiento y la prestación.

En el sector público hubo la descentralización antes mencionada. Vistos en su conjunto los órdenes nacional, departamental y municipal del gobierno, integraban verticalmente



todas las funciones e incluso desempeñaban algunas otras que escapaban al sector privado y a la seguridad social: las actividades colectivas de salud pública y el control de normas sanitarias y factores de riesgo ambientales.

**Gráfico 3 Funciones del sistema de salud antes de la ley 100**



Fuente: Los autores.

La ley 100 estableció un modelo de aseguramiento social universal que integró en un solo sistema las poblaciones previamente atendidas por la seguridad social y los subsistemas público y privado. El nuevo sistema propendió por la separación de funciones. Creó el FOSYGA como una institución especializada en la función de financiamiento. En el aseguramiento, que comprende la asunción del riesgo financiero y la organización de redes de servicios, así como en la prestación misma de los servicios, el nuevo sistema habilitó la coexistencia de múltiples instituciones públicas y privadas bajo un esquema de competencia regulada. En los párrafos que siguen adaptamos el marco conceptual presentado por Londoño & Frenk (1997) para interpretar el proceso de reforma que vivió Colombia a partir de la ley 100, y su relación con la descentralización.

La especialización funcional de las instituciones que trajo la reforma se puede ilustrar mediante las líneas horizontales que se muestran en el Gráfico 4. Así, se creó el FOSYGA

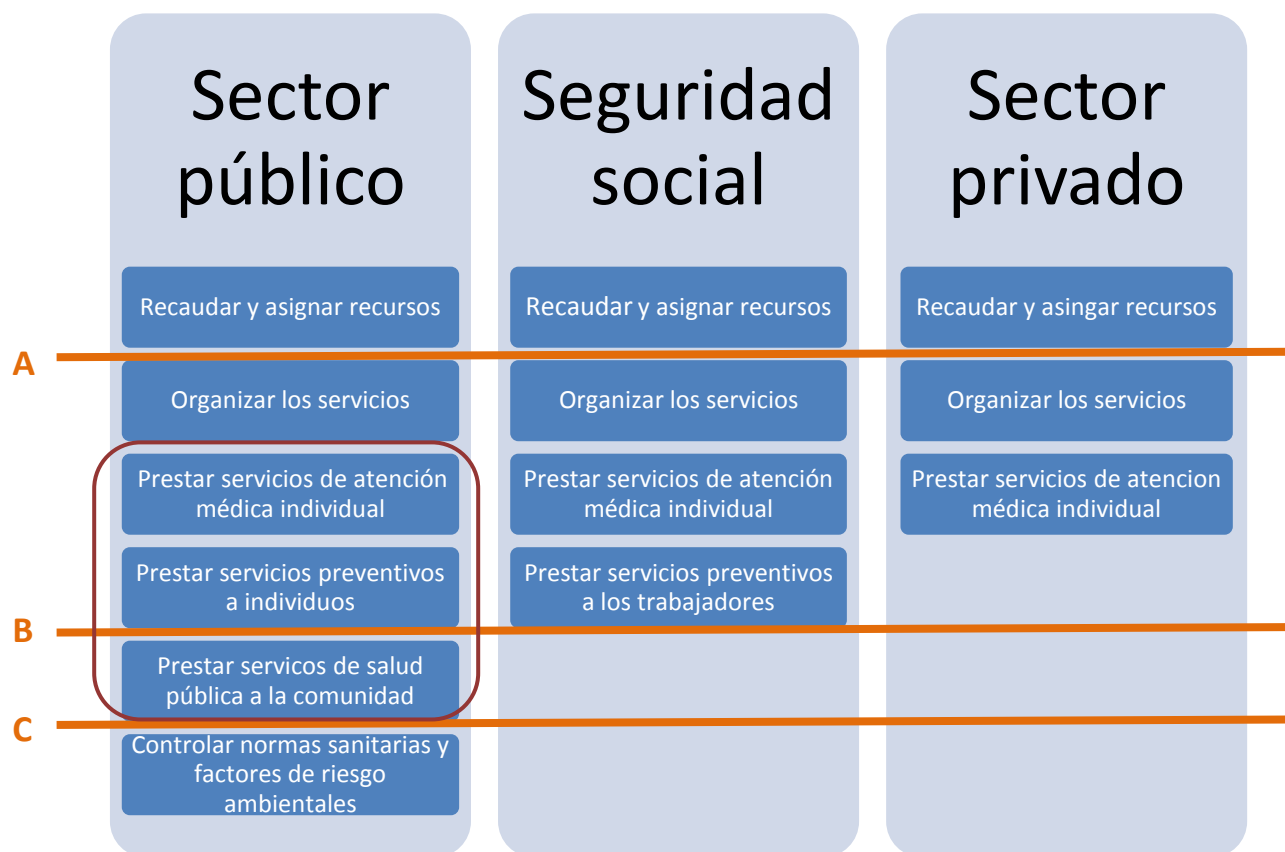
como una entidad especializada en el financiamiento. FOSYGA delegó la parte operativa del recaudo en las EPS, pero se especializó en juntar los recursos recaudados de todo el sistema y asignarlos a la población asegurada a través de pagos per cápita. Surgieron las EPS como instituciones especializadas en asumir el riesgo financiero de la población asegurada, organizar redes integrales de servicios propias y/o contratadas con prestadores independientes, y garantizar a través de dichas redes la prestación del plan obligatorio de salud.

La ley 100 intentó establecer una distinción conceptual entre los servicios preventivos dirigidos a los individuos, como podría ser, por ejemplo, el control de un paciente hipertenso, de los servicios colectivos de salud pública que se prestan no a personas individuales sino a la comunidad. Un ejemplo de estos últimos podría ser la fumigación contra los mosquitos. Este segundo tipo de servicios de salud pública se incluyó en el Plan de Atención Básica (PAB). La responsabilidad por los servicios médicos individuales, incluyendo los preventivos, correspondió a las EPS. En el Gráfico 4 ésta va de la línea A a la B. Por último, la responsabilidad por los servicios colectivos de salud pública del PAB, entre las líneas B y C en el Gráfico 4, correspondió a las entidades territoriales. La función de hacer cumplir el reglamento sanitario, por debajo de la línea C en el gráfico, correspondía a las direcciones locales de salud desde antes de la reforma, lo cual no cambió con ésta.

El modelo de la ley 100 cambió las reglas de juego para los hospitales públicos. Gradualmente estos deberían empezar a vender servicios a las EPS y, pasado un periodo de transición, auto sostenerse con los ingresos así obtenidos. Esta disposición, combinada con la separación por niveles que había establecido la ley 10 de 1990, tendría con el tiempo el efecto de desarticular la red pública puesto que cada nivel tenía un doliente distinto (municipio o departamento), y cada cual debía vender para sobrevivir, así se duplicaran o compitieran entre sí.

Obsérvese también que antes de la reforma, el radio de acción de los hospitales públicos iba más allá de prestar servicios preventivos a los individuos. Realizaban también actividades extramurales y prestaban servicios colectivos de salud pública en determinada jurisdicción o territorio que les era exclusivo. El rectángulo rojo a la izquierda del Gráfico 4 agrupa las actividades a cargo de los hospitales públicos previo a la ley 100. Con la reforma se dividió su radio de acción. Las actividades colectivas de salud pública pasaron a ser responsabilidad directa de la entidad territorial, la cual podía o no contratarlas con el mismo hospital, o podía contratarlos con más de un prestador en su jurisdicción.

Gráfico 4 Separación de funciones establecida por la ley 100



Fuente: Los autores.

La ley 100 cambió de manera fundamental el papel que habrían de cumplir las entidades territoriales en el sistema de salud. Antes, los departamentos y municipios ejercían una función de dirección en sus respectivas jurisdicciones, la cual consistía esencialmente en dirigir la prestación de los servicios en el respectivo nivel de atención del subsistema público. La reforma implicó para las entidades territoriales la asunción de roles nuevos adicionales a dirigir la prestación. El texto de la ley 100, en su artículo 174, lo expresó de manera explícita:

*“La estructura actual de los servicios de salud del subsector oficial en las entidades territoriales se adaptará e integrará progresivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (...) Esta Ley amplía la órbita de competencia de los sistemas de dirección en salud de los departamentos, distritos y municipios para garantizar la función social del estado en la adecuada prestación y ampliación de coberturas de los servicios de salud. Las direcciones de salud en los entes territoriales organizarán, de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley, el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable, realizando contratos para la atención de los afiliados de salud con las Entidades Promotoras de Salud que*

*funcionen en su territorio y promoviendo la creación de empresas solidarias de salud, así mismo, apoyarán la creación de Entidades públicas Promotoras de Salud y la transformación, de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley, de los hospitales en Instituciones Prestadoras de Servicios con capacidad de ofrecer servicios a las diferentes Entidades Promotoras de Salud” (Artículo 174, Ley 100 de 1993).*

El Gráfico 5 ilustra el diseño institucional del sistema de salud reformado. Obsérvese que las entidades territoriales quedaron con un rol por jugar en todas las funciones (ilustradas en la columna de la derecha), así:

- **Financiamiento:** Les correspondió a los gobiernos locales recaudar algunos recursos, recibir otros de la nación, y asignarlos a las distintas EPS del régimen subsidiado según la población afiliada a cada cual.
- **Aseguramiento y prestación:** Las entidades territoriales ya no debían garantizar la prestación de los servicios directamente sino que debían hacerlo indirectamente mediante la contratación de EPS para la atención de la población pobre y vulnerable. La ley 100 invitó, por lo demás, a las entidades territoriales a crear EPS. Y les ordenó transformar sus hospitales en entidades autosuficientes, proveedoras de las EPS. A los municipios les surgió además la nueva tarea de seleccionar los beneficiarios de los subsidios a la demanda del régimen subsidiado.
- **Salud pública colectiva:** Se definió como una responsabilidad de la entidad territorial el garantizar la prestación de los servicios del Plan de Atención Básica.
- **Vigilancia sanitaria:** Siguió siendo una responsabilidad del municipio asegurar el cumplimiento del reglamento sanitario.

**Gráfico 5 El sistema de salud reformado**

Función	Alcance	Responsable
Financiamiento	Recaudar y asignar recursos	FOSYGA (contributivo) Entidades territoriales (subsidiado)
Aseguramiento / Prestación	Organizar red de servicios Garantizar prestación del POS	Múltiples EPS e IPS (Públicas, Mixtas, Privadas)
Salud pública colectiva	Garantizar servicios del PAB	Entidades territoriales
Vigilancia sanitaria	Hacer cumplir reglamento sanitario	Municipio

Fuente: Los autores.

La ley 100 contempló un periodo largo de transición durante el cual habría personas aún sin afiliarse al nuevo sistema de seguridad social. En este tiempo las entidades territoriales seguirían operando, para la población no afiliada, con las reglas del sistema anterior a la reforma. Es decir, que debían seguir funcionando bajo la lógica del Estado prestador. La ley calculó que la transición iría hasta 2001, pero terminó extendiéndose una década más. Para las entidades territoriales asumir los nuevos roles asignados por la ley 100 representaba reto institucional considerable. La coexistencia del sistema nuevo y el viejo durante la transición lo hacía aún más difícil.

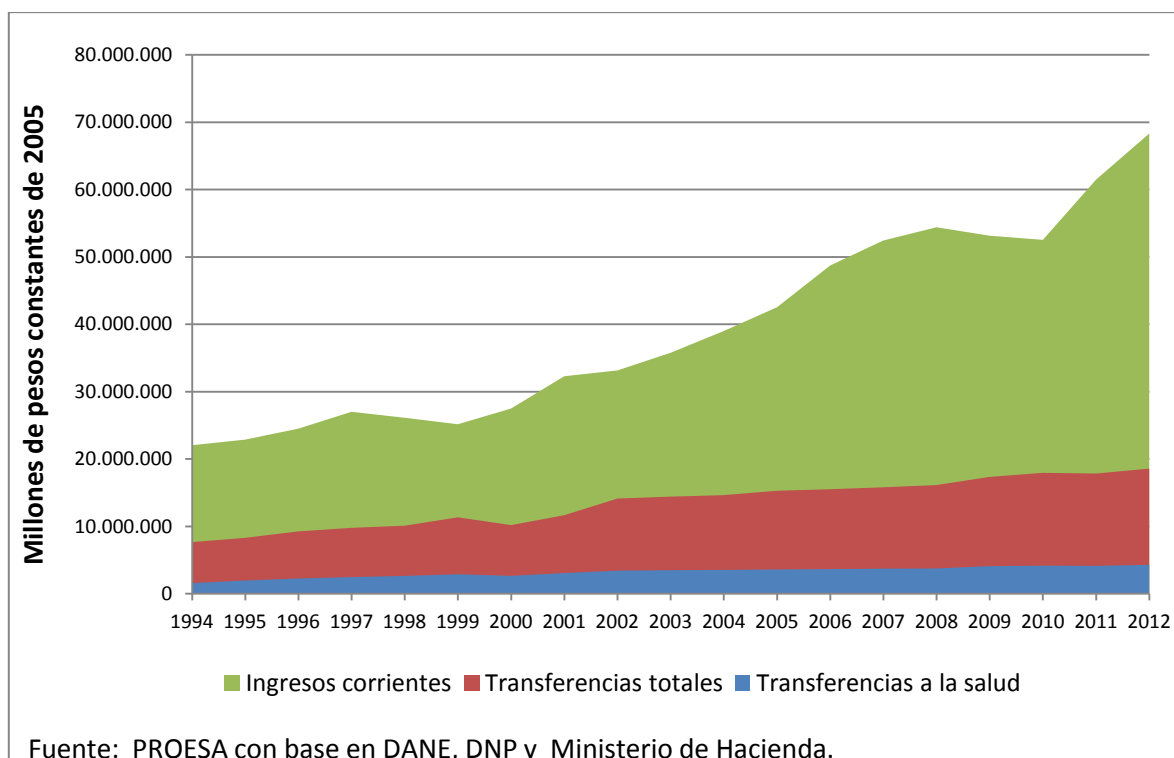
Los roles múltiples que la ley asignó a las entidades territoriales podían llegar a ser incompatibles. Por ejemplo, un municipio que creara una EPS, tendría interés en que más personas se afiliaran a su entidad. Perdería entonces la neutralidad al orientar a los usuarios en el proceso de afiliación. Teniendo además el municipio centros de salud a su cargo, no sería indiferente frente a las decisiones de selección de prestadores que hiciera su EPS.

El concepto de certificación era central en el proceso de descentralización, pues procuraba asegurar que la entidad que asumiera nuevas funciones efectivamente demostrara tener la capacidad de llevarlas a cabo. La certificación se había diseñado, en el sistema de salud anterior a la ley 100, en función de la capacidad de prestación de servicios de salud por

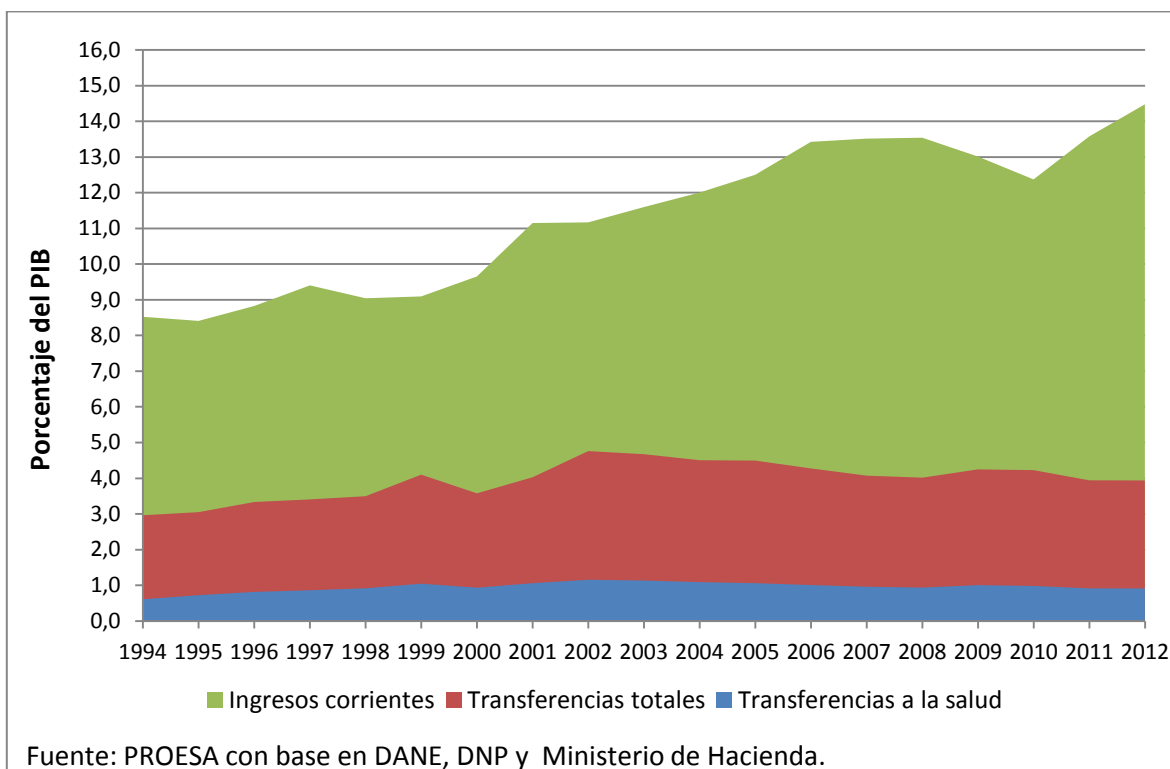
parte de las entidades territoriales. Con la reforma la certificación perdió su relevancia, puesto que la prestación dejó de ser la principal función asignada a los municipios y departamentos. Nunca se actualizó el concepto y se siguió aplicando inercialmente.

Con la implementación de las leyes 60 y 100, las transferencias fiscales de la nación a las entidades territoriales, destinadas principalmente a educación, salud y saneamiento, tuvieron un crecimiento considerable. Entre 1994 y 2001 tuvieron un crecimiento anual promedio de 10% en términos reales. Hasta 2000 la Constitución establecía que el monto las transferencias debía corresponder a una fracción fija de los ingresos corrientes de la Nación. En 2000 hubo una reforma constitucional que desaceleró el crecimiento de las transferencias y lo desligó del aumento en los ingresos fiscales del gobierno central. Entre 2001 y 2012 las transferencias para salud crecieron al 3%. La salud ha mantenido una participación del orden de 23.5% en las transferencias totales que reciben los entes territoriales. Para 2013 se destinan \$6.4 billones de pesos para Salud de un total de \$27.7 billones de los recursos del Sistema General de participaciones (Contraloría General de la República, 2013, p. 9).

**Gráfico 6 Ingresos corrientes de la nación y transferencias del SGP. 2000-2012**



**Gráfico 7 Ingresos corrientes de la Nación y transferencias del SGP como % del PIB. 1994-2012**



La ley 100 planteó el marchitamiento gradual de los subsidios de oferta, dirigidos a atender la población no afiliada. Por eso en el sector salud las partidas que más crecieron fueron las de aseguramiento y salud pública, dos funciones que el concepto original de certificación de municipios no abarcaba. Disposiciones presupuestales posteriores a la ley 100 indicaron a los municipios utilizar los recursos de la participación en los ingresos corrientes de la nación para afiliar beneficiarios al régimen subsidiado. Sin que hubiera sido muy explícito en la ley 100, los dos rubros de mayor crecimiento en el presupuesto del sector, el aseguramiento y la salud pública, se municipalizaron sin consultar la capacidad institucional de los receptores.

En los años que siguieron a la aprobación de la ley 100, durante la reglamentación e implementación, siguió habiendo vacíos normativos y confusiones respecto del papel de las entidades territoriales en el nuevo sistema. La reforma constitucional de 2000 modificó el monto de las transferencias y fusionó el situado fiscal con la participación de los municipios en los ingresos de la nación para crear el sistema nacional de participaciones. Esto obligó a reescribir las reglas de juego de la descentralización. En 2001 el legislador optó por derogar enteramente la ley 60 y expedir la ley 715.

En ese momento del tiempo algunos municipios se habían certificado, otros no. La nueva ley “congeló” el estatus de certificación de los municipios en 2001. La certificación siguió

teniendo efectos para la distribución de los recursos (decrecientes) de subsidio a la oferta. Para los rubros (crecientes) de aseguramiento y salud pública se hizo explícita la municipalización.

La Ley 715 aclaró las competencias entre municipios y departamentos, y ratificó muchas disposiciones anteriores. En cuanto a prestación de servicios en el sector público, en general siguió siendo responsabilidad de los municipios certificados el primer nivel de atención, y del departamento el segundo y tercer nivel, más el primer nivel de los municipios no certificados. La función de prestación de servicios habría de perder importancia relativa y participación en el presupuesto a medida que crecía la afiliación y se reducía el número de personas no afiliadas a alguna EPS.

En cuanto al aseguramiento, correspondió a los municipios financiarlo (contratando y pagando a las EPS), y al departamento vigilarlo. En salud pública correspondió a los municipios prestar los planes de atención colectiva. Hacer cumplir el reglamento sanitario también siguió siendo una responsabilidad municipal. En el control de algunos factores de riesgo ambiental (e.g. mosquitos) la responsabilidad se delegó únicamente a los municipios grandes de categorías 1, 2 o 3. Para el resto la función la asumieron los departamentos. A éstos últimos correspondió dirigir y controlar el sistema de vigilancia en salud pública, y asistir a los municipios en el cumplimiento de sus funciones. A los distritos se asignaron las funciones tanto de los municipios como de los departamentos.

La ley 715 de 2001 les dio a los municipios y distritos, en el régimen subsidiado, la responsabilidad de las actividades individuales de prevención que hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y que antes eran una función de las EPS. La ley 1122 de 2007 les devolvió a las EPS esta responsabilidad y los recursos correspondientes.

La ley 715, de otra parte, les asignó a las entidades territoriales, sobre todo a los departamentos, importantes funciones de inspección y vigilancia de los recursos y los actores del sistema de salud. Les dio así herramientas para fortalecer la rectoría del sistema a nivel local. Sin embargo, el hecho de que las mismas entidades territoriales no dejaron de tener el carácter de actores del sistema, planteó posibles contradicciones o conflictos en el ejercicio de la vigilancia. De otra parte la Superintendencia de Salud siempre ha tenido facultades de inspección, vigilancia y control, las cuales por lo demás se fortalecieron con la ley 1122 de 2007. Las normas más recientes que dotaron a la Superintendencia de facultades más amplias para controlar a los actores del sector no derogaron aquellas que les habían dado atribuciones similares a las entidades territoriales. Subsiste, entonces, cierta duplicidad y falta de claridad respecto de quién debe hacer qué en materia de vigilancia y control del sistema.



### III. Marco conceptual y metodología del estudio

#### Marco conceptual

La singularidad de la doble descentralización descrita en Colombia sugiere la ausencia de un marco conceptual estándar para su análisis. Bossert & Mitchell (2011) señalan cierto consenso que emerge en la literatura: el potencial de la descentralización del sector público como herramienta para mejorar la provisión de servicios públicos en salud involucra no solo la autoridad otorgada a los niveles subregionales, sino también su capacidad para hacerlo y las instancias definidas para la rendición de cuentas.

Cada uno de estos elementos ha sido debidamente estudiado en la literatura. Bossert (1998) formalizó el concepto del “Espacio de Decisión” adaptándolo a partir de la teoría económica de la agencia (v.gr. la relación agente-principal) como “el rango de decisión efectiva que le es permitido por la autoridad central (el principal) a la autoridad local (el agente)”. Dicho espacio es definido de manera formal por las leyes y la regulación (incluyendo a las cortes) y conforma las “reglas de juego” definidas por la autoridad central a la autoridad descentralizada. Bossert & Mitchell (2011) afirman que el espacio de decisión involucra una compleja interacción entre la capacidad de decisión entregada por ley según las funciones del sistema de salud, y la cantidad y discreción sobre recursos del sistema para cumplir con tales funciones.

De otro lado, la capacidad institucional es indispensable para ejecutar acciones. El programa de desarrollo de las Naciones Unidas define la capacidad como “la habilidad de individuos, organizaciones o sistemas para ejecutar apropiadamente funciones efectiva, eficiente y sosteniblemente” (UNDP, 1998). Bossert & Mitchell citan a Boffin (2002) para ejemplificar las múltiples dimensiones que han sido identificadas al respecto de la capacidad institucional. Dichas capacidades pueden ser de tipo administrativo, técnico, organizacional, financiero, humano.

Finalmente, la literatura sobre rendición de cuentas (*Accountability*) subraya su rol preponderante en la provisión de servicios. El Reporte del Desarrollo del Banco Mundial de 2004 lo resume así: “la provisión exitosa de servicios para los pobres emerge de relaciones institucionales en las cuales los actores se rinden cuentas entre sí mismos” (World Bank, 2004, p. 46).

Brinkerhoff (2003) elabora el concepto de la rendición de cuentas en el sector salud. El principal ingrediente de la rendición de cuentas es la obligación de dar explicaciones sobre las decisiones o acciones tomadas, y la existencia de sanciones por no darlas. Las explicaciones se refieren a qué se hizo, y por qué (justificación). Las sanciones no necesariamente son “castigos” legales; pueden ser sociales. Un ejemplo de estas últimas

es una amonestación informal de colegas cuando se infringen las expectativas éticas de una profesión. Puede haber una sanción de mercado: si el cliente o ciudadano no está satisfecho con las explicaciones se va a otra entidad.

La definición de este autor también considera el para qué de la rendición de cuentas. Surgen tres categorías: i) financiera, ii) sobre el desempeño y iii) política/democrática. La primera consiste en responder por el uso de los recursos confiados a la organización. La segunda en responder por el logro de los objetivos misionales esperados de acuerdo a metas preestablecidas. La tercera categoría se refiere al grado en que las instituciones, mecanismos y procedimientos del sector responden a las expectativas del electorado y salvaguardan la confianza del público.

La función de aseguramiento consiste en asumir el riesgo financiero y gestionar el riesgo en salud de los afiliados, organizar las redes de servicios, y representar al afiliado ante el prestador. Las organizaciones que cumplen esta labor deben rendir cuentas a los afiliados. En la medida en que son delegatarios de un servicio público deben también rendirlas al Estado. Deben rendir cuentas tanto por el uso de los recursos que les son confiados, como por la cobertura y calidad de los servicios.

Los prestadores deben rendir cuentas de manera similar. En los sistemas donde hay separación entre la función de compra y prestación de los servicios, normalmente media un contrato entre el pagador y el prestador. El contenido de dicho contrato, con sus previsiones sobre estándares del servicio, se convierte en un mecanismo central a través del cual el prestador rinde cuentas, por conducto del asegurador, a los afiliados y al Estado.

Existen tres canales a través de los cuales pueden rendir cuentas las organizaciones encargadas de comprar y prestar los servicios de salud (Gráfico 8). Uno es el mercado: si el servicio es malo, los afiliados en principio se pueden cambiar a otra aseguradora, o los usuarios solicitar los servicios de otro prestador<sup>7</sup>. Un segundo canal es de la rendición de “cuentas corporativa”. Se da cuando las partes interesadas<sup>8</sup>, como por ejemplo los trabajadores afiliados y los empresarios aportantes, tienen representantes en los consejos directivos de las organizaciones, y estos últimos se convierten en espacios donde los administradores de la organización rinden cuentas por sus resultados. Un tercer canal es el que se da a través del sistema político: la organización rinde cuentas a funcionarios popularmente electos, y estos a su vez rinden cuentas al electorado. Algunos sistemas,

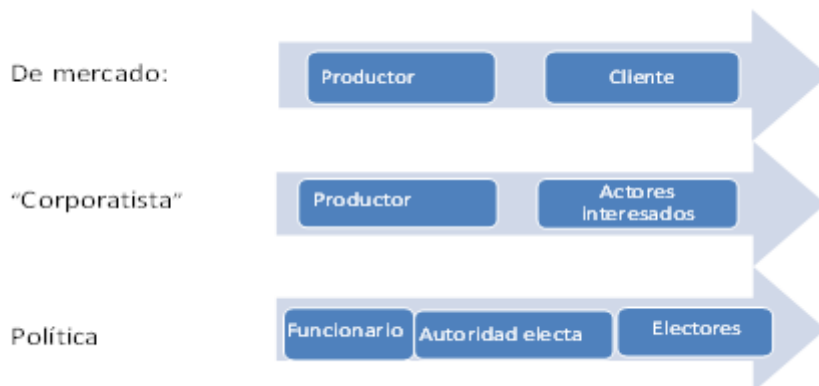
---

<sup>7</sup> El sistema colombiano habilita competencia plena entre aseguradores, y con ciertas limitaciones, busca darle al usuario opción dentro de la red prestadora del asegurador.

<sup>8</sup> Los llamados “stakeholders”.

como el alemán, se apoya mucho en la rendición de cuentas corporativa, mientras que otros, como el inglés, lo hace más a través del sistema político.

**Gráfico 8 Modelos de rendición de cuentas**



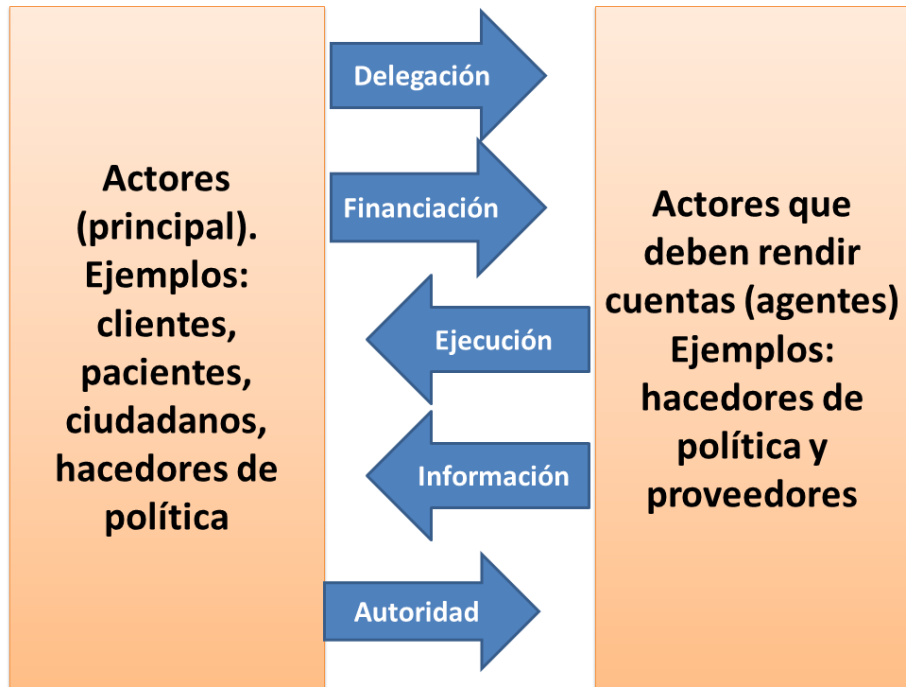
Fuente: Adaptado de World Development Report (2004).

Mientras que el concepto de rendición de cuentas es atractivo teóricamente, su definición es difícil de operacionalizar. Siguiendo el mismo documento del Banco Mundial, la definición de "rendición de cuentas" puede operacionalizarse como la relación entre actores que tiene cinco características: delegación, financiación, ejecución, información acerca de la ejecución y la autoridad para hacer cumplir lo delegado. Esta definición será de gran utilidad en el estudio porque permite derivar cuál o cuáles elementos de la relación entre los actores falla. Por ejemplo, sin una clara delegación no pueden exigirse resultados. A la vez, si un proveedor no recibe los recursos adecuados, exigirle cuentas o la prestación de servicios con un nivel mínimo de calidad puede ser incoherente. El Gráfico 9 ilustra esta definición.

Bossert & Mitchell (2011) argumentan que un marco conceptual que reúna estos tres elementos, vale decir el espacio de decisión, la capacidad institucional y la rendición de cuentas, es el más adecuado para estudiar de manera empírica procesos de descentralización en la provisión de servicios de salud. El modelo sugiere que es la interacción de estos tres elementos la que produce resultados en salud. Hace énfasis en que el objetivo de descentralizar debe ser medido a través del logro de mejores resultados de salud para la población. Y por ende se puede utilizar para desarrollar indicadores que den cuenta de cada una de estas dimensiones que luego pueden ser estudiados en conjunto para valorar factores de éxito o de fracaso. El

Gráfico 10 describe el modelo.

**Gráfico 9 Elementos de la rendición de cuentas**



Fuente: Word Development Report (2004).

**Gráfico 10 Marco conceptual**



Fuente: Bossert & Mitchell (2011).

Las aplicaciones conocidas de este marco conceptual hacen énfasis en el espacio de decisión, las capacidades y la rendición de cuentas de niveles nacionales y subnacionales de gobierno. Pero el mismo análisis se puede extender a las funciones que se asignan a entidades no estatales. Esto último es muy importante en Colombia, dado el rol preponderante que juegan las EPS e IPS.

La trilogía espacio de decisión-capacidad-rendición de cuentas se debe considerar para cada una de las funciones que conforman un sistema de salud. Estas funciones se han descrito en la literatura, entre otros por (WHO, 2000; Roberts et al., 2008). Incluyen la rectoría (regulación, vigilancia), la financiación (recaudo, asignación), la articulación de los servicios y la prestación. En este trabajo nos apoyamos en los desarrollos conceptuales de Chernichovsky & Chernichovsky (2006) sobre las posibles formas de organizar las funciones del sistema de salud, y las opciones de descentralización o delegación, función por función, tanto entre niveles de gobierno como hacia entidades no estatales.

## Metodología

El presente estudio utiliza una metodología de métodos mixtos. El análisis cualitativo incluye (1) revisión a la literatura, (2) recopilación y revisión jurídica y (3) entrevistas con secretarios de salud municipal, departamental y con expertos. El análisis cuantitativo es de corte descriptivo y se basa en fuentes secundarias.

El instrumento que permite operacionalizar el análisis es la matriz de funciones y actores del sistema (ilustrada de manera genérica en el Cuadro 1). En las filas se presentan las funciones y sub-funciones y en las columnas los actores. El objetivo de la matriz es identificar para cada una de las funciones el rol y responsabilidad de cada actor según la ley. Los actores se dividen en tres niveles: Gobierno Central, Gobiernos Territoriales y Corporaciones. El Gobierno Central se refiere a las instancias de gobierno que conforman la autoridad y cuyo ámbito de decisión es todo el territorio nacional. Los Gobiernos Territoriales se refieren a instancias del poder ejecutivo con ámbito de decisión territorial, incluye Departamentos, Distritos Especiales y Municipios. Finalmente la columna Corporaciones incluye las diversas formas de constitución jurídica que adoptan las EPS e IPS, que son casi siempre de naturaleza privada.

La revisión de literatura nacional e internacional utilizó dos técnicas. En primer lugar se usaron palabras claves de búsqueda como: “Colombia”, “Descentralización”, “Salud”, “SGSSS” en las siguientes bases de datos: Scielo, Econlit, PubMed, SciVerse y Google Scholar. Para la literatura gris se utilizaron los mismos criterios de búsqueda y se visitaron las páginas web de las siguientes instituciones: Banco Mundial, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud, Contraloría Nacional, Procuraduría Nacional, Federación Nacional de Departamentos y Fedesarrollo. La segunda técnica consistió en rastrear

(“snowball search strategy”) citas tanto hacia adelante como hacia atrás de los artículos y documentos considerados como relevantes. El rastreo hacia adelante se hizo utilizando “Google scholar”.

La metodología seguida para la revisión legal se resume en los siguientes pasos: (1) Recolección de información sobre descentralización para definir aspectos básicos como terminología jurídica en textos legales especializados; (2) Compilación de la legislación general sobre descentralización en salud teniendo en cuenta: Normatividad constitucional (Marco de referencia fundamental para este caso que es la Constitución Nacional de 1991), Normatividad de orden legislativo (Leyes), Normatividad de orden reglamentario (Decretos), Otros (resoluciones del Ministerio de Salud); (3) Compilación de la información a través de las bases de datos legales especializadas en línea: MULTILEGIS, VLEX (Acceso a través del portal de la Biblioteca de la Universidad Icesi); (4) Sistematización de la información sobre la legislación compilada (Revisión de vigencia de la normatividad, de la remisión a otras normas, lo anterior a través de fichas y o matrices que contengan los aspectos pertinentes para los objetivos del proyecto); (5) Contraste de las funciones del sistema de salud frente al fundamento legal; (6) Elaboración de tablas sobre las funciones del Sistema de Salud con su respectivo fundamento normativo que permitan establecer y extraer lo pertinente al “Espacio de decisión formal”.

**Cuadro 1 Matriz de funciones y actores**

<b>Función</b>	<b>Gobierno central</b>	<b>Gobierno local</b>	<b>Corporaciones (Entidades privadas)</b>
<b>Rectoría</b>			
<b>Inspección, Vigilancia y Control</b>			
<b>Regulación</b>			
<b>Financiación, Asignación de recursos</b>			
<b>Administración y operación del sistema de salud</b>			
<b>Compra de servicios de salud</b>			
<b>Provisión</b>			

Fuente: Los autores.

El análisis cualitativo se desarrolló con base en entrevistas estructuradas tanto con Secretarios de Salud municipal y departamental como con expertos del sector. Las entrevistas se estructuraron de acuerdo con la matriz de funciones, incluyendo preguntas abiertas. Cada entrevista fue grabada y transcrita con autorización de los expertos. La codificación de las transcripciones se hizo en el software Atlas Ti. Para guardar la confidencialidad de las respuestas las citas textuales se presentan de manera genérica (i.e. Secretaria de Salud Departamental, Secretaria de Salud Municipal, Experto).

Finalmente, para el análisis cuantitativo se realizó una búsqueda de fuentes de información secundaria. Se consultaron bases de datos de instituciones como: Departamento Nacional de Planeación, DANE, Contaduría General de la Nación, Procuraduría General de la Nación, Ministerio de Salud, Naciones Unidas, Ministerio de Educación y Superintendencia de Sociedades.

## IV. Revisión de literatura

El proceso de descentralización en Colombia ha sido ampliamente estudiado<sup>9</sup> (Fundación Konrad Adenauer, 2010). El mayor énfasis de la literatura se ha concentrado en evaluar aspectos fiscales (Alesina, Carrasquilla, Echavarría, 2000; Sanchez & Gonzales, 2011) y en analizar los avances en la cobertura de la provisión de servicios sociales (Sánchez, 2006). Para este estudio nos concentramos en la literatura que ha analizado la descentralización y el sector salud. En particular, consistentes con la hipótesis de trabajo de este estudio sobre “la doble descentralización” la siguiente revisión se concentra en subrayar los problemas, tensiones o dificultades en las entidades territoriales y las entidades encargadas del aseguramiento y la prestación de servicios de salud.

Comenzamos con estudios que tocan aspectos particulares y luego seguimos con la literatura que se concentra en dos problemas de salud específicos: Malaria y Tuberculosis. Estos últimos estudios ofrecen un escenario ideal para identificar las tensiones y/o vacíos entre los diferentes actores del sistema. Primero, porque analizan el problema a través de las acciones tendientes a mejorar la salud de una población. Segundo, porque comparan este tipo de programas antes y después de la descentralización. Para facilitar su lectura primero se enuncia el hecho encontrado por los autores (v.gr. “policy issues”) y luego se describe la justificación del mismo.

### ***Baja efectividad en el cumplimiento de funciones principales de las entidades administrativas en salud de los municipios***

Molina & Spurgeon (2007) con tres estudios de caso analizan la descentralización del sector salud en términos del desarrollo institucional y la participación comunitaria. En los tres municipios de Colombia estudiados (no especificados), los autores encontraron que casi todas las entidades administrativas<sup>10</sup> registraron niveles bajos de efectividad en el cumplimiento de las funciones principales. Los índices mostraron una efectividad entre muy ineficaz y moderada (con un índice entre 1.0 a 3.5).

---

<sup>9</sup> Para una compilación de datos y documentos visitar <http://descentralizacioncolombia.com/> sitio web del Profesor Alberto Maldonado. De igual forma el DNP tiene una página web dedicada a evaluación y seguimiento de la descentralización: <https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/Evaluaci%C3%B3nySeguimientodelaDescentralizaci%C3%B3n.aspx>

<sup>10</sup> La Dirección Municipal de Salud (DMS), Fondo de Salud Municipal (FSM), Administradoras del Esquema de Subsidios (AES) y Empresas Promotoras de Salud (EPS).



### ***Alta rotación laboral en las entidades que realizan vigilancia, inspección y control***

Silva, Herrera y Agudelo (2002) en un estudio de casos en siete municipios (tres de ellos certificados en salud) de Atlántico, Cundinamarca y Quindío en el 2001, sugieren que muchos de los ejecutores de las actividades de vigilancia, inspección y control presentan una alta rotación laboral, ya que están vinculados mediante contratos que no permiten su estabilidad, por lo que existe la posibilidad de clientelismo en los programas o los ejecutores.

### ***Carencia de capital humano calificado***

Molina & Spurgeon (2007) encontraron que en muchos municipios la Dirección de Salud Municipal no tenía la capacidad técnica apropiada para cumplir sus obligaciones. Estos carecieron de un apoyo político constante, y de apoyo técnico por parte del Ministerio de Salud para desarrollar una infraestructura administrativa adecuada.

### ***Ausencia de sistemas y de cultura de información en los municipios***

Granada et al. (2005) identificaron debilidad en los sistemas de información en una muestra de 495 municipios (248 certificados y el remanente no certificado). La disponibilidad de la información en el periodo 1991-2000 fue la siguiente: 51% de los municipios tenían variables de oferta<sup>11</sup>, 39% de uso<sup>12</sup>, 45% en el total<sup>13</sup> (oferta y uso). El 32% de los municipios no tenían información. Un resultado similar obtuvo Pinto et al. (2005) en una encuesta municipal entre 1998 y 2000 para 373 municipios, encontró que para el 2000, el 50% de los municipios cumplían con el criterio de sistemas de información.

En el mismo estudio, Granada y coautores, encontraron que las variables de oferta sobre recursos humanos y camas disponibles se obtuvieron con facilidad. Pero, lo mismo no sucedió con variables de uso (consulta médica, egresos hospitalarios y actividades de salud oral). Esto sugiere una menor cultura para la recolección, uso y suministro de la información por parte de los funcionarios. Posiblemente por falta de capacitación e incentivos para evaluar el desempeño.

---

<sup>11</sup> Las 8 variables fueron: número de IPS, camas, médicos, enfermeras, odontólogos, número de plazas rurales (enfermería, odontología y medicina general). En indicador de oferta consistió en una suma de valores binarios, 1 en caso que la variable existiera y 0 en caso contrario, sobre 8, que era el total de variables.

<sup>12</sup> Las 7 variables fueron: consultas por primera vez, consulta urgencias, egresos, controles prenatales, consultas de crecimiento y desarrollo, citologías y consultas de planificación familiar. En indicador de uso consistió en una suma de valores binarios, 1 en caso que la variable existiera y 0 en caso contrario, sobre 7, que era el total de variables.

<sup>13</sup> El indicador total fue un promedio ponderado de los indicadores de oferta y uso.

Granada et al. (2005) compararon la disponibilidad de información por tipo de certificación y encontraron que los municipios certificados presentan menor disponibilidad de información (43%) que los no certificados (45%), aún cuando este es un requisito para la certificación. La explicación parecería estar en que la certificación al otorgar autonomía en los procesos de decisión, generó una disminución en el flujo de información hacia los niveles departamental y nacional

Otras explicaciones para la carencia de información en muchos departamentos son: destrucción de archivos físicos, desaparición del SIS 12 (formulario del subsistema de información del Sistema Nacional de Salud, utilizado para la notificación obligatoria de enfermedades), manejo autónomo de la información en salud por parte de los municipios y falta de autoridad departamental para exigir la información a los municipios (Granada et al., 2005).

### ***Débil sistema de vigilancia, control y seguimiento***

El estudio de Silva, Herrera y Agudelo (2002) concluyó que el sistema de vigilancia, control y seguimiento es débil y no existe claridad sobre los responsables de la elaboración y ejecución en estos planes.

Adicionalmente, Molina & Spurgeon (2007) hallaron que la centralización de la Superintendencia Nacional de Salud ha dificultado abordar las quejas de los usuarios y aplicar sanciones contra las entidades de salud que no han obedecido su mandato legal. Esto según la perspectiva de los encargados de tomar las decisiones en los ámbitos regional y nacional.

### ***Incumplimiento de los criterios de la certificación por parte de los municipios certificados y no certificados***

Como se comentó en la sección de antecedentes, la idea de certificar a los municipios se concibió bajo el modelo anterior de Estado prestador de servicios, y nunca se actualizaron los criterios<sup>14</sup>.

En cuanto a la validez de la certificación, Pinto et al. (2005) encontraron que de 373 municipios pertenecientes a la muestra, tan sólo uno (0,3%) cumple con la totalidad de los criterios y una cuarta parte de ellos cumple con tres o menos criterios. Destacan los autores que un requisito tan esencial como es la elaboración del plan local de salud tenía un bajo cumplimiento, apenas 27,6%. El hallazgo puede tener una explicación en

---

<sup>14</sup> Los criterios de certificación son: 1. Contratación para prestación de servicios, 2. Fondo local de salud, 3. Afiliación a fondos de pensiones y de seguridad social, 4. Sistema de información, 5. Dirección local de salud, 6. Plan local de salud, 7. Empresa Social del Estado, 8. Organización régimen de carrera administrativa.

problemas de los procesos de descentralización en el nivel municipal que han sido identificados por otros autores, tales como la falta de aplicación adecuada del concepto de planeación estratégica y el desligamiento entre la planeación local de salud y la planeación del desarrollo municipal.

En el mismo estudio Pinto y coautores no encontraron diferencias notorias en el tipo de criterios cumplidos por lo municipios certificados y no certificados. Esto sugiere que el estatus de certificado de un municipio no lo hace, respecto de los criterios de certificación, muy diferente de los demás.

### ***Conflictos políticos entre departamentos y municipios por la certificación***

Jaramillo (2001) explica que la certificación, además de un proceso técnico y legal, puede reflejar conflictos y diferencias entre los municipios por el poder administrativo sobre la salud. El 3% de los municipios manifestaron que cumplían los requisitos, pero el departamento no los certificó. El 14% manifestó que existen problemas políticos para certificarse. Incluso el 8% de los entrevistados temían represalias de los departamentos con la certificación. El 6% de municipios ya certificados dice estar sufriendo el castigo con el abandono departamental, como en el caso del 5% que recibió la certificación pero no ha recibido la red de servicios.

### ***Demoras en el pago de salarios***

Carrasquilla, Gómez & Mateus (2005) encontraron que en 1991 y en 1994, 94%-95% de los hospitales pagaban oportunamente los salarios a sus empleados, pero estas cifras se redujeron a 75% en 1997 y 60% en 2000, sin diferencias entre hospitales de municipios descentralizados y no descentralizados. Las demoras en el pago de salarios se relacionan con los paros en los hospitales. En el período 2000-2001, cuando la crisis se agudizó, el número de hospitales que sufrían estos problemas aumentó.

## **Estudios en Malaria**

### ***Fragmentación de un sistema vertical para la erradicación de la Malaria***

Un primer hecho resaltado en la literatura es la ruptura que la descentralización territorial generó sobre el sistema de atención que existía en el país, llamado Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM). Como lo explican Kroeger, Ordoñez-Gonzalez y Aviña (2002) el SEM era una campaña directa cuya dirección técnica y administrativa estaba centralizada en el Ministerio de Salud y que luego se convirtió en la Unidad Administrativa Especial de Campañas Directas, también centralizada. Con la descentralización del programa se fragmentaron: (i) fondos, que fueron transferidos a cada uno de los 32

departamentos con base en la situación epidemiológica y con la condición de que estos los complementaran; (ii) organización y manejo; (iii) entrenamiento; (iv) compra de insecticidas y de equipos; (v) sistemas de información. Para el año 2000 se había fraccionado en 32 partes (los departamentos) en los concerniente a fondos y a control de vectores (fumigación en casas), y en 538 partes (los municipios certificados en salud) en lo correspondiente a diagnóstico y tratamiento (Kroeger, Ordoñez-Gonzalez y Aviña, 2002).

Carrasquilla (2006) en un estudio cualitativo de 319 municipios endémicos<sup>15</sup>, sugiere que la incidencia de malaria es más alta en los municipios certificados que en los no certificados, entre 1991-2000<sup>16</sup>. A esta misma conclusión llegan Borrero et al. (2012). Una explicación plausible según estos autores es que la certificación en salud ocasionó que los municipios de categorías 4, 5 y 6 dejaran de realizar acciones de control rutinario asumiendo que era responsabilidad de los departamentos, y por la misma razón los departamentos dejaron de realizar inspección, vigilancia y control sobre los municipios de categorías 1, 2 y 3.

#### ***(Des)coordinación institucional y desconocimiento normativo***

El estudio de Carrasquilla (2006) encontró que el 62% de las autoridades locales de los municipios descentralizados creen que con la descentralización no hubo cambio o incluso que empeoraron las actividades de coordinación interinstitucional para la promoción y prevención del control de malaria y para las actividades de participación comunitaria. Este resultado es significativamente superior al de los no descentralizados (43%).

De igual forma Carrasquilla (2006) especula que el aumento en la incidencia de malaria desde 1990 hasta 2002 puede deberse entre otros factores a la aplicación de reformas simultáneas descoordinadas y sin la debida socialización para los entes territoriales.

#### ***Atrasos en el cumplimiento de compromisos***

Kroeger, Ordoñez-Gonzalez y Aviña (2002) encuentran que debido a la limitada capacidad financiera de los municipios, después de la descentralización, los salarios de las personas que trabajaban en el programa podían tardar hasta cinco meses, lo que conducía a paros y manifestaciones que terminaron por afectar a los indicadores de salud.

---

<sup>15</sup> Con al menos cinco casos anuales en tres de los cinco años del periodo 1990-1994

<sup>16</sup> El estudio usa técnicas de regresión para ajustar medias estadísticamente, pero no una metodología valida de análisis causa-efecto.

### ***Carencia de capital humano calificado en los municipios***

Agudelo et al. (2004) en un estudio para 2002 y 2003, en 33 municipios<sup>17</sup>, en Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño, encontraron que los programas de control de malaria carecían de desarrollo administrativo y tenían pocas actividades de entrenamiento. La evidencia del estudio sugiere que el nuevo sistema de salud y su programa de control de enfermedades originadas por vectores no habían logrado confrontar las tendencias previas en una manera adecuada, ni evitar su empeoramiento.

El mismo estudio de Agudelo et al. (2004) encontró que los recursos humanos en los departamentos estudiados del Pacífico además de su baja escolaridad, inexperiencia, poco entrenamiento y vinculación reciente, tenían bajos incentivos y baja remuneración.

### ***Conflictos en el manejo del recurso humano entre departamentos y municipios***

Agudelo et al. (2004) describe que las relaciones de los departamento con los municipios no certificados es conflictiva según las percepciones de los actores del sistema. Los municipios quieren manejar el personal del programa de malaria pero que el departamento les pague. Además, acusan a los departamentos de retener parte de esos recursos destinados al Plan de Atención Básica (PAB) de los municipios.

### ***Las aseguradoras no tienen incentivos para pagar oportunamente el tratamiento de la malaria a los prestadores***

De acuerdo con Agudelo et al. (2004), las EPS y las ARS no reconocen o retrasan significativamente los pagos para actividades de diagnóstico y tratamiento de malaria a las IPS, llevando a que los municipios tengan que usar recursos que estaban destinados para otros fines. Las EPS y ARS argumentan que están desempeñando su función apropiadamente, porque los retrasos en los pagos a las IPS se deben a que los secretarios de salud no transfieren los recursos del régimen subsidiado o de los afiliados a tiempo. De igual forma, las EPS y ARS argumentan que no es viable u obligatorio pagar a las instituciones o personas distintas a los hospitales y secretarías por actividades de diagnóstico y tratamiento, porque no tienen ningún respaldo jurídico o contable para hacerlo. Como consecuencia las IPS están limitando su rol al diagnóstico y tratamiento de casos complicados, a la vez que enfrentan limitaciones en términos de recursos para Promoción y Prevención (PyP) y medicinas.

---

<sup>17</sup> De los cuales 28 con recurrencia de malaria y 5 como grupo de control.

### ***Inestabilidad política en el puesto de secretario de Salud***

Carrasquilla (2006) señala que en 2001 la mayoría de los departamentos y municipios estaban participando en la asignación de recursos y en la planeación y ejecución de actividades para el control de la malaria, sin embargo se presentaban dificultades, siendo la más notoria la inestabilidad de las autoridades municipales —los secretarios de Salud—, que se traducía en cambios en las prioridades y la orientación, a menudo varias veces en el mismo período de gobierno de un mandatario local.

### **Estudios en Tuberculosis**

#### ***Excesivo número de normas y falta de preparación***

Ayala y Kroeger (2002) en un estudio de caso (1999-2000) en tres municipios de Antioquia y Vichada, identificaron un excesivo número de resoluciones y normas que podía dificultar la toma de decisiones. Los mismos autores comentan que la reforma al sistema de salud tuvo como consecuencia el debilitamiento de las Secretarías de Salud. La dificultad más frecuente reconocida por la mayoría de los entrevistados fue el no haber tenido una adecuada preparación en las funciones y responsabilidades establecidas en la ley y la manera de asumirlas por los municipios.

#### ***Dificultad en el acceso al tratamiento, promoción y prevención de la tuberculosis en prestadores privados***

De acuerdo con Arbeláez (2006), en el contexto de descentralización ocurren dos líneas de acción contrastantes: el Estado buscaba definir un modelo de atención idóneo en el país para avanzar en la prevención y el tratamiento de la tuberculosis. Por otro lado, se incorporan esquemas de incentivos económicos que conducen a un desencuentro entre el modelo de financiamiento y el de atención.

Por ejemplo, Arbeláez (2004) encuentra problemático que la administración del tratamiento antituberculoso en las aseguradoras se preste sólo en las IPS de la EPS, cuando esta red no es accesible a los pacientes para su supervisión diaria. Si el paciente no está asegurado debe pagar su tratamiento o recurrir a los recursos financieros en la Dirección local de salud de los municipios. Frente a estas situaciones, afirma la autora, la capacidad reguladora del Estado ante la competencia de mercados se ha visto debilitada.

En otro estudio, Arbeláez (2006) ejemplifica este mismo punto de diferencias en la atención entre el sector público y el privado citando a Cuervo (2001). En este último estudio, el autor efectuó un análisis detallado, en una cohorte de 725 pacientes en Bogotá, sobre los recursos humanos destinados a la atención del paciente con

tuberculosis. Se encontró que en las instituciones públicas, el 5,86% de los pacientes fueron atendidos en instituciones sin personal asignado al programa, mientras que en centros privados esta cifra fue del 14,81%. De manera similar, Carvajal et al. (2004) en un estudio de casos en 7 municipios del Valle del Cauca encontró que 91 de 215 (42,3%) de las IPS públicas ofrecían regularmente acciones de control de tuberculosis y sólo 9 de 304 (3,0%) IPS privadas del conjunto total tenían acciones regulares de control de tuberculosis.

### ***Bajos niveles de detección y curación de la enfermedad por poca capacidad técnica y falta de experiencia en los centros de salud privados***

Estrechamente relacionado con el punto anterior, Carvajal et al. (2004) sostiene que el desmantelamiento de las acciones de control de la tuberculosis se reflejó directamente en los dos principales indicadores de gestión: detección de sintomáticos respiratorios y curación de casos, los cuales no alcanzaron en los municipios de estudio las metas establecidas para las acciones de control del nivel nacional. Con respecto a la tasa de captación de sintomáticos respiratorios, aunque no se puede apreciar el fenómeno antes de la reforma por falta de datos, se puede observar que para 1994, periodo de transición, y 1995 en adelante, tiempo de la implementación de la reforma, el indicador sólo alcanzó como máximo porcentaje el 24%. La cifra está lejos de lograr el estándar mínimo de 80% aceptado por el Ministerio.

Adicionalmente el estudio de Cuervo (2001), que incluyó 73 casos y 468 controles, encontró que el abandono del tratamiento antituberculoso también fue mayor entre los pacientes que recibieron su tratamiento en establecimientos de tercer nivel de atención y en instituciones privadas en comparación con instituciones públicas, lo que pone de relieve una posible falta de experiencia acumulada por los centros privados en el manejo de este problema.

### ***(Des)coordinación entre EPS y municipios en PAB***

Carvajal et al. (2004) destaca que en la revisión de los PAB municipales se evidenció la presencia de actividades de control de tuberculosis solamente en 2 de los 7 municipios estudiados para el 2000. Además, encontró que las EPS y ARS, de acuerdo con los registros consultados, no evidenciaron ninguna clase de participación en las acciones de promoción y prevención de la tuberculosis contempladas en el POS, pese a la competencia asignada por la ley.

En este mismo trabajo Carvajal y coautores afirman no haber identificado inversión en acciones de control de la tuberculosis por parte del municipio o de las administradoras. Los gastos en tuberculosis tuvieron un bajo porcentaje (en promedio 4,4%) de los recursos invertidos con respecto a la inversión global en promoción y prevención.

### ***Excesivos trámites, vacunación selectiva, y debilidad en actividades extramurales***

Ayala y Kroeger (2002) mencionan las dificultades de acceso a los servicios de vacunación, ocasionadas por los excesivos trámites y documentación exigida a los asegurados por parte de las EPS y ARS, particularmente en los dos municipios estudiados en Antioquia. Un hecho común es que sólo se vacunan a los infantes asegurados por una determinada entidad, y se excluye a los infantes asegurados por otra entidad o a los no asegurados. Además, hay pocas actividades extramurales realizadas por las IPS, hecho explicado por la falta de recursos y de autonomía para realizar actividades de vacunación extramuralmente.

### ***Fallas en la transmisión de la información de las EPS a los municipios se asocia a la baja detección de casos***

Ayala y Kroeger (2002) y Arbeláez (2006) señalan que la legislación no obliga a las EPS a reportar información de su actividad a las Secretarías de Salud, sino a la dirección departamental. Esta situación debilita el papel del municipio como evaluador y controlador de los actores del sistema. Además, no existen formularios oficiales para el seguimiento terapéutico del paciente.

### ***Las instituciones públicas tuvieron un déficit de preparación para afrontar los retos del nuevo sistema***

Ayala y Kroeger (2002) explican que según las entrevistas entre directores de hospitales y en las Secretarías de Salud Municipal, el personal de los hospitales no tuvo la capacitación necesaria para asumir los cambios y enfrentar los retos del nuevo sistema al convertirse en ESE y entrar a competir con entidades privadas prestadoras de servicios de salud. Las instituciones privadas, en cambio, no contaban con la experiencia en actividades de promoción, prevención y atención de los eventos de salud pública. Los organismos de vigilancia y control tampoco han ejercido esta función adecuadamente, dejando a las EPS y ARS sin la adecuada supervisión y el seguimiento de las actividades y servicios que prestan. Finalmente, Ayala y Kroeger (2002) encontraron poca educación al usuario (o la comunidad) sobre sus derechos y deberes en el nuevo sistema.



## Caja 1

### **Tuberculosis y descentralización: Los procesos y los actores**

El Esquema 1 muestra los procesos y los actores involucrados en la estrategia nacional contra la tuberculosis. El esquema presentado en Prada y Aguirre (2013) fue elaborado con base en el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis y complementado con entrevistas con actores del sistema.

El esquema presenta cinco flujos: financiación, distribución de medicamentos, asistencia técnica, tratamiento, y sistemas de información. El flujo de la asistencia técnica del esquema empieza con el Instituto Nacional de Salud (INS) que realiza los protocolos de atención en tuberculosis. El INS, al igual que el Ministerio, capacita a las direcciones locales (departamentales y municipales) y a las EPS. Por el lado de las IPS, éstas reciben asistencia técnica de las secretarías de salud municipal (SSM) en las categorías municipales 1, 2 y 3, y de las Secretarías de Salud Departamentales para los municipios de categorías 4, 5 y 6. También, los prestadores reciben capacitación de las EPS que contratan sus servicios. En la SSM, la asistencia técnica se realiza de forma individual y colectiva. El especialista en tuberculosis de la SSM capacita a los de la IPS. Dentro de esa asistencia técnica también se hacen labores de inspección, vigilancia y control (IVC) a las IPS del Municipio.

El proceso de distribución de medicamentos de primera línea (es decir, aquellos para tratar pacientes que no son drogoresistentes) empieza con el Ministerio quien es el encargado de planear, comprar, distribuir y controlarlos. Los medicamentos son luego distribuidos a los departamentos y a su vez los departamentos los distribuyen a los municipios, quienes a su vez los distribuyen a los prestadores. Los medicamentos para TB resistente son adquiridos por las EPS y distribuidos a los proveedores.

Cuando se integran los cinco flujos (Esquema 1), la complejidad del sistema actual es evidente. El análisis presentado por los autores muestra redundancias, vacíos y ambigüedades típicas de un proceso que involucra múltiples actores, y que redundan en costos para los pacientes. En el flujo de la información Prada y Aguirre (2013) encuentran la coexistencia de cuatro sistemas de información que no están integrados y a los cuales no tienen acceso todos los actores. Por ley, además, se exige amplia documentación de cada caso, lo cual impone una carga en los (o el) funcionarios municipal que compite con sus demás funciones. Demoras en el flujo de información entre IPS y Secretarías Municipales de Salud tienen efecto en el inicio del tratamiento y en la disponibilidad de medicamentos, con posibles consecuencias en el estado de salud de los enfermos.

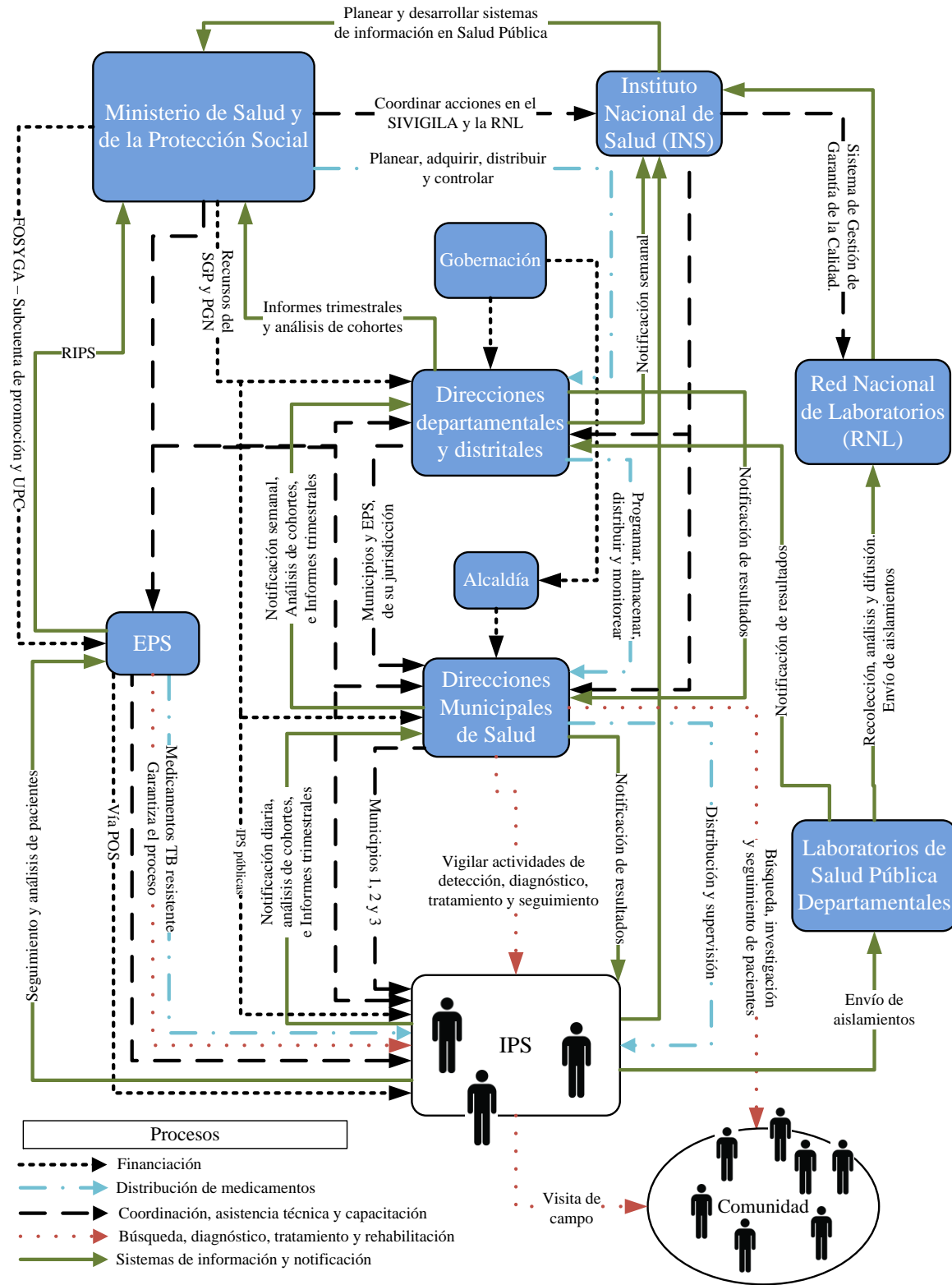
Explicado en parte, por los problemas de información, también existen problemas de rectoría en el sistema nacional, especialmente en planeación de demanda por medicamentos a nivel nacional. No son infrecuentes periodos de escases.

En cuanto a los procesos de detección, diagnóstico y tratamiento existen problemas ocasionados por la fragmentación de roles y poblaciones, y la disponibilidad de recursos. Las IPS hacen mayoritariamente búsqueda intramuros (a pacientes que atiendan por consulta externa), dejando la detección en la comunidad de lado (por costos o por seguridad) o en manos de las EPS o en manos de las secretarías de salud municipal. Aquí se presenta ambigüedad de roles que redundan en bajas tasas de detección, incrementando el riesgo de contagio en las comunidades.

La fragmentación de poblaciones se refiere a los problemas ocasionados por la afiliación de personas de una misma comunidad a diferentes EPS, en cuyo caso hay problemas de coordinación entre EPS, acceso y adherencia a medicamentos (por conformación de redes y rutas de acceso a medicamentos). La atención integral de estos pacientes implica un seguimiento caso a caso, cuyos recursos están en la prestación, pero cuyo rol está asignado a las entidades locales.

En síntesis, la atención de la tuberculosis en Colombia tiene problemas asociados a la doble descentralización: multiplicidad de roles, inconsistencia entre recursos y tareas asignadas, falta de coordinación, falta de rectoría, y fallas en los incentivos económicos.

**Esquema 1. Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015**



Fuente: Los autores.

## Espacio de decisión

En este capítulo analizamos el espacio de decisión que la ley le otorga al gobierno nacional, a los departamentos y municipios, así como a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Este espacio constituye, junto con la capacidad y la rendición de cuentas, la base metodológica del presente estudio. En primera instancia consideramos el espacio de decisión formal. Es decir, las decisiones que puede tomar y las funciones que debe cumplir cada orden de gobierno o tipo de entidad de acuerdo a la ley vigente. En segunda instancia nos apoyamos en las entrevistas realizadas con expertos, funcionarios y ex funcionarios del sector, para exponer la visión de los actores del sistema sobre la forma como se realizan las funciones en la práctica.

### *Análisis del espacio de decisión formal*

Para abordar el análisis del espacio de decisión formal hicimos una revisión de las leyes que fijan las reglas de juego del sector salud y la descentralización. Estas incluyen las leyes 100, 715, 1122 y 1438, así como disposiciones que siguen vigentes de leyes anteriores (ley 10 de 1990 y ley 9 de 1979). Se consultaron, así mismo, algunos decretos reglamentos expedidos por el gobierno nacional.

En esta revisión consideramos las funciones del sistema de salud: rectoría; inspección, vigilancia y control; regulación, financiación y asignación de recursos; administración y operación del sistema; compra de servicios de salud; provisión de servicios de salud. Para cada una ellas analizamos el espacio de decisión y las atribuciones conferidas a cada orden de gobierno (nacional, departamental y municipal) y a las EPS e IPS.

### *Tabla síntesis del espacio de decisión formal*

La tabla 1 enumera las funciones que se desempeñan en un sistema de salud, y las divide en sub-funciones. La selección de las subdivisiones no pretende ser exhaustiva, sino resaltar aquellas que en el contexto colombiano resultan críticas para el funcionamiento del sistema.

En las columnas se indican los órdenes de gobierno: nacional, departamental y municipal, así como las EPS e IPS. El gobierno nacional incluye las facultades reglamentarias del Presidente de la República, las funciones y atribuciones del ministerio de salud y sus entidades adscritas y vinculadas, y la Superintendencia Nacional de Salud. El gobierno departamental incluye las funciones y atribuciones de las secretarías departamentales y de todos los entes del orden departamental. El gobierno municipal se define de manera análoga. En aras de la simplicidad hacemos abstracción de los distritos. Esto no afecta la generalidad del análisis, puesto que para los efectos más importantes los distritos tienen las funciones tanto de los municipios como de los departamentos.

Contamos como EPS o IPS a todas las entidades autorizadas para funcionar como tales, lo cual incluye personas jurídicas de diverso tipo y naturaleza. En ocasiones el espacio de decisión de una entidad varía según el régimen o la naturaleza jurídica de la entidad. Por ejemplo, en el régimen subsidiado las EPS sólo pueden contratar hasta el 40% del valor de los servicios con entidades privadas. Así mismo, las EPS e IPS públicas, en razón de su naturaleza, tienen más restricciones en cuanto al manejo y remuneración de su personal y la selección de sus proveedores, entre otros asuntos.

En esta etapa del análisis tomamos la ley actual como dada y consideramos el espacio de decisión que le asigna a cada nivel de gobierno o entidad.

El espacio de decisión de cada ente respecto de las diferentes sub-funciones se puede caracterizar de diversas maneras. Puede ser una función que se ejerce de manera exclusiva, o bien compartida con otro u otros niveles de gobierno o entes. En caso de ser compartida, puede haber complementariedad en las competencias asignadas a cada ente, o bien puede haber conflictos de competencias.

De otra parte, la efectividad con que se ejerce determinada función depende si la respectiva entidad está dotada de poder coercitivo o persuasivo para hacerla cumplir. Un ejemplo de poder coercitivo sería la facultad de aplicar sanciones u obligar legalmente a terceros a realizar determinadas actividades. Un ejemplo de poder persuasivo sería disponer de un presupuesto para contratar ciertos servicios, instituciones o personas. Así, dentro del espacio de decisión asignado a una entidad, ésta puede estar dotada de un poder fuerte o débil según el alcance con que le son conferidas sus atribuciones legales, y según los recursos de que dispone.

En aplicaciones previas del concepto del espacio de decisión éste se ha caracterizado como amplio, moderado o estrecho (Bossert, 1998). La amplitud del espacio formal a su vez depende de cómo se defina la respectiva función. Por ejemplo, en habilitación de servicios de salud, la ley decide el qué hacer, el gobierno nacional define los estándares y procedimientos (el cómo hacerlo), y el departamento simplemente ejecuta. Es decir, hace la verificación y remite información, sin mayor margen de discreción. En unos casos, cuando una actividad está muy reglada, el responsable de hacerla no tiene mucho espacio para decidir cómo hacerla. En otros casos la ley asigna un responsable de la actividad y le da autonomía para decidir cómo llevarla a cabo. En el presente estudio, al definir las sub-funciones, hemos procurado separar la función de fijar las reglas de la de aplicarlas. De esta manera procuramos resaltar la separación institucional que suele haber entre las decisiones de “cómo” llevar a cabo una actividad y la realización de las mismas.

En aquellas funciones relacionadas con la gestión de recursos financieros, la amplitud del espacio de decisión está asociada a la fracción de dichos recursos que la respectiva entidad tiene a su cargo. Por ejemplo, en el recaudo de recursos, la mayoría de los recursos son de fuentes nacionales (impuestos generales) y sólo una fracción menor corresponde a rentas recaudadas por los departamentos. Así, respecto del recaudo de recursos, el gobierno nacional tiene un espacio de decisión amplio, y el departamental uno estrecho.

En el presente análisis habremos de considerar un espacio de decisión como amplio si, respecto de la sub-función analizada, se cumplen las siguientes condiciones:

- a) La entidad tiene margen de discreción para decidir el “cómo” ejercer la función.
- b) Tiene un poder fuerte, en el sentido de que la facultad legal le es conferida con claridad (no hay duplicidad o potenciales conflictos de competencias con otras entidades), y dispone de un poder coercitivo o persuasivo fuerte para ejercer la función.
- c) Su espacio de decisión abarca el grueso de los recursos involucrados en la respectiva función. Este criterio sólo aplica para aquellas sub-funciones que involucran la gestión de recursos financieros.

En las siguientes dos tablas consideramos secuencialmente las funciones y sub-funciones del sistema de salud, y hacemos ciertas precisiones y comentarios que justifican la caracterización del espacio de decisión formal.

<b>Tabla 1 Anotaciones cualitativas</b>		
<b>Función</b>	<b>Sub-función</b>	<b>Descripción</b>
<b>Rectoría</b>	Definir principios y reglas de juego del sistema de salud	De acuerdo a la ley esta es una atribución exclusiva del gobierno nacional. Tiene margen de discreción para decidir cómo ejercerla, y poder coercitivo y persuasivo. El espacio de decisión del gobierno, sin embargo, se ve limitado por la rama judicial y la Corte Constitucional, las cuales en ocasiones ordenan aplicar reglas distintas a las establecidas por la ley y el gobierno. Esto tiene un efecto análogo al de un conflicto de competencias.
	Alinear a los actores en función de objetivos comunes en su jurisdicción	El gobierno nacional dispone de facultades y recursos para ejercer ampliamente esta sub-función.
<b>Inspección, Vigilancia y Control</b>	Ejercer inspección vigilancia y control de factores de riesgo ambiental	Los sujetos de control son fabricantes de alimentos, expendios de comida, industrias contaminantes, y en general actores que no hacen parte del sector salud. Esta actividad es responsabilidad de los municipios y consiste en asegurar que terceros, por lo general particulares, se abstengan de determinadas prácticas potencialmente nocivas.
	Ejercer inspección, vigilancia y control del recaudo y uso de los recursos del SGSSS	Hay poder coercitivo. Los sujetos de control hacen parte del sector salud. Leyes anteriores a la Ley 100, y la Ley 715 le dan un papel importante a las entidades territoriales. Leyes más recientes (1122 y 1468) refuerzan las atribuciones y responsabilidades de las Superintendencia Nacional, pero no derogan explícitamente las normas anteriores. Hay traslape de atribuciones y competencias entre los órdenes de gobierno.
	Ejercer inspección, vigilancia y control de la prestación de los servicios de atención individual	Hay poder coercitivo. Los sujetos de control hacen parte del sector salud. Leyes anteriores a la Ley 100, y la Ley 715 le dan un papel importante a las entidades territoriales. Leyes más recientes (1122 y 1468) refuerzan las atribuciones y responsabilidades en IVC de la Superintendencia Nacional, pero no derogan explícitamente las normas anteriores. Hay traslape de atribuciones y competencias entre órdenes de gobierno.
<b>Regulación</b>	Definir estándares de habilitación, de aseguradores y prestadores	Es una atribución clara y exclusiva del gobierno nacional.

	Definir reglas de afiliación, y reglas y condiciones de acceso a los servicios	Es una atribución clara del gobierno nacional, compartida con la rama judicial de una manera más conflictiva que armónica.
	Habilitar EPS y decidir su área geográfica de operación	Es una atribución clara y exclusiva del gobierno nacional a través de la Superintendencia. En cuanto al área de influencia de las EPS, el gobierno autoriza. En el caso del contributivo la autorización es nacional, pero esto no implica que la EPS esté obligada a operar en todas partes.
	Habilitar IPS	Es una atribución clara y exclusiva de los departamentos por delegación del gobierno nacional. No tienen margen de discreción para decidir cómo realizar la actividad.
	Definir las tecnologías en salud que se habrán de cubrir con recursos públicos	Es una atribución clara del gobierno nacional, compartida con la rama judicial de una manera más conflictiva que armónica.
	Fijar precios y tarifas	El gobierno nacional, de manera exclusiva, dispone de facultades para regular precios y tarifas en el SGSSS. El ejercicio de esta facultad encuentra dificultades técnicas y de información.
<b>Financiación, Asignación de recursos</b>	Recaudar recursos fiscales y parafiscales	Esta función recae principalmente en el gobierno nacional. Ley 100 delega el recaudo de las cotizaciones en las EPS. Sin embargo, por la forma como opera hoy en día el recaudo con la planilla integrada de liquidación de aportes, quien tiene el control de este proceso es el gobierno y no las EPS. Los gobiernos departamentales tienen un espacio marginal en esta sub-función con algunas rentas destinadas a la salud que deben recaudar.
	Decidir la cuantía de recursos asignados a aseguramiento, prestación directa o salud pública	La ley establece las fórmulas para la asignación. El gobierno nacional, por la vía del proyecto de presupuesto que presenta al Congreso, tiene discreción para asignar montos superiores a los mínimos de ley. Los gobiernos territoriales tienen también la posibilidad de asignar recursos adicionales a los mínimos de ley, pero su capacidad fiscal para hacerlo es muy limitada.
	Decidir la cuantía de recursos asignados a diferentes poblaciones	La mayoría de los recursos se asigna a las poblaciones mediante la UPC, lo cual no deja al gobierno con poco margen de discreción a este respecto. El gobierno nacional define los parámetros de las fórmulas de ley que distribuyen los recursos de oferta, así como las fórmulas de la cuenta de alto costo. Por esta vía puede influir, marginalmente, en la asignación de recursos a ciertas poblaciones.



<b>Administración y operación del sistema</b>	Procesar solicitudes y administrar el proceso de afiliación de los ciudadanos	Esta actividad es principalmente una responsabilidad de las EPS. Deben coordinarse entre sí, a través de la base de datos única de afiliados que administra FOSYGA, a efectos de evitar la multi-afiliación. En el régimen subsidiado la afiliación requiere de un paso previo, que es la clasificación del hogar en el SISBEN, que es una actividad a cargo de los municipios. Hay claridad en la asignación de responsabilidades a cada actor que participa en el proceso. No hay mucho margen de discreción respecto de cómo realizar la actividad.
	Gestionar el riesgo en salud (evitar que la gente se enferme)	Esta es una responsabilidad compartida de las EPS y las entidades territoriales (los municipios principalmente). En principio las EPS deben hacerse cargo de actividades preventivas dirigidas a los individuos (e.g. detección temprana, manejo de enfermedades no contagiosas susceptibles de prevenirse), y las entidades territoriales deben emprender acciones de salud pública colectiva dirigidas a la comunidad. Si bien la ley establece esta diferenciación conceptual, en la práctica el manejo de muchas enfermedades atraviesa esta línea conceptual, y se produce confusión y falta claridad en la asunción de responsabilidades.
	Gestionar el riesgo financiero (de la atención en salud de una población)	Esta sub-función recae principalmente en las EPS que la ejercen al negociar tarifas con prestadores y evaluar la pertinencia de la atención. En la medida en que contraten con prestadores por capitación o por paquete, ceden parte del riesgo financiero a estos últimos, pero sigue siendo una decisión de la EPS cederlo o no. El gobierno también dispone de herramientas, como controles de precios, que contribuyen a la gestión del riesgo financiero.
	Registrar los eventos de morbilidad	Esta es una responsabilidad compartida que comienza con los prestadores (historia clínica) y una serie de notificaciones y reportes que deben hacer (SIVIGILA, estadísticas vitales), y que pasa por las entidades territoriales y el gobierno nacional.
	Registrar las prestaciones de servicios individuales	Esta es una responsabilidad compartida que comienza con los prestadores y una serie de reportes que deben hacer (RIPS), y que pasa por las EPS, las entidades territoriales y el gobierno nacional.

<b>Compra de servicios de salud individuales</b>	Seleccionar prestadores y proveedores, y negociar tarifas y condiciones	Esta es una decisión de las EPS. Aquellas que son privadas tienen libertad para elegir su red de prestadores y negociar condiciones. En lugares donde no hay muchos prestadores esta decisión está restringida por falta de opciones. Las EPS públicas pueden tener algunas restricciones por normas de contratación. Aquellas que operan en el régimen subsidiado tienen más restricciones para elegir sus prestadores dado que, bajo ciertas condiciones, tienen que contratar al menos el 60% de los recursos con prestadores públicos.
	Autorizar servicios y gestionar la demanda	Esta es una función exclusiva de la EPS. La excepción son los servicios de urgencias y los servicios ordenados por los jueces. Marginalmente les corresponde a los departamentos ejercerla para la población no asegurada.
	Administración de referencia y contra-referencia	Esta es una función de las EPS. Marginalmente, para la población vinculada, el departamento debe realizar esta función.
	Auditoría de facturas y pagos	Función de las EPS. Para los servicios no POS los jueces ordenan el recobro a FOSYGA y éste último debe auditar y pagar esas cuentas. Marginalmente, para la población vinculada, el departamento y municipio deben realizar esta función.
<b>Provisión</b>	Decidir los recursos humanos, insumos y la forma de prestar los servicios (hospitalarios, consulta externa, etc.)	Esta es una atribución de los hospitales y prestadores. Aquellos que son privados tienen relativa libertad para elegir la forma de vincular el personal y prestar los servicios (e.g. tercerización o no de algunos sub-procesos, adquisición de equipos vs leasing). Los hospitales públicos tienen más restricciones en la forma de vinculación del personal y la forma de prestar los servicios.
	Decidir los recursos humanos, insumos y la forma de prestar los servicios de salud pública y los dirigidos a la comunidad	Las entidades territoriales, sobre todo los municipios, tienen la responsabilidad de garantizar la prestación de estos servicios, bien sea directamente o mediante contrato con terceros.

Fuente: Los autores.

**Tabla 2 Caracterización del espacio de decisión**

<b>Función</b>	<b>Sub-función</b>	<b>Gobierno nacional</b>	<b>Departamentos</b>	<b>Municipios</b>	<b>EPS</b>	<b>IPS</b>
<b>Rectoría</b>	Definir de principios y reglas de juego del sistema de salud	Moderado				
	Alinear a los actores en función de objetivos comunes en su jurisdicción	Amplio	Estrecho	Estrecho		
<b>Inspección, Vigilancia y Control</b>	Ejercer inspección Vigilancia y Control de factores de riesgo ambiental		Moderado	Moderado		
	Ejercer inspección, vigilancia y control del recaudo y uso de los recursos del SGSSS	Moderado	Estrecho	Estrecho		
	Ejercer inspección, vigilancia y control de la prestación de los servicios de atención individual	Moderado	Estrecho	Estrecho		
<b>Regulación</b>	Definir estándares de habilitación, área de influencia de aseguradores y prestadores	Amplio				
	Definir reglas de afiliación, y reglas y condiciones de acceso a los servicios	Moderado				
	Habilitar EPS y decidir su área geográfica de operación	Amplio				
	Habilitar IPS		Estrecho			
	Definir las tecnologías en salud que se habrán de cubrir con recursos públicos	Moderado				
	Fijar precios y tarifas	Moderado				
<b>Financiación, Asignación de recursos</b>	Recaudar recursos fiscales y parafiscales	Amplio	Estrecho			

	Decidir la cuantía de recursos asignados a aseguramiento, prestación directa o salud pública	Estrecho				
	Decidir la cuantía de recursos asignados a diferentes poblaciones	Estrecho				
<b>Administración y operación del sistema</b>	Recibir y procesar solicitudes de afiliación de los ciudadanos			Estrecho	Moderado	
	Gestionar el riesgo en salud (evitar que la gente se enferme)			Moderado	Moderado	Estrecho
	Gestionar el riesgo financiero (de la atención en salud de una población)				Moderado	
	Registrar los eventos de morbilidad	Estrecho	Estrecho	Estrecho	Estrecho	Estrecho
	Registrar las prestaciones de servicios individuales	Estrecho	Estrecho	Estrecho	Estrecho	Estrecho
<b>Compra de servicios de salud individuales</b>	Seleccionar prestadores y proveedores, y negociar tarifas y condiciones				Amplio	
	Autorizar servicios y gestionar la demanda				Amplio	
	Administración de referencia y contra-referencia		Estrecho		Amplio	
	Auditoría de facturas y pagos	Estrecho	Estrecho	Estrecho	Amplio	
<b>Provisión</b>	Decidir los recursos humanos, insumos y la forma de prestar los servicios (hospitalarios, consulta externa, etc.)					Amplio para las privadas, moderado para las públicas
	Decidir los recursos humanos, insumos y la forma de prestar los servicios de salud pública y los dirigidos a la comunidad			Amplio		

Fuente: Los autores.

### Duplicidad de funciones en inspección, vigilancia y control

En análisis del espacio de decisión hace evidente que, en una función crítica para el buen funcionamiento del sistema, como lo es inspección, vigilancia y control, hay cierta duplicidad de funciones entre el orden nacional, a través de la Superintendencia Nacional de Salud, y los gobiernos locales.

En el Anexo 1 consideramos en más detalle la función de inspección, vigilancia y control (IVC). Nos concentramos en las acciones de IVC en las que las entidades territoriales y las EPS e IPS son vigiladas<sup>18</sup>, y consideramos los diferentes aspectos que se vigilan: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios, salud pública. Se observa que hay áreas en las que hay duplicidad de funciones o falta de claridad respecto del ámbito de acción de cada ente de control. Las entidades territoriales, y sobre todo las secretarías de salud departamentales, son al mismo tiempo entes de control (vigilan a otros) y sujeto vigilado por la Superintendencia. La siguiente tabla ilustra la duplicidad en la vigilancia y control de ciertas funciones.

**Tabla 3 Duplicidad de funciones entres entes territoriales y la Superintendencia de Salud**

<b>Aspecto que se vigila</b>	<b>Función de IVC que ejerce la Superintendencia</b>	<b>Función IVC que ejercen los entes territoriales<sup>19</sup></b>
sobre el cumplimiento de las normas y reglamentos sobre la dotación y mantenimiento hospitalario	A la Superintendencia le compete ejercer inspección, vigilancia y control sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud en lo relacionado con el cumplimiento de las normas y reglamentos sobre la dotación y mantenimiento hospitalario. (artículo 17, numeral 10, Decreto 1018 de 2007)	<i>La competencia para la aplicación de las medidas de seguridad la tienen la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud y los funcionarios que por decisión de esta, cumplan funciones de vigilancia y control en el ámbito de la presente resolución.</i>

<sup>18</sup> No consideramos otras acciones de IVC en las que los vigilados son, por ejemplo, expendios de alimentos, industrias contaminantes, u otros actores ajenos al sector.

<sup>19</sup> Artículos 43, 40, 41, 42, 44, 47, 48 y 49 de la Resolución 4445 de 1996 "por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 9a de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

<p>- En lo relacionado con el cumplimiento de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras sobre <b>tecnología biomédica y mantenimiento hospitalario</b></p>	<p>Le corresponde a la <b>Superintendencia Nacional de Salud</b> ejercer la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras sobre <b>tecnología biomédica y mantenimiento hospitalario</b>. (artículo 6, numeral 21 del Decreto <u>1018 de 2007</u>)</p>	<p><b>a) De conformidad con la normatividad mencionada, respecto al deber de las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud de la inspección y vigilancia en el cumplimiento de las normas técnicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, les corresponde a estas velar porque las <u>instituciones prestadoras de salud</u> de su jurisdicción elaboren los informes de asignación, ejecución y aplicación de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario. (numeral 7.6. del Título V de la Circular Única del año 2007)</b></p>
	<p>Le corresponde a la <b>Superintendencia Nacional de Salud</b> ejercer la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras sobre <b>tecnología biomédica y mantenimiento hospitalario</b>. (artículo 6, numeral 21 del Decreto <u>1018 de 2007</u>)</p>	<p>Le corresponde a las direcciones, departamental, distritales y/o municipales, en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control, proceder a suspender el uso de la tecnología o equipo biomédico si se determina que constituye un riesgo inminente n (Los artículos 10 y 21 de la <u>Resolución 434 de 2001</u>)</p>

<p><b>En el área de aseguramiento</b></p>	<p>a) A la <b>Superintendencia</b> le corresponde Ejercer la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas del sistema general de seguridad social en salud por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios de salud (EAPB) y por parte de las entidades territoriales, respecto de la afiliación, <u>aseguramiento</u> y sistemas de información (<i>artículo 17, numeral 1, Decreto 1018 de 2007; artículo 17, numeral 21, Decreto 1018 de 2007; artículo 17, numeral 26</i>)</p> <p>b) A la Superintendencia le corresponde realizar acciones de inspección, vigilancia y control sobre las funciones de inspección, vigilancia y control que ejercen las entidades territoriales sobre el <u>aseguramiento</u> y la prestación de servicios de salud en su jurisdicción (<i>artículo 17, numeral 3, Decreto 1018 de 2007</i>)</p>	<p>Los <b>Departamentos</b> Ejercen en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993. (<i>artículo 43.4.1 de la Ley 715 de 2001</i>)</p>
---	--	--

Fuente: Los autores.

### ***El espacio de decisión visto por los actores del sistema***

Realizamos una serie de entrevistas estructuradas con actores del sistema para indagar cómo se ejercen las diferentes funciones en la práctica, e identificar vacíos y tensiones en el actual sistema entre las entidades territoriales y las EPS e IPS. A continuación resumimos los principales hallazgos<sup>20</sup>. Citamos apartes de las entrevistas omitiendo la identidad de los funcionarios o expertos para preservar la confidencialidad.

### ***Con la descentralización se perdió la rectoría por parte del nivel central***

Quizá el punto más recurrente en todas las entrevistas fue la crítica al nivel nacional por abandonar la rectoría del sistema, y asumir que descentralización era sinónimo de desentendimiento de lo local.

<sup>20</sup> Para mejorar la legibilidad del texto, modismos, referencias a otras partes de la misma entrevista, y demás figuras y recursos del lenguaje hablado han sido editadas o removidas, sin modificar el sentido o contenido de las observaciones.

*El ministerio decide quedarse por fuera de la responsabilidad, se quedó sólo con los programas de interés en salud pública, y son los que mejor funcionan. Es decir que si el ministerio se hubiera apersonado de la prestación del servicio posiblemente estaríamos mejor (Secretaria de Salud Municipal).*

*El ministerio se hizo a un lado del 90% de la problemática de salud del país (desde la ley 60 pero con la ley 715 se alejó aún más). La vigilancia la hace la SuperSalud (no está diseñada para eso, solo estaba diseñada para asegurar que las loterías entregaran la plata al sector salud). En rectoría no contamos con cabeza, no hay quien defina las cosas (Secretaria de Salud Municipal).*

*La ley 715 estableció que los municipios son responsables del nivel uno y los departamentos de los demás niveles. El ministerio no quedo con ninguna responsabilidad (Secretaria de Salud Municipal).*

*Hay un agravante, el ministerio le dejo todo al departamento sin ningún control. En su proceso de descentralización, no hubo asistencia técnica, no hubo seguimiento, no hubo monitoreo, no hubo nada... Entonces cada departamento hizo lo que quiso. Hubo municipios que no tenían capacidad de nada que quedaron descentralizados (Experto).*

*Ha habido mucha falta del Estado a todos sus niveles, capacitando la gente y orientándola a cómo tiene que manejarse la salud en el país. Es una deficiencia que no tiene nombre (Experto).*

*Hay una falta de coherencia entre Política-Estado total. En salud eso fue gravísimo porque todo el mundo estaba a su libre albedrío y este fue interpretado de muchas maneras para robar, para no hacer, o para hacer más de lo que teníamos que hacer (Experto).*

Una de las formas en que se materializa este abandono es la relación del Ministerio con los mandatarios locales.

*Cada que se elige alcalde, lo citan ocho días para darle una inducción en lo que es el Estado. Es un brochazo superficial. Ellos no ven soporte en el departamento, en el ministerio o en la superintendencia. No hay quien les colabore, y se rinden de tocar y que nadie les conteste (Experto).*

La otra cara de la moneda está dada por los que aprovecharon estos poderes para desafiar al propio Ministerio.

*El otro extremo es que algunos se sintieron que con su descentralización se volvieron ministerios. Tenemos el caso del Distrito. En Bogotá decidieron que ellos no atendían a nadie, ellos interpretaban la norma o hacían su norma. La secretaria de salud de Antioquia*



*también decidió que ellos eran república independiente y que ellos hacían lo que querían (Experto).*

Además de la falta de rectoría, existen dudas del conocimiento por parte de los mismos funcionarios del Ministerio que tienen a cargo definir la política:

*Si la gente que ha definido la política no entiende que es descentralización ¿cómo van a entregar ese poder? El arreglo tiene que empezar desde arriba. Si no se entiende que no se puede fraccionar lo que entendemos por salud. Pero aun así lo hacen (Experto).*

*Por un lado está PyP, por otro está la Salud Pública, y por otro está lo individual, pero el paciente necesita la integralidad de esas acciones. Hay que tener claro que es el concepto de salud y que necesita una persona para solucionarle su problema. Si eso no se tiene claro, entonces tampoco se tiene claro que eso se tiene que solucionar (Experto).*

Finalmente se cuestiona la capacidad del Ministerio para hacer cumplir la política pública en materia de descentralización.

*Es el departamento es el que tiene que invertir porque la ley 715 tiene el plan bienal de inversión. Y el departamento dice que no tiene plata para eso. Y el ministerio nunca apretó (Experto).*

### ***La dificultad de coordinar debido a la fragmentación de la población entre las EPS***

Un segundo tema recurrente es el fenómeno de la fragmentación de las poblaciones y sus implicaciones en términos de la fragmentación de roles y recursos en el sistema.

*En el país se ha venido constituyendo un fenómeno: la ruptura de las poblaciones por la forma que se asignan los recursos. Desde el punto de vista del trabajo de los determinantes sociales, en todas las actividades de Salud Pública se asignan los recursos a diferentes agentes. Entonces las actividades no están sincronizadas (Secretaria de Salud Departamental).*

*Los recursos de promoción y prevención van pegados al POS, pero la población está subdividida en muchas aseguradoras, dónde cada uno hace sus propios planes. Yo puedo tener una familia en diferentes EPS y eso aumenta los costos de transacción de los individuos (Secretaria de Salud Departamental).*

*En lo asistencial: las EPS tienen que conformarle una red que le asegure la atención a la población afiliada. Hacer actividades de primer nivel, actividades de atención individual de PyP y algunas actividades colectivas. A la EPS le queda prácticamente imposible en esas poblaciones pequeñas. Hay EPS con 300 afiliados en un <pueblo>, en el otro pueblo a 100*

*kilómetros de distancia otros 5 mil, en otro mil. ¿Cómo los subdivido? ¿Cómo conformar redes así? Sale muy costosa la atención (Secretaria de Salud Departamental).*

Los costos de esta fragmentación son asumidos principalmente por los usuarios.

*Si yo transfiero de una red a otra al individuo, la articulación y el tránsito ordenado entre los diferentes niveles de atención es prácticamente imposible y aumenta los costos, principalmente a los individuos. Costos incluso de hacer solicitudes, autorizaciones, entre otros. La gente dice que es muy engorroso tener acceso a los servicios de salud (Secretaria de Salud Departamental).*

### ***La dificultad de coordinar debido a la fragmentación de IPS***

La descentralización también trajo consigo múltiples configuraciones de IPS que no ayuda en el proceso de coordinación.

*Hay IPS públicas que son del municipio, hay centralizadas y descentralizadas, hay unas que son departamentales. Yo tengo un municipio aquí, otro aquí, la cabecera por acá. Yo comienzo a tener dificultades porque este manda a este y este manda a este. Yo debería tener algo más regional que me articulara toda la población. Y para completar tengo cinco aseguradores con planes y programas diferentes. Eso no lo organiza nadie (Secretaria de Salud Departamental).*

*No creo en la descentralización, la mayoría de municipios no tienen la capacidad para asumir esas responsabilidades Y segundo me está rompiendo también las prestaciones de servicios en salud. Municipios más grandes con más recursos no le veo problemas. Pero en este momento así no funciona, no funciona en la mayoría del país (Secretaria de Salud Departamental).*

### ***Se perdió la gobernanza del sistema por la dificultad de coordinar en ausencia de jerarquías***

A la par con la fragmentación están los problemas de coordinación. Por un lado la duplicidad de actores y las tensiones entre los mismos.

*La nación tiene sus actores a nivel local, la beneficencia, el ICBF, Redes Unidos todos con programas específicos y agentes primarios (son aquellos individuos que hacen un trabajo específico en la comunidad). Yo trate de comenzar a articular todos esos agentes primarios con unos objetivos que nos fueran comunes para no duplicar esfuerzos y para hacer sinergia en esas actividades a nivel local porque nos estamos superponiendo en actividades (Secretaria de Salud Departamental).*

Por otro está la conformación de redes y su choque con la realidad de mercado de la descentralización corporativa.

*Aquí (en Colombia) hay un contrasentido. El ministerio obliga a crear redes desde lo público, pero cuando voy al mercado y ofrezco el portafolio de servicios de la red el asegurador no tiene los afiliados con esa misma distribución de necesidad de servicios, entonces para disminuir costos la EPS no contrata la red sino que contrata los diferentes niveles con diferentes redes (Secretaria de Salud Departamental).*

*En los sistemas nacionales de salud queda muy sencillo hacer redes por territorios. Independientemente de quien es el dueño, de la conformación, por niveles u otras formas de caracterizar. En Colombia (a las EPS) les toca hacer unas redes con una especie de afiliación voluntaria al aseguramiento. A la larga tengo múltiples redes en un territorio (puesto que cada ESE es una red) que compiten entre sí para que las contrate una EPS (sobre todo en las actividades de 2 y 3 nivel) (Secretaria de Salud Departamental).*

### **La descentralización no desarrolló la capacidad de las entidades territoriales**

Una de las premisas de la descentralización fue que la entrega de responsabilidades incentivaría la creación de capacidad en los entes territoriales. La realidad, destacada por los entrevistados es otra:

- Insuficiente número de personas “(En la capital de un departamento) hay tres funcionarios de planta” (Secretaria de Salud Departamental)
- Alta rotación de personal: “Los periodos de contratación son muy cortos y no hay una continuidad en los procesos.” (Secretaria de Salud Departamental)
- Baja preparación legal “La gente en los departamentos no lee normas. Resuelven el día a día y no les importa que hace el vecino.” (Consultor)
- Baja capacitación: “Pésima calidad del personal administrativo en el país, tanto departamentos y municipios. No capacitan a la gente, son administradores de empresa” (Consultor)
- Bajo compromiso “El funcionario público por lo general sólo hace lo que le toca hacer de 8 a 5.” (Consultor)
- Insuficiente conocimiento en instancias más altas. “Si el departamento no tiene idea de lo que está haciendo pues el municipio menos.” (Consultor)

Estos temas son especialmente críticos en municipios pequeños donde tanto recursos como capacidad técnica son escasos.

*En el país hay un 70% - 80% de municipios que no tienen capacidades. Los de 25 mil habitantes para abajo tienen muchos problemas para tener recurso humano calificado que*

*asuma esa serie de responsabilidades. Un alcalde de un municipio pequeño (menos de 5 mil habitantes) tiene 10 - 12 millones de pesos al año para contratar a un técnico. El técnico hace de todo. Sólo falta enseñarle a que atienda partos. Esa cosa no tiene sentido (Secretaría de Salud Departamental).*

En relación con la prestación, también hay problemas con los recursos humanos y la acumulación de conocimiento.

*El tema de servicios sociales obligatorios o rurales (se volvió un dolor de cabeza) que presupone una rotación permanente de los equipos de salud. Usted tiene un médico hoy y dentro de un año tiene otro. Cuando los rurales empiezan a fallar (desaparecer) se volvió más complejo (Secretaría de Salud Municipal).*

### ***Hay tensiones entre las EPS y las Entidades Territoriales***

Los problemas señalados anteriormente se manifiestan en tensiones en la operación de los diferentes actores. Existen varios puntos de tensión entre EPS y Entidades territoriales. El primero se relaciona con la capacidad de gestión que las ET tienen ante las EPS. En casos de disputa judicial, las ET no cuentan con la capacidad jurídica para enfrentar a los abogados de las EPS. Por ejemplo en una ciudad capital de departamento la planta de personal consiste en “el secretario, un funcionario y un asistente” y sólo existe “un abogado de planta para la secretaria departamental” (Secretaría de Salud Departamental).

El segundo está asociado a la jurisdicción, y la falta de capacidad de las ET en unos casos y voluntad en otras.

*Las EPS del contributivo son nacionales entonces no se sabe quién las controla. Los municipios deberían estar regulando que las metas (hablando de Salud Pública) se cumplan y sean pertinentes, pero hay municipios tan pequeños que no tienen recursos para regular. Los departamentos tenían que agrupar y revisar las matrices pero esto nunca se hizo (Secretaría Municipal de Salud).*

Relacionado con el anterior punto está la capacidad de las ET de discutir aspectos técnicos con los funcionarios de las EPS.

*La 3284 decía que las EPS eran responsables de las metas de salud pública de sus afiliados. Ellos hicieron lobby y solo tienen que esperar a la convocatoria del municipio. Pero los municipios son débiles y eso fue como poner al ratón a cuidar el queso. Algunos municipios no tienen secretaría sino que tienen un secretario de bienestar social (salud, educación y tránsito). Él debe negociar las metas de promoción y prevención con una EPS que manda una persona más preparada. Se supone que a las EPS las controlan los ET. Pero los ET*

*tienen que lidiar con sus problemas internos. Por ejemplo, las Secretarías de Salud no se meten con entes privados porque tienen suficientes problemas manejando su hospital departamental. Lo que sucedió fue que EPS y municipios se fueron cada uno a su esquina (Secretaria de Salud Municipal).*

El tercero es el correspondiente a la relación de ET y EPS, cuando la ET es el prestador. Según un secretario municipal de salud: *La relación entre Municipio y EPS es muy mala, la UPC ha subido y sin embargo el ingreso del Hospital ha bajado. El gobierno ha hecho un esfuerzo y la UPC (del Régimen Subsidiado) prácticamente se duplicó. Las EPS no contratan mucho al hospital municipal... La relación es compleja porque no pagan y no entregan todo lo que es (Secretaria de Salud Municipal).*

Y cómo prestador la ET puede no tener incentivos a entrar en conflicto con la EPS: *El sistema de denuncia ante el ministerio no sirve porque las IPS temen perder el cliente. La IPS sabe que entra perdiendo cuando se sienta a negociar con una EPS. Entonces trata de perder lo menos posible. No hay quien haga una segunda instancia en las negociaciones. Esto repercute negativamente en la prestación del servicio (Secretaria de Salud Municipal).*

Las tensiones entre ET y EPS se agravaron por los problemas financieros: *En 2003 comenzaron los problemas, Caparrapí (Cundinamarca) le debía toda la plata del mundo a las EPS, imagínese, las EPS subsidiando al municipio. Ahora las malas son las EPS, pero no son las más malas, los más malos son departamentos y municipios. El proceso de descentralización le hizo un daño muy grande al sistema de salud nacional (Experto).*

### ***Hay tensiones entre Entidades Territoriales y Hospitales Públicos***

Los problemas entre los alcaldes y gobernadores y los hospitales públicos se presentan en diversas áreas. El más relevante es la guerra de poder entre el gerente del hospital y el alcalde.

*Se presenta que en algunos municipios tiene más presupuesto el hospital que la alcaldía (aunque el hospital es de la alcaldía). Además los gerentes de hospital tienden a volverse alcaldes después. Entonces el alcalde tiende a reconocer al gerente del hospital como un enemigo político potencial porque es el que tiene plata... Si el alcalde no le gusta el gerente entonces le cierra la llave al hospital. Los contratos se demoran. Audita hasta el último peso. Se demoran en pagar (Secretaria de Salud Municipal).*

De igual forma existen diferencias en la capacidad técnica entre alcaldes y gerentes de hospital, que son aprovechadas por los gerentes.

“El gerente del Hospital sabe más que el alcalde, eso está claro. Y el Alcalde no quiere aprender porque eso es otro chicarrón para él. Educación y salud son un problema, no tanto en educación porque está más centralizado” (Experto).

Otro punto de tensión se da por la injerencia política en la oferta de servicios.

*Otro fenómeno que se da es que las autoridades locales presionan a las IPS públicas para colocar oferta por encima del nivel que le correspondería. En una evaluación que yo hacía me daba cuenta que los hospitales descentralizados que han asumido niveles que no les corresponde en municipios pequeños son los que más tienen problemas financieros. La gente presiona porque ‘yo quiero que me lo operen acá’. (Los alcaldes) lo ven como que están haciendo una buena gestión porque están tratando de traer especialistas y descuidan sus actividades de primer nivel y comienzan a renegociar y esto lo que genera es perdidas y comienzan a tener problemas de inviabilidad financiera (Secretaria de Salud Departamental).*

### **La descoordinación en la prestación y los problemas de niveles**

Los entrevistados identificaron problemas relacionados con el ordenamiento en la provisión de servicios, por ejemplo, aunque la ley ordena que los municipios asuman el nivel 1 y los departamentos los niveles 2 y 3, existen regiones donde está “invertida la provisión de servicios. El hospital nivel 3 pertenece al municipio y no al departamento... La E.S.E. nivel 1 que cubre todo los barrios es del departamento. El Nivel 2 también está en el departamento” (Secretaria de Salud Departamental) y esto repercute en las acciones de promoción y prevención “Como el nivel 1 no pertenece al municipio no hay apropiación del tema de promoción y prevención a nivel municipal” (Secretaria de Salud Departamental).

De igual forma la competencia y exigencia a las ESE de ser sostenibles financieramente genera incentivos a descuidar las actividades de PyP.

“El hospital del municipio está centrado en la venta de servicios complejos” (Secretaria de Salud Departamental).

“La descentralización rompe las redes de servicios, genera una competencia incluso entre municipios cercanos colocando oferta. Comienzan a competir entre ellos, comienzan a estimular demanda y comienzan a aumentar los costos de la atención irónicamente” (Secretaria de Salud Departamental).

Un problema adicional está en la coordinación entre los niveles de atención, bien sea por prioridad, por ambigüedad en las definiciones, o por la sostenibilidad financiera. Un secretario de salud municipal lo ejemplifica muy bien con dos casos.

*Por ejemplo, mis prioridades como municipio son: cobertura de afiliación, mortalidad por cáncer de cuello uterino, y que no haya muerte por dengue. El cáncer de cuello uterino implica una cirugía que se hace en nivel 2, entonces en nivel 1 hacen la citología, remiten el paciente, pero las prioridades del nivel 2 no son los mismos entonces se genera un limbo creciente. Dado que las prioridades no son las mismas se comenzó a deteriorar la salud pública. Se hizo mucho énfasis en la distribución de los niveles pero no se aclararon las interfaces entre niveles. Lo que lo mata a uno es la interface. Otro ejemplo: el niño con la infección respiratoria aguda, se complica y termina en la UCI. Ya cambia de nivel. Yo (municipio) hago las cosas bien y evito que el niño se complique y llegue a UCI, pero algunos se complican y llegan a UCI. El departamento dice que el municipio deja complicar a todos los niños y llegan a UCI. Esto generó una rivalidad entre municipios y departamentos (Secretaria de Salud Municipal).*

*Ellos (un municipio) alcanzaron a hacer una E.S.E. departamental (de primer y segundo nivel) y una E.S.E. Municipal (de primer nivel). Yo los senté aquí a ambos después de mucho tiempo para arreglar la población, no competir y poder focalizar los planes y proyectos de salud pública (Secretaria de Salud Departamental).*

En este mismo orden de ideas se cuestiona la coordinación entre entidades territoriales.

*El sistema falla desde antes de la ley 100 debido a que es difícil lidiar con las autonomías. Un secretario departamental tiene muchos problemas para lidiar con la autonomía de sus secretarios municipales y sus gerentes. Las Entidades Territoriales se defienden de otras Entidades Territoriales (Secretaria Municipal de Salud).*

### ***Ambigüedad de roles entre Supersalud y Entidades Territoriales ¿Quién tiene el poder de sancionar a una IPS o EPS?***

La ambigüedad sobre quien tiene el poder de sancionar es un área de preocupación a nivel de las entidades territoriales.

*No hay quien defienda a los ciudadanos. Las facultades de rectoría las entregó el ministerio a los departamentos y municipios, pero las funciones sancionatorias de las EPS del contributivo nunca han estado claras de quien son (aparentemente son de la Superintendencia). Ellos no pueden sancionar a ningún prestador o a una EPS. Las facultades para sancionar (cerrar) una IPS no están en los municipios sino en la superintendencia (Experto).*

A los municipios les quitaron las facultades de sanción porque no fueron buenos ejecutando. ... El municipio reporta una queja a la Supersalud y al cabo de mucho tiempo, la Supersalud regresa la queja para que la investiguen. La Supersalud no hace bien el trabajo de sanción. No responde a los municipios, no está bien diseñada (Secretaria de Salud Municipal).

Este comportamiento es aprovechado por las EPS: “La EPS es feliz porque el municipio es quien la debe vigilar y no lo hace, y los departamentos no tienen la competencia para hacerlo.” (Experto)

Dicha ambigüedad viene desde la misma ley según los entrevistados.

*Las competencias de inspección, vigilancia y control (del departamento) están definidas en la ley 1438 y otras circulares de la Supersalud. No son tan bien definidas porque según la ley las competencias son de la Supersalud pero más adelante se habla de que se delegara a los entes territoriales. Los convenios ante la Super y la delegación nunca han estado muy claros. La Super insiste en que las ET tienen competencia. Pero cuando las ET han intentado abrir procesos se han enfrentado a actores del sistema que tienen mayor capacidad para enfrentar un proceso (Secretaria de Salud Departamental).*

*Los entes departamentales son muy tímidos al tomar decisiones de control porque las EPS argumentan que no tienen la competencia (es de la Super). La Supersalud es demorada en dar respuestas con ciertos procesos y denuncias. Falta realizar una verdadera descentralización de las competencias de control sancionatorias (Secretaria de Salud Departamental)*

### ***El rol de las entidades de control diferentes a la Supersalud***

La aproximación y aportes de las demás entidades de vigilancia es también criticada.

*La contraloría y otras entidades no tienen ni idea de qué hacer. Llamam, hacen escándalo y ¿en qué queda? Como el caso de los recobros, 5 personas detenidas y a tres no les han podido seguir el juicio porque conocen tanto el tema que se ha podido aplazar el proceso. Por ejemplo, la contraloría ahorita está preocupada porque la UPC tiene que gastarse en prestación de servicios de salud y un porcentaje de administración de salud (gastos administrativos). Nadie ha definido que son gastos administrativos. ... Le doy un ejemplo, un aire acondicionado en una sala de atención al usuario en Montería ¿Eso qué tipo de gasto es? ¿Administrativo o atención en salud? (Experto).*



### ***¿Qué se necesita? Algunas recomendaciones de expertos***

En los párrafos que siguen presentamos algunas recomendaciones formuladas por los expertos entrevistados. Una propuesta es crear un sistema que dirima estas tensiones en tiempos cortos:

*En salud el ritmo es demasiado rápido. Es decir: Llegó el paciente con infarto, le voy a tomar la troponina (un examen médico), me dice la EPS que no paga porque no está en el POS, la decisión mía como IPS está en: tomar el examen aunque pierda la plata, no tomarlo o cobrárselo al paciente. Entonces sucedió que algunas instituciones desmontaron de sus laboratorios un examen totalmente necesario porque la EPS no lo pagaba.... Debe haber un árbitro que laude en tiempo real sobre esas diferencias y se aproveche eso para generar el deber ser (Secretaria de Salud Municipal).*

Otra propuesta es reevaluar la descentralización en municipios donde no exista la capacidad.

*Yo sería partidario de aplicar un instrumento real y por terreno, por región, de lo real, para medir el desarrollo de la descentralización, el municipio que esté medio superior y superior se queda, de ahí para abajo todos vuelven al departamento. Y al departamento también lo evaluó, especialmente para ver si están haciendo asistencia técnica (Experto).*

La siguiente propuesta también coincide en la necesidad de centralizar para aumentar coordinación, adicionando un mecanismo de pago por resultados.

*Mis propuestas. Primero. Coordinación. Segundo. Centralizar los recursos de salud pública en un solo agente que sea responsable. O es del municipio o es del departamento pero no los dos. Tercero. Que se quiten los estímulos de los excedentes financieros en el sector salud, que haya otros estímulos diferentes. Yo le pago al gestor por resultados en salud. Para que verdaderamente de resultados en salud (Secretaria de Salud Departamental).*

## VI. Capacidad

En este capítulo consideramos la capacidad institucional de las entidades a quienes el sistema delega o asigna las principales funciones en el sistema de salud, haciendo énfasis en las entidades territoriales.

La capacidad institucional tiene múltiples dimensiones, entre ellas, los recursos humanos, el uso y manejo del conocimiento, los recursos técnicos, la calidad de los procesos, la capacidad de planeación y de reacción, la capacidad instalada<sup>21</sup>, etc. Existen en Colombia algunos esfuerzos de medición de estas dimensiones para el sector salud en particular, algunos puntuales y otros sistemáticos. En particular en esta sección utilizamos dos fuentes: (1) el estudio “Evaluación Integral del Sistema General de Participaciones” elaborado por la Unión Temporal Centro Nacional de Consultoría-Econosul (2009) para el Departamento Nacional de Planeación y entregado en 2009; (2) el estudio “Evaluación del Desempeño Integral de los Municipios” publicado anualmente por el DNP y que incluye indicadores para el sector.

El estudio de CNC-Econosul aplicó las encuestas Public Expenditure Tracking Surveys (PETS) y Quantitative Service Delivery Surveys (QSDS) a una muestra de 220 secretarías de salud, de las cuales el 68% son de categoría 1, el 23% de categorías 2-5 y 7% de categoría 6, con un 2% restante de categoría especial. La recolección de datos se hizo en el segundo semestre de 2008 y el primero de 2009. El punto de referencia temporal de las preguntas varía, algunas se refieren al momento de la entrevista, otras al cierre del año 2007 y otras al primer semestre de 2008. Los cálculos presentados en esta sección son elaborados con la base original de datos, se usaron ponderadores sugeridos por los autores del estudio, no obstante los errores y omisiones son responsabilidad de PROESA.

Por su parte, la “Evaluación del Desempeño Integral de los Municipios<sup>22</sup>” es una responsabilidad del Departamento Nacional de Planeación, según las Leyes 617 de 2000 y 715 de 2001. La evaluación tiene cuatro componentes: eficacia, eficiencia, cumplimiento de requisitos legales, y gestión administrativa y fiscal. En los componentes de eficacia, eficiencia y cumplimiento de requisitos legales existen indicadores para el sector salud. Los resultados de esta evaluación deben ser tomados con precaución puesto que existen sesgos de selección en la información. De acuerdo con el informe publicado para 2011,

---

<sup>21</sup> La caja 2 presenta un resumen de la evolución de la capacidad de provisión reciente.

<sup>22</sup> Datos y documentación disponibles en la página web:

<https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/Evaluaci%C3%B3nySeguimientodelaDescentralizaci%C3%B3n/DocumentosdeEvaluaci%C3%B3n.aspx>

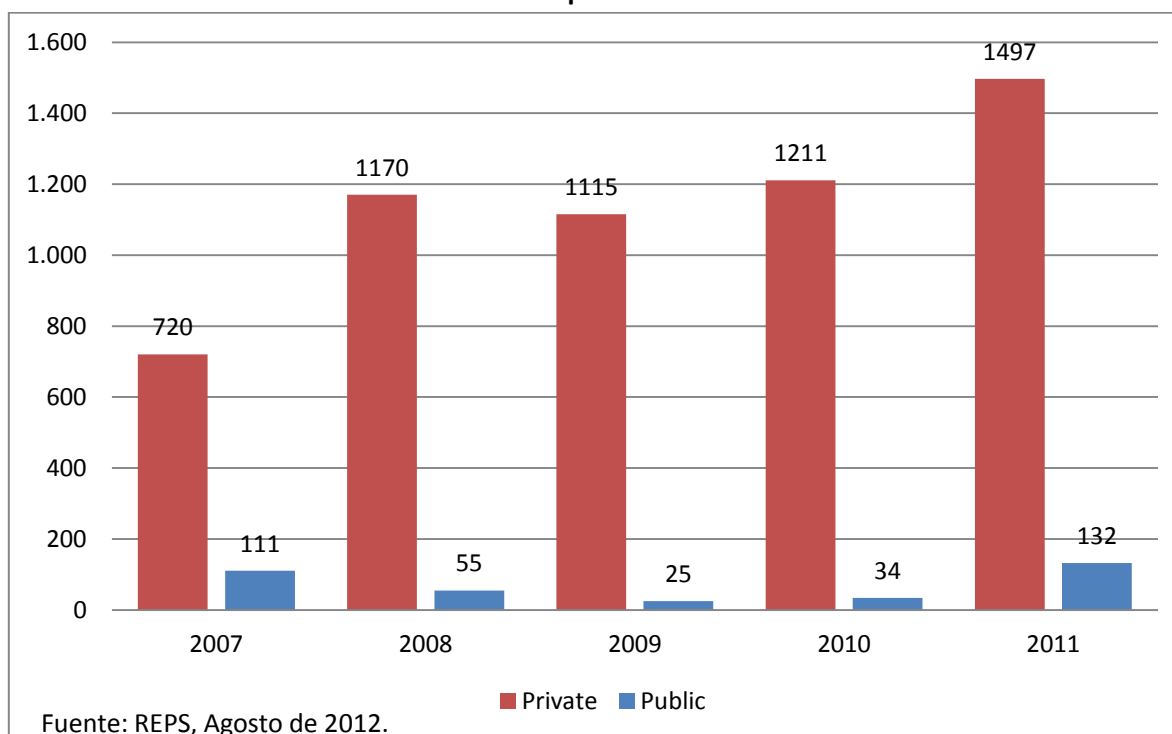
572 municipios de los más de 1120 del país, presentaron información completa y consistente para cada uno de los componentes.

### Caja 2

#### Distribución y tendencias recientes de la provisión en Colombia

De acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Salud, a Agosto de 2012, el 78% de las IPS era privado y el 22% público. En cifras redondas, esto significa unos trece mil prestadores privados y unos tres mil setecientos públicos.

**Gráfico 11 Número de nuevos proveedores habilitados 2007-2011**



De acuerdo con la misma fuente, el número de nuevas IPS habilitadas que pertenecen al sector privado supera anualmente las del sector público por un factor muy amplio.

Finalmente, de acuerdo con la información de capacidad del mismo REPS, en febrero de 2013, el sector privado contribuía con el 57% de las camas, mientras que el sector público con el 42% (Tabla 4). La participación del sector privado es especialmente alta en camas de cuidado intensivo (83%), cuidado intermedio adulto (79%),

**Tabla 4 Distribución de camas según naturaleza jurídica**

	Privada	%	Pública	%	Mixta	%	Total
Adultos	18.926	56%	14.320	42%	781	2%	34.027
Cuidado Agudo Mental	294	49%	312	51%		0%	606
Cuidado Intensivo Adulto	3.091	83%	560	15%	68	2%	3.719
Cuidado Intensivo Neonatal	1.438	83%	291	17%	13	1%	1.742
Cuidado Intensivo Pediátrico	596	83%	113	16%	11	2%	720
Cuidado Intermedio Adulto	1.567	79%	341	17%	75	4%	1.983
Cuidado Intermedio Mental	248	47%	276	53%		0%	524
Cuidado Intermedio Neonatal	1.638	73%	600	27%	18	1%	2.256
Cuidado Intermedio Pediátrico	310	83%	62	17%	2	1%	374
Farmacodependencia	895	80%	230	20%		0%	1.125
Obstetricia	2.947	37%	5.015	62%	70	1%	8.032
Pediátrica	4.708	44%	5.688	54%	196	2%	10.592
Psiquiatría	2.903	70%	1.248	30%	10	0%	4.161
Unidad de Quemados Adulto	39	36%	67	62%	2	2%	108
Unidad de Quemados Pediátrico	47	59%	29	36%	4	5%	80
<b>Total</b>	<b>39.647</b>	<b>57%</b>	<b>29.152</b>	<b>42%</b>	<b>1.250</b>	<b>2%</b>	<b>70.049</b>

Fuente: REPS, Febrero 2013, cálculos de los autores.

En esta sección resumimos los principales hallazgos de estos estudios.

### 1. Capacidad de los recursos humanos

Tanto en la revisión de literatura como en las entrevistas se ha señalado como una debilidad del proceso de descentralización de la salud hacia las entidades territoriales factores como alta rotación, falta de conocimiento del sector, y baja remuneración del personal en los municipios. La Tabla 5 muestra indicadores respecto de estas tres dimensiones para la persona con mayor responsabilidad en la administración de salud en los municipios colombianos, diferenciando según certificación en salud. Los resultados muestran que el tiempo en el cargo es en promedio un año, con menos de un año para funcionarios en municipios certificados y año y dos meses para municipios no certificados.

El tiempo en cargos relacionados con el sistema de salud o el manejo de actividades de salud es de cuatro años aproximadamente.

En términos de formación universitaria el área dominante es la de salud con 56%, seguida de administración con 22%. En cuanto a estudios complementarios, el 37% de estos funcionarios no tiene ninguno, el 50% tiene estudios de postgrado de corta duración como especialización o diplomado, finalmente sólo un 2% tiene estudios de maestría. Las áreas de estudios complementarios más frecuentes para líderes en municipios certificados son salud pública y administración en salud con igual importancia, lo que contrasta con los líderes de municipios no certificados donde el área dominante es otra. Finalmente en cuanto a remuneración más del 60% de los líderes sectoriales municipales ganaban entre 1 y 2 millones de pesos.

**Tabla 5 Capital humano de la persona con mayor responsabilidad en la administración de salud**

Indicador	Certificados	No Certificados	Total
Tiempo en el cargo en este municipio (meses)	10,6	14,5	12,8
Tiempo en cargo(s) anteriores de nivel profesional, ejecutivo, asesor o director en el Sector Salud (meses)	49,4	51,7	50,7
<b>Área de formación universitaria/profesional*</b>			
Salud (%)	63,9	50,6	56,3
Administración (%)	24,0	21,1	22,3
Economía (%)	2,7	8,5	6,0
Jurídica (%)	4,2	0,5	2,1
Otra (%)	1,7	9,2	6,0
<b>Estudios complementarios*</b>			
Ninguno (%)	37,9	36,2	36,9
Diplomado (%)	27,2	27,2	27,2
Especialización (%)	26,8	22,6	24,4
Maestría (%)	2,2	2,4	2,3
Otros (%)	3,5	9,1	6,7
<b>Área estudios complementarios*</b>			
Salud Pública (%)	33,4	23,2	27,5
Administración en salud (%)	33,3	19,4	25,2
Administración o gerencia hospitalaria (%)	7,2	9,5	8,5
Otra (%)	26,2	42,2	35,5
<b>Rango de ingresos mensuales</b>			
Hasta 1 millón (%)	10,3	18,1	14,8
Entre 1 y 2 millones (%)	63,1	61,2	62,0
Entre 2 y 3 millones (%)	19,3	17,3	18,1
Entre 3 y 4 millones (%)	3,6	2,3	2,9
Entre 4 y 5 millones (%)	3,7	0,7	2,0

\* Porcentajes no suman 100% por omisión de la categoría "No responde" en la tabla.

Fuente: DNP, Evaluación Integral del SGP (2009). Procesamiento de datos de los autores.

La capacidad de los líderes está limitada por la capacidad del equipo de trabajo. La Tabla 6 muestra la caracterización de la planta de personal de los municipios (sin incluir a personas que pertenecen a alguna IPS pública). Para el momento de realización de esta encuesta (segundo semestre de 2008) en promedio existía un directivo de planta por municipio; la existencia de asesores era mínima; en 1 de cada cuatro municipios no existía un profesional de planta; y existían en promedio dos individuos en la categoría técnico asistencial. Se observa que los municipios certificados tienen un nivel de planta mayor que los no certificados, sin ser diferencias muy elevadas. El problema de alta rotación de personal observado en la Tabla 6 para el líder se repite en los demás cargos de planta del nivel directivo (en muchos casos es la misma persona) pero se atenúa en los demás niveles. Por ejemplo, el 29% de los profesionales llevaba menos de un año en la entidad y el 19% del técnico asistencial. No obstante, como es lógico, el problema de alta rotación se observa con mayor claridad en los contratistas, donde el porcentaje de personas con menos de un año supera el 70% en todos los niveles.

**Tabla 6 Caracterización de la planta de personal**

<b>Total</b>	<b>Nivel jerárquico</b>			
	<b>Directivo</b>	<b>Asesor</b>	<b>Profesional</b>	<b>Técnico-Asistencial</b>
Número promedio personas de planta	0,97	0,06	0,74	1,63
Porcentaje de personas de planta que llevan menos de un año	78%	49%	29%	19%
Promedio de contratistas	0,21	0,26	2,12	3,02
Porcentaje contratistas que llevan menos de un año	78%	74%	72%	70%
<b>Municipios certificados</b>	<b>Nivel jerárquico</b>			
	<b>Directivo</b>	<b>Asesor</b>	<b>Profesional</b>	<b>Técnico-Asistencial</b>
Promedio personas de planta	1,14	0,05	1,27	2,49
Porcentaje de personas de planta que llevan menos de un año	80%	27%	15%	10%
Promedio de contratistas	0,11	0,38	2,38	3,22
Porcentaje de contratistas que llevan menos de un año	100%	75%	74%	72%
<b>Municipios no certificados</b>	<b>Nivel jerárquico</b>			
	<b>Directivo</b>	<b>Asesor</b>	<b>Profesional</b>	<b>Técnico-Asistencial</b>
Promedio personas de planta	0,84	0,07	0,35	0,98
Promedio personas de planta que llevan menos de un año	75%	62%	69%	35%
Promedio de contratistas	0,28	0,17	1,92	2,87
Promedio personas de planta que llevan menos de un año	70%	74%	70%	69%

Fuente: DNP, Evaluación Integral del SGP (2009). Procesamiento de datos de los autores.

La principal conclusión de la Tabla 6 es el bajo número de personas tanto de planta como de contratistas, y la alta rotación del mismo. La Tabla 7 muestra cómo están estas personas asignadas según categorías de procesos. Los resultados dejan ver qué, en todos los procesos menos salud pública, existe una baja asignación de personas.

**Tabla 7 Personas responsables por categorías de procesos**

<b>Total</b>		
	<b>Promedio personas responsables</b>	
	<b>Gestión financiera</b>	<b>Otras competencias</b>
Régimen subsidiado (RS)	0,64	0,64
Población Pobre No Afiliada (PPNA)	0,37	0,33
Salud Pública (SP)	0,93	1,33
RS y PPNA	0,45	0,31
RS y SP	0,65	0,37
PPNA y SP	0,14	0,13
RS, PPNA y SP	0,88	0,53
<b>Municipios certificados</b>		
	<b>Promedio personas responsables</b>	
	<b>Gestión financiera</b>	<b>Otras competencias</b>
Régimen subsidiado (RS)	0,41	0,62
Población Pobre No Afiliada (PPNA)	0,39	0,35
Salud Pública (SP)	1,03	1,75
RS y PPNA	0,47	0,33
RS y SP	0,23	0,28
PPNA y SP	0,14	0,13
RS, PPNA y SP	0,91	0,56
<b>Municipios no certificados</b>		
	<b>Promedio personas responsables</b>	
	<b>Gestión financiera</b>	<b>Otras competencias</b>
Régimen subsidiado (RS)	0,80	0,65
Salud Pública (SP)	0,86	1,02
RS y SP	0,96	0,44

Fuente: DNP, Evaluación Integral del SGP (2009). Procesamiento de datos de los autores.

Finalmente, la Tabla 8 muestra el nivel educativo y experiencia de los individuos responsables por tipo de proceso. En el 20% de los municipios el RS es manejado por técnicos o tecnólogos, en el 65% por profesionales universitarios, y sólo en el 12% por personas con estudios de postgrado. Las cifras son similares para PPNA. En SP, se observa un mayor porcentaje de responsables con título universitario. No se observa una diferencia importante entre los municipios certificados y no certificados, salvo un leve aumento del porcentaje de profesionales con postgrado en los certificados y una leve disminución de la participación de este mismo grupo en los no certificados.

**Tabla 8 Nivel educativo y experiencia principales responsables por tipo de proceso**

<b>Total</b>			
	<b>R. Subsidiado</b>	<b>PPNA</b>	<b>Salud Pública</b>
Secundaria (%)	2,8%	0,4%	9,2%
Técnico o Tecnólogo (%)	19,7%	14,1%	0,4%
Universitario (%)	65,2%	70,1%	77,3%
Postgrado (%)	11,9%	11,3%	12,2%
Experiencia anterior (años)	4,4	3,7	4,0
<b>Municipios certificados</b>			
	<b>R. Subsidiado</b>	<b>PPNA</b>	<b>Salud Pública</b>
Secundaria (%)	0,0%	0,9%	9,2%
Técnico o Tecnólogo (%)	17,4%	13,0%	0,4%
Universitario (%)	64,9%	68,9%	77,3%
Postgrado (%)	16,8%	14,5%	12,2%
Experiencia anterior (años)	5,7	3,4	4,0
<b>Municipios no certificados</b>			
	<b>R. Subsidiado</b>	<b>PPNA</b>	
Secundaria (%)	4,9%	0,0%	
Técnico o Tecnólogo (%)	21,4%	14,9%	
Universitario (%)	65,4%	71,0%	
Postgrado (%)	8,3%	8,9%	
Experiencia anterior (años)	3,4	3,9	

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

## 2. Recursos tecnológicos y automatización de procesos

La capacidad institucional también se refiere al acceso a tecnologías de la información y las comunicaciones y a la automatización de procesos. El estudio de CNC-Econosul recogió indicadores que miden estos dos aspectos. En la Tabla 9 se presentan los resultados de conexión a internet. Se observa que a la fecha de recolección de la información 1 de cada 5 secretarías no tenía acceso a internet, siendo menor este problema en municipios certificados. No obstante, la habilidad de acceso no es igual para todos los funcionarios. Solo en 2 de cada 3 municipios, todos los funcionarios tienen acceso a internet.

**Tabla 9 Conexión a internet (% de municipios)**

	<b>Certificados</b>	<b>No certificados</b>	<b>Total</b>
Tiene acceso (%)	93,8%	72,2%	81,4%
Quien tiene acceso a través de esta conexión			
Solo funcionarios de nivel directivo	14,1%	19,7%	17,0%
La mayoría de los funcionarios	24,2%	17,7%	20,9%
Todos los funcionarios	67,7%	62,0%	61,9%



Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

Este mismo estudio preguntó en una escala de 1 a 10, donde 1 es totalmente manual y 10 es totalmente automatizado, el nivel de automatización de once procesos a la fecha de recolección de datos (2008). Los resultados se presentan en la Tabla 10 ordenados de mayor grado de automatización a menor grado de automatización. El proceso de mayor automatización era el de “Liquidación y pago de la nómina de la Secretaría”, seguido de la “Actualización de la base de beneficiarios del RS”. Es interesante que las actividades asociadas con actividades de vigilancia (Interventorías), control (seguimiento a tutelas) y rendición de cuentas (seguimiento a quejas de ciudadanos) fueran las de menor grado de automatización (Tabla 10).

**Tabla 10 Nivel de automatización de procesos (Escala 1-10)**

	<b>Certificados</b>	<b>No certificados</b>	<b>Total</b>
Liquidación y pago de la nómina de la Secretaria	8,75	8,25	8,47
Actualización de la base de beneficiarios del RS	8,28	8,31	8,30
Programación y ejecución presupuestal	8,18	7,65	7,87
Vigilancia epidemiológica	8,03	6,99	7,44
Liquidación y pago de contratos del RS	7,22	6,92	7,05
Liquidación y pago de otros contratos	7,20	6,35	6,72
Interventoría a contratos del RS	6,51	6,37	6,43
Interventoría a otros contratos	6,33	6,00	6,15
Referencia y contra-referencia de pacientes	5,05	5,59	5,34
Seguimiento a tutelas	4,65	4,67	4,66
Registro y seguimiento a quejas de ciudadanos	3,79	3,99	3,88

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

### 3. Auditoría a la prestación de servicios

Siguiendo con la verificación de la capacidad de vigilancia de los municipios, la Tabla 11 muestra el porcentaje que realizaron alguna auditoría y los tipos realizados. Los resultados muestran que solo 1 de cada dos municipios certificados realizaron algún tipo de auditoría. La auditoría más frecuente fue a la “calidad de la atención en salud”, seguida de la “financiera” y la “administrativa”.

**Tabla 11 Auditoría a los prestadores de servicios**

	<b>Municipios certificados</b>
Municipios que realizaron auditoría a alguna IPS (%)	52,6%
Tipo de auditoría realizada	
Médica	23,3%
Financiera	37,5%
Administrativa	32,9%
Calidad de atención en salud	87,5%
Otra	4,2%

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

La deficiencia de información en los municipios ha sido identificada en la literatura como una debilidad generalizada de los municipios. El estudio de CNC-Econosul preguntó por las mayores necesidades en esta materia de los municipios. Los resultados se presentan en la Tabla 12 ordenados de mayor frecuencia a menor frecuencia de respuesta. La información que a la fecha no utilizaban y que desearían tener para realizar mejores contratos para la prestación de servicios es el “Perfil epidemiológico o diagnóstico de salud de la población”. Le siguen la “Caracterización socioeconómica de la población”, “Calidad de prestación del servicio” y “Costo de medicamentos”, todos con al menos 1 de 4 municipios con deficiencias en dichas áreas de información.

**Tabla 12 Información que necesitan los municipios  
(% de municipios que señalan la necesidad)**

	<b>Total*</b>
Perfil epidemiológico o diagnóstico de salud de la población	39,6%
Caracterización socioeconómica de la población	30,9%
Calidad de prestación del servicio	27,1%
Costo de medicamentos	24,9%
Encuesta de satisfacción de usuarios	22,6%
Capacidad de prestación del servicio	18,4%
Costos de procedimientos	18,2%
Ubicación y cobertura geográfica de IPS respecto a la ubicación de la población (rural urbano)	15,2%
Listado de Población Pobre No Afiliada	8,9%
Otra información	4,3%
NS/NR	1,4%

\* Porcentajes no suman 100%, un municipio puede marcar varias opciones  
Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

#### 4. Salud Pública

Las actividades colectivas o de salud pública son una competencia de municipios y departamentos según la ley colombiana. La capacidad de verificación de las ET de los planes de atención básica (PAB) se convierte en un indicador de la capacidad de gestión de la entidad frente a los contratistas que ejecutan dichas actividades. La Tabla 13 presenta este indicador. En promedio uno de cada dos Municipios hicieron interventoría a contratos PAB (PIC), siendo levemente más alto el porcentaje para los municipios certificados que para los no certificados. Pese a la debilidad de la interventoría, un porcentaje muy bajo de municipios, 5% aproximadamente, tuvieron contratos PAB (PIC) incursos en procesos de investigación por la Procuraduría, Contraloría o Fiscalía.

**Tabla 13 Interventoría Plan de Atención Básica (PAB) o Plan de Atención (I semestre de 2008)**

	Certificados	No certificados	Total
Municipios que hicieron interventoría a contratos PAB (PIC) (%)	57,8%	45,1%	50,5%
Municipios que tuvieron contratos PAB (PIC) incursos en procesos de investigación por la Procuraduría, Contraloría o Fiscalía (%)	3,6%	6,4%	5,2%

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

Al igual que en prestación de servicios, la capacidad esta mediada por la disponibilidad de información para tomar decisiones. Según el estudio de CNC-Econosul (Tabla 14) cerca del setenta por ciento de los municipios y de las IPS del municipio contaban con “Situación de salud o perfil epidemiológico propio”. Razón por la cual 2 de cada 3 municipios basaron sus decisiones en información consignada en estos datos.

**Tabla 14 Información utilizada para acciones de salud pública**

	Certificados	No certificados	Total
Principal información utilizada para decidir acciones en SP			
Sistema de Vigilancia en Salud Pública y Laboratorio de Salud Pública	18,7%	6,9%	11,9%
Situación de salud o perfil epidemiológico propio	59,4%	75,7%	68,8%

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

## 5. Régimen subsidiado

Los municipios tienen importantes responsabilidades con respecto al régimen subsidiado, entre ellas la identificación y la afiliación de beneficiarios. En la Tabla 15 se presentan las razones que según la dirección de salud del municipio más afectaban el acceso a los servicios de salud a los afiliados al régimen subsidiado en 2008. Resalta que la segunda razón en general y la primera para los municipios certificados sea “Inconsistencias en la base de afiliados”, denotando problemas de capacidad en la gestión de estas entidades.

**Tabla 15 Razones que más afectan acceso**

	Certificados	No certificados	Total
Distancia o dificultad de acceso a los centros de atención	23,2%	33,9%	29,3%
Inconsistencias en la base de afiliados	29,2%	20,1%	24,0%
Oferta de servicios por parte de la EPS es limitada	23,6%	5,2%	13,1%
Atención diferenciada a los usuarios en la IPS según su EPS-RS	3,3%	10,3%	7,4%
Incumplimiento de las responsabilidades de la EPS con el usuario (carnetización, información de la red contratada)	5,6%	7,8%	6,9%
Contratación de red no cercana al usuario	6,9%	6,8%	6,8%
Trámites exigidos por IPS son excesivos	1,1%	4,0%	2,8%
Trámites exigidos por EPS son excesivos	0,7%	2,1%	1,5%
Otra	6,4%	8,8%	7,8%

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

La capacidad de gestión también está relacionada con la disponibilidad de información, en la Tabla 16 se presenta en orden de frecuencia la información mencionada por los municipios cuando se les pidió revelar qué información usaban para realizar los contratos con las EPS del RS. Resaltan los bajos porcentajes de todas las opciones diferentes a que se encontrara habilitada. Esto denota problemas tanto falta de información (p.ej. “Encuesta de satisfacción de usuarios”) como problemas en el acceso a la misma (p.ej. “Informe de gestión financiera de las EPS-RS”).

**Tabla 16 Información utilizada para decisiones RS (% municipios)**

	Certificados	No certificados	Total
Principal información utilizada para decidir acciones en RS			
EPS-RS se encuentra habilitada	47,0%	51,9%	49,8%
Calidad de prestación del servicio	30,6%	33,5%	32,3%
Capacidad de prestación del servicio	35,4%	28,3%	31,3%
Ubicación y cobertura geográfica de IPS ofrecidas por la EPS respecto de la población	25,5%	29,8%	28,0%
Otra	24,7%	17,7%	20,7%
Encuesta de satisfacción de usuarios	19,9%	18,7%	19,2%
Informe de gestión financiera de las EPS-RS	11,5%	12,8%	12,2%

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

El estudio de CNC-Econosul recogió indicadores que dan cuenta de la capacidad de interventoría de los municipios al RS. Los resultados (Tabla 17) muestran que solo el 3% de los municipios certificados terminó de manera anticipada un contrato y 2% de los no certificados. De igual forma la interventoría fue realizada a través de terceros en el 40% de los municipios y un 15% de los mismos no realizó interventoría. Los temas más frecuentes de interventoría fueron: “Supervisión de la capacidad de prestación de servicios” (74%) y “Entrega efectiva de carné a los afiliados” (61%). La de menor frecuencia fue la “Supervisión de la ejecución de la encuesta de prestación de servicios” (40%).

**Tabla 17 Interventoría RS (% municipios)**

	Certificados	No certificados	Total
Terminación anticipada de contrato con alguna EPS-RS	3,0%	2,0%	2,5%
De qué forma realizó la interventoría			
Directamente	38,7%	50,1%	45,2%
Contratada con un tercero	46,7%	34,9%	39,9%
No realizó interventoría	14,6%	15,0%	14,8%
Temas incluidos en interventoría			
Supervisión de la capacidad de prestación de servicios	73,9%	75,3%	74,7%
Entrega efectiva de carné a los afiliados	69,2%	54,6%	60,9%
Control de cartera	50,8%	59,7%	55,9%
Evaluación del plan de mejoramiento	43,4%	55,0%	50,0%
Supervisión ejecución de la encuesta de prestación de servicios	56,7%	27,2%	39,8%

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

Finalmente, con respecto a la información que falta en los municipios para tomar mejores decisiones respecto del RS (Tabla 18), la necesidad más sentida es mediciones de la “calidad de prestación del servicio” (41%). Le siguen “encuesta de satisfacción de usuarios” (33%) y “Ubicación y cobertura geográfica de IPS ofrecidas por la EPS respecto de la población” (28%).

**Tabla 18 Información faltante para decisiones RS (% municipios)**

	Certificados	No certificados	Total
Principal información no utilizada pero ideal para decidir acciones en RS			
Calidad de prestación del servicio	34,7%	45,9%	41,1%
Encuesta de satisfacción de usuarios	41,8%	26,8%	33,2%
Ubicación y cobertura geográfica de IPS ofrecidas por la EPS respecto de la población	25,9%	29,2%	27,8%
Informe de gestión financiera de las EPS-RS	33,8%	9,9%	20,1%
Capacidad de prestación del servicio	24,0%	16,1%	19,5%
EPS-RS se encuentra habilitada	7,2%	8,8%	8,2%
Otra	6,6%	1,6%	3,8%

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

## 6. Participación social

La capacidad institucional está relacionada con la participación activa en la planeación y seguimiento del sector salud por parte de organizaciones ciudadanas. La Tabla 19 muestra la frecuencia de participación de diferentes organizaciones. Se observa que las asociaciones de usuarios y la veeduría ciudadana son entidades muy activas en los municipios colombianos, en aproximadamente el 70% de los mismos.

**Tabla 19 Participación organizaciones ciudadanas (% de municipios con participación)**

	Certificados	No certificados	Total
Asociaciones de usuarios	85,1%	56,2%	68,5%
Veeduría ciudadana	74,5%	61,8%	67,3%
Comité de Participación Comunitaria En Salud	49,1%	42,2%	45,1%
Otras	31,6%	17,6%	23,6%
Cabildos indígenas	16,5%	18,6%	17,7%

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

## 7. Desempeño integral municipal

El Índice de Desempeño Integral Municipal está compuesto por cuatro componentes.

- i) **Eficacia:** mide el cumplimiento de las metas programadas en el Plan de Desarrollo y se obtiene de la suma ponderada de los índices de sectores básicos (Educación, Salud y Agua Potable, ponderación 60%) y el índice de otros sectores

- (40%), la ponderación obedece a la magnitud de recursos que se destinan a los sectores. ;
- ii) **Eficiencia:** mide la relación entre los insumos utilizados en un proceso productivo y la cantidad de producto final obtenida. Para lograr esto se calcula la producción de seis productos diferentes en los sectores de Educación, Salud y Agua y Saneamiento;
  - iii) **Cumplimiento de requisitos legales:** evalúa el cumplimiento del marco normativo (Ley 715 de 2001, las Leyes 1122 y 1176 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y decretos reglamentarios). Mide la efectiva incorporación y ejecución de los recursos del SGP por parte de las administraciones locales;
  - iv) **Gestión administrativa y fiscal:** este componente resume la capacidad administrativa y financiera de un municipio para lograr los objetivos y metas propuestos en el plan de desarrollo local. El Índice de Gestión es el promedio entre el Índice de Capacidad Administrativa y el Índice de Desempeño Fiscal.

La tabla 20 muestra la media aritmética de los resultados de los diferentes índices agrupándolos según categoría municipal. El panel A muestra el puntaje y el Panel B muestra la calificación de acuerdo a rangos definidos por la misma fuente<sup>23</sup>. El índice de desempeño integral muestra que los municipios de categoría 6 y de categoría 4, se sitúan en un nivel medio con puntajes que apenas superan el umbral de lo bajo (40 a 60). Estos municipios suman 1023 municipios (91% del total) y en ellos vive aproximadamente el 40% de la población del país. En los municipios de categoría 6 los índices de eficacia y eficiencia se ubican en el nivel bajo de calificación, el índice de cumplimiento de requisitos legales se encuentra en grado de “incumplimiento medio”, su capacidad administrativa es “Satisfactoria”, se encuentran en estado de “vulnerabilidad” fiscal.

Si se agrupan los municipios de acuerdo a categorías (ad-hoc) de población (Tabla 21) se encuentra que el índice de desempeño integral se sitúa en el nivel medio, de nuevo con puntajes que apenas superan el umbral de la calificación baja (40 a 60) para todos los municipios de menos de 100.000 habitantes. Estos municipios suman 1.061 municipios (95% del total) y en ellos vive aproximadamente el 40% de la población del país.

---

<sup>23</sup> Datos y metodología disponibles en la página web del Departamento Nacional de Planeación: <https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/Evaluaci%C3%B3nySeguimientodelaDescentralizaci%C3%B3n/DocumentosdeEvaluaci%C3%B3n.aspx> (Última visita: Agosto 30 de 2013)

**Tabla 20 Desempeño integral municipal 2011 por categoría municipal**

**Panel A - Indicador**

Categoría	Población 2012	Municipios	IEFC	IEFI	IRL	ICA	IF	IG	II
Especial	14,952,681	6	53	95	81	78	81	80	77
1	7,188,133	21	57	80	80	81	78	80	74
2	2,906,011	18	69	75	86	87	80	84	79
3	1,771,512	19	75	72	82	90	79	85	78
4	2,161,929	27	44	64	75	62	69	66	62
5	1,768,207	35	61	68	76	81	76	78	71
6	15,833,350	996	52	58	67	70	65	67	61
<b>Total</b>	<b>46,581,823</b>	<b>1,122</b>	<b>53</b>	<b>59</b>	<b>69</b>	<b>71</b>	<b>66</b>	<b>69</b>	<b>62</b>

**Panel B – Calificación del nivel de cumplimiento**

Categoría	Población	Municipios	IEFC	IEFI	IRL	ICA	IF	IG	II
Especial	14,952,681	6	Bajo	Sobresaliente	Incumplimiento bajo	Satisfactorio	Solvente	Sobresaliente	Satisfactorio
1	7,188,133	21	Bajo	Sobresaliente	Incumplimiento bajo	Sobresaliente	Sostenible	Sobresaliente	Satisfactorio
2	2,906,011	18	Medio	Satisfactorio	Incumplimiento bajo	Sobresaliente	Solvente	Sobresaliente	Satisfactorio
3	1,771,512	19	Satisfactorio	Satisfactorio	Incumplimiento bajo	Sobresaliente	Sostenible	Sobresaliente	Satisfactorio
4	2,161,929	27	Bajo	Medio	Incumplimiento medio	Medio	Vulnerable	Medio	Medio
5	1,768,207	35	Medio	Medio	Incumplimiento medio	Sobresaliente	Sostenible	Satisfactorio	Satisfactorio
6	15,833,350	996	Bajo	Bajo	Incumplimiento medio	Satisfactorio	Vulnerable	Medio	Medio
<b>Total</b>	<b>46,581,823</b>	<b>1,122</b>	<b>Bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Incumplimiento medio</b>	<b>Satisfactorio</b>	<b>Vulnerable</b>	<b>Medio</b>	<b>Medio</b>

IEFC: Índice de Eficacia; IEFI: Índice de Eficiencia; IRL: Índice de Requisitos Legales; ICA: índice de Capacidad Administrativa; IF: Índice Fiscal; IG: Índice de Gestión; II: índice Integral

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.

**Tabla 21 Desempeño integral municipal 2011 por categoría poblacional  
Panel A - Indicador**

<b>Categoría</b>	<b>Población</b>	<b>Municipios</b>	<b>IEFC</b>	<b>IEFI</b>	<b>IRL</b>	<b>ICA</b>	<b>IF</b>	<b>IG</b>	<b>II</b>
Menos 10 mil	2.546.492	444	61	55	69	71	63	67	63
Entre 10 y 20 mil	4.424.393	306	50	58	66	70	64	67	60
Entre 20 y 50 mil	7.591.935	250	46	61	70	71	68	70	61
Entre 50 y 100 mil	4.098.986	61	42	70	64	72	72	72	62
Entre 100 y 200 mil	4.285.129	32	53	71	83	79	74	76	71
Mayor a 200 mil	23.634.888	29	58	84	79	79	78	79	75
<b>Total</b>	<b>46,581,823</b>	<b>1,122</b>	<b>53</b>	<b>59</b>	<b>69</b>	<b>71</b>	<b>66</b>	<b>69</b>	<b>62</b>

**Panel B – Calificación del nivel de cumplimiento**

<b>Categoría</b>	<b>Población</b>	<b>Municipios</b>	<b>IEFC</b>	<b>IEFI</b>	<b>IRL</b>	<b>ICA</b>	<b>IF</b>	<b>IG</b>	<b>II</b>
Menos 10 mil	2.546.492	444	Medio	Bajo	Incumplimiento medio	Satisfactorio	Vulnerable	Medio	Medio
Entre 10 y 20 mil	4.424.393	306	Bajo	Bajo	Incumplimiento medio	Satisfactorio	Vulnerable	Medio	Medio
Entre 20 y 50 mil	7.591.935	250	Bajo	Medio	Incumplimiento medio	Satisfactorio	Vulnerable	Satisfactorio	Medio
Entre 50 y 100 mil	4.098.986	61	Bajo	Satisfactorio	Incumplimiento medio	Satisfactorio	Sostenible	Satisfactorio	Medio
Entre 100 y 200 mil	4.285.129	32	Bajo	Satisfactorio	Incumplimiento bajo	Satisfactorio	Sostenible	Satisfactorio	Satisfactorio
Mayor a 200 mil	23.634.888	29	Bajo	Sobresaliente	Incumplimiento medio	Satisfactorio	Sostenible	Satisfactorio	Satisfactorio
<b>Total</b>	<b>46,581,823</b>	<b>1,122</b>	<b>Bajo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Incumplimiento medio</b>	<b>Satisfactorio</b>	<b>Vulnerable</b>	<b>Medio</b>	<b>Medio</b>

IEFC: Índice de Eficacia; IEFI: Índice de Eficiencia; IRL: Índice de Requisitos Legales; ICA: índice de Capacidad Administrativa; IF: Índice Fiscal; IG: Índice de Gestión; II: índice Integral

Fuente: UT CNC-Econosul (2009). Procesamiento de datos de los autores.



## VII. Rendición de cuentas

La rendición de cuentas es el tercer pilar del marco conceptual que orienta este estudio. El espacio de decisión que le corresponde a cada actor en el sistema no solo debe estar alineado con la capacidad institucional del mismo, sino que debe ir acompañado de mecanismos adecuados de rendición de cuentas por las labores realizadas. La calidad y el contenido de dicha rendición indican hasta qué punto se están logrando los objetivos finales del sistemas, cuales son mejorar la salud de la población, proteger financieramente a los hogares y prestar servicios con adecuada calidad.

El Reporte del Desarrollo del Banco Mundial de 2004 sugiere<sup>24</sup>, en el contexto de “provisión de servicios”, que la “rendición de cuentas” (*Accountability*) puede ser entendida como un conjunto de relaciones entre los actores que tiene cinco elementos:

1. Delegación (*delegating*).
2. Financiación (*financing*).
3. Provisión (*performing*).
4. Información acerca de la provisión (*having information about performance*).
5. Capacidad de sancionar (*enforcing*).

Resumimos en esta sección los problemas identificados en la investigación con el doble propósito de mostrar donde están las fallas en la rendición de cuentas del sector y como síntesis para pasar directamente a las recomendaciones en la siguiente sección.

### Delegación

La delegación, consiste en un entendimiento, explícito o implícito, de que un servicio (o un conjunto de bienes) serán provistos por el actor a quien se entrega la delegación.

El análisis del espacio formal de decisión, la normatividad, no mostró contradicciones evidentes en la asignación de roles hecha por la ley. Salvo por algunas funciones de IVC donde es evidente la asignación paralela de funciones. El análisis del espacio de decisión informal, identificó serios vacíos y tensiones.

El primer problema es haber delegado sin consultar capacidad. Por ejemplo, las tareas de contratación, financiación del aseguramiento, y provisión de la salud pública recaen en su mayoría en los municipios. El análisis legal muestra que la ley, para casi todos los efectos, trata de manera igual tanto a municipios pequeños como grandes. En las pocas ocasiones en que la ley discrimina roles y funciones por municipios lo hace con criterios errados (v.gr

---

<sup>24</sup> Ver marco conceptual en la sección 3 de este informe.

la certificación en salud), irrelevantes (v.gr. la categorización municipal) o desactualizados (v. gr. los niveles de atención).

La certificación en salud, determina si un municipio puede administrar los recursos destinados a salud. Tanto la literatura cómo la opinión de expertos coinciden en la mala calidad del proceso y criterios de certificación (Pinto et al., 2005), la no asociación con desenlaces de salud (Carrasquilla, 2006; Borrero et al., 2012), y la politización de la misma.

Otro criterio utilizado por la ley es el de categoría municipal. Las categorías municipal y departamental en Colombia son certificadas anualmente por la Contaduría General de la Nación (CGN) (i.e. La resolución 696 de 2012 certificó la categoría de departamentos y municipios para 2013)<sup>25</sup>. La Tabla 22 muestra la distribución de municipios por estas categorías.

**Tabla 22 Distribución municipios según categoría municipal 2013**

<b>Categoría</b>	<b>Número Municipios</b>	<b>Porcentaje Municipios</b>
Especial	6	2%
1	18	2%
2	17	2%
3	22	2%
4	27	3%
5	33	89%
6	976	1%
Sin clasificar	2	0%
Total	1101	

Fuente: Contaduría General de la Nación.

La irrelevancia de la categorización municipal para efectos de delegación de funciones en salud es evidente al observar que el 89% de los municipios están en una misma categoría. Adicionalmente, dicha clasificación responde a criterios fiscales, de población y geográficos y no consultan variables relacionadas con la provisión de servicios de salud (i.e. epidemiología, afiliación, oferta de servicios, etc.).

Otro grupo de dificultades de delegación está asociado con la clasificación de prestadores por niveles de complejidad en la oferta pública. La ley es explícita en asignar los niveles II y III a los departamentos y el nivel I a los municipios. La lógica de esta asignación asume que

---

<sup>25</sup> La CGN utiliza tres fuentes de información: (1) autocertificación de los municipios; (2) ingresos corrientes de libre destinación y gastos de funcionamiento reportados por la Contraloría (los datos de 2011 son usados para expedir el certificado de 2013); y (3) población para el año correspondiente proporcionada por el DANE. Para 2013, 725 se autocertificaron, 368 municipios fueron certificados con información de la CGR, 6 con información de la CGN y 2 no fueron certificados.

los municipios pueden encargarse (financiar) de los servicios de baja complejidad, que son menos costosos y más frecuentes, mientras que los departamentos pueden asumir la media y alta complejidad, donde el costo es mayor y la frecuencia es más baja.

La coordinación entre los niveles no se dio por varias razones. En primer lugar, está la definición misma de cuáles servicios pertenecen a cuál nivel. Algunos servicios pueden pasar fácilmente la frontera cuando cambia la tecnología y la disponibilidad de recursos humanos. En segundo lugar, las IPS públicas deben competir entre ellas y con las IPS privadas en busca de sostenibilidad financiera, lo cual genera incentivos a invertir en servicios rentables financieramente desconociendo los niveles. En tercer lugar, existen problemas de coordinación en la remisión entre niveles, que según los expertos entrevistados, están dominados por criterios financieros y no clínicos. En cuarto lugar, existen problemas de coordinación departamento-municipio y departamento-municipio-IPS asociados a la inexistencia de jerarquías legales puesto que cada entidad es autónoma política y administrativamente.

Se sigue observando una tensión entre la lógica del sistema de la ley 100, en el cual cada EPS organiza su red de referencia y contra-referencia, y las diferentes redes se superponen geográficamente, y la inercia del viejo subsistema público concebido como una red integral y única llamada a cubrir un territorio.

En ciertas tareas de Salud Pública, actividades que son de tipo comunitario, la ley delegó esta tarea a los municipios categoría 1 a 3, y a los departamentos para los municipios 4 a 6. Esta delegación resultó problemática porque no consultó la capacidad técnica tanto de municipios como de departamentos. A nivel departamental se dejaron de hacer controles rutinarios a los municipios 1-3 por ley y a municipios 4-6 por falta de recursos o de capacidad técnica.

Los expertos consultados coincidieron en que la ley estableció una diferenciación entre actividades y agentes tales como “prevención y promoción”, “inspección, vigilancia y control”, “acciones de salud pública”, “atención individual” que funcionan bien en abstracto pero que no consultan la realidad de la atención integral de la enfermedad, ni la historia natural de la misma (Ver Caja 3). Esta diferenciación creó mayores problemas de coordinación, corresponsabilidad, y fragmentación entre agentes.

### Caja 3

#### **El concepto de la Salud Pública, el continuo salud-enfermedad, y la historia natural de la enfermedad**

De acuerdo con el libro Medicina Preventiva y Salud Pública, editado por Piédrola Gil existen muchas definiciones de salud pública (P3):

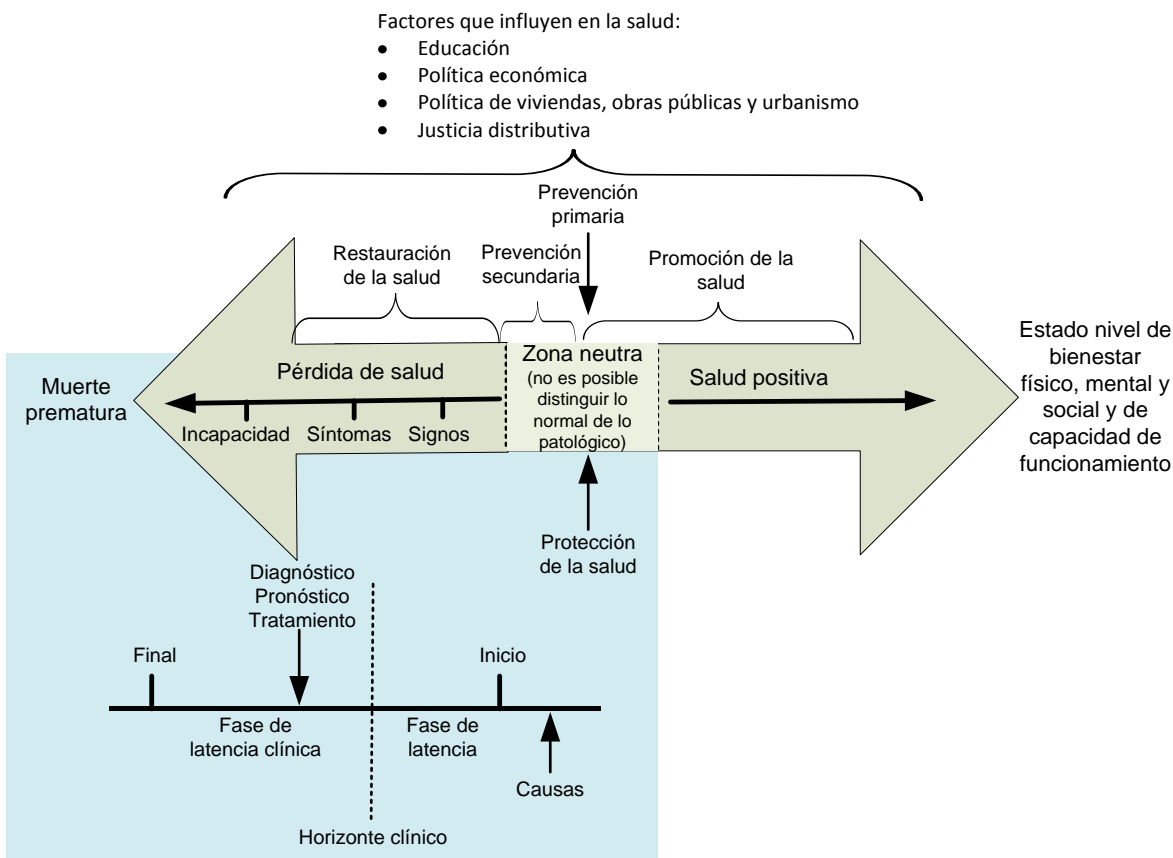
“La salud pública es el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, promover la salud y prolongar la vida mediante los esfuerzos organizados de la sociedad” (Acheson, 1987).

“Una actividad organizada de la sociedad para promover, proteger, mejorar y, cuando sea necesario, restaurar la salud de los individuos, grupos específicos o de la población entera” (Last, 2007).

En la figura se presentan las acciones de la salud pública en el continuo salud-enfermedad, según lo propuesto por Salleras et al. (1994). Partiendo del centro de la gráfica y moviéndose hacia la derecha se encuentran “las acciones organizadas de la comunidad dirigidas a defender la salud, prevenir las enfermedades y promover el óptimo estado vital físico, mental y social de la población: son las acciones de fomento y defensa de la salud y prevención de la enfermedad” Partiendo del centro y moviéndose hacia la izquierda están las acciones “dirigidas a recuperar la salud cuando se ha perdido: son las acciones de restauración de la salud.” (Gil, 2008, capítulo 1, p. 9). Los factores sociales que influyen en la salud son los que permiten que ambas acciones sean posibles.

La historia natural de la enfermedad se puede observar en el cuadro inferior izquierdo y ha sido superpuesta a los conceptos de salud pública y del continuo de la enfermedad para mostrar, como lo concluyen Delgado, Gili y Llorca, que la “consideración de que la epidemiología clínica tiene entidad propia no es acertada y la fragmentación de una disciplina puede producir visiones distorsionadas de la historia natural de la enfermedad” (Delgado, Gili y Llorca, 2008 en Gil, 2008, capítulo 7, p. 80).

**Gráfico 12 Continuo salud-enfermedad, y la historia natural de la enfermedad**



Fuente: Adaptado de Terris (1980) & Salleras (1985, 1994).

Un hecho que no es menor y que también está asociado con la *delegación* es la complejidad normativa. La literatura identifica la dificultad de asimilación de la normatividad vigente como un problema serio, sobre todo en lugares donde el capital humano es escaso.

Finalmente existen problemas asociados a la delegación del aseguramiento a EPS, una función crítica dentro del sistema. El primero, es la naturaleza y calidad heterogénea de las EPS, que tiene implicaciones en los mecanismos de rendición de cuentas y en la gobernanza misma de las entidades. El segundo es la fragmentación de poblaciones en diferentes EPS en municipios con baja densidad poblacional.

El tercero son las implicaciones en la prestación, puesto que son las EPS las que deciden con que IPS contratar (allí donde hay competencia) o las que deciden el precio a pagar (allí donde no hay competencia). Las EPS reciben una delegación de carácter nacional y no territorial, y por ende se pierde el rol de la ET como rectora local. La ET queda con el rol de

prestador, en cuyo caso la relación de dependencia se invierte, y pasa la ET a depender de la voluntad de las EPS para garantizar la sostenibilidad de la IPS pública.

### La financiación

La delegación debe corresponderse con un volumen de recursos adecuado para ejecutar la tarea delegada. Los siguientes problemas fueron señalados respecto de la financiación.

El problema más importante es el atasco de recursos. Existen diversas razones que explican esta situación, algunas operativas asociadas a problemas de capacidad como bases de datos incompletas, sistemas de información frágiles, precariedad de procesos de autorizaciones, facturación, etc. Otras son jurídicas, en particular por prestaciones No-POS y el proceso de recobro ante el FOSYGA por parte de las EPS. El atasco de recursos tiene repercusiones serias en las funciones de aseguramiento y provisión del sistema.

La falta de capacidad institucional latente en el sistema es una manifestación de la inadecuada financiación del mismo en lo que corresponde a funciones de administración y regulación a nivel local. Los problemas de recursos humanos subrayados en el estudio, tanto en la literatura como en las entrevistas, tales como alta rotación y baja capacitación están asociados a baja remuneración, inestabilidad contractual, y a agotamiento personal de los funcionarios.

De otro lado, originalmente (antes de la ley 100) los destinatarios de las transferencias para la salud eran las entidades territoriales. Así las cosas, la delegación y la financiación estaban atadas y se correspondían. Con la delegación del aseguramiento y la prestación al sector corporativo hecha por la ley 100, esta correspondencia pasa al nivel corporativo dejando a las ET como un intermediario en el régimen subsidiado. Adicionalmente, para financiar el régimen subsidiado, la ley autorizó el uso de recursos de transferencias, disminuyendo recursos disponibles para las entidades territoriales para otros usos. La inclusión de un tercero en esta cadena resultó en problemas bien conocidos de atrasos en pagos (La Caja 4 ilustra la situación de las cuentas maestras<sup>26</sup> de un departamento de Colombia) y desviación de recursos, que a su vez tuvieron repercusiones en las relaciones entre los actores, y en fricciones adicionales en el sistema. El giro directo de 2011 se diseñó para corregir en parte este problema.

Finalmente, en cuanto a la distribución general de los recursos, el análisis del espacio formal no encontró contradicciones en el mecanismo de asignación. El análisis cualitativo encontró dos problemas, el primero, percepción de insuficiencia de recursos para

---

<sup>26</sup> La cuenta maestra de los municipios es la cuenta bancaria que maneja los recursos del régimen subsidiado. Su destinación es el pago de las deudas por concepto de contratos de aseguramiento del régimen subsidiado en salud. Ley 1438 de 2011 /Decreto 1080 de 2012 / Ley 1608 de 2013/ Res. 0292 de 2013.

prevención individual dada la división artificial entre salud pública y atención individual. Aquí también se encontraron problemas de indefinición/coordinación (qué es salud pública vs qué es salud individual) que son aprovechados por agentes para desligarse de la responsabilidad. El segundo, la inconsistencia entre aumentos de UPC para EPS y la disminución de valores capitados para hospitales públicos.

<b>Caja 4</b>				
<b>La situación de las cuentas maestras en el departamento del Huila</b>				
De acuerdo con un análisis de la Contraloría General de la Nación a los saldos en cuentas maestras de los municipios del Huila y las obligaciones y planes de inversión con corte a octubre 31 de 2012, diez municipios presentaban problemas de liquidez. Por ejemplo el municipio de Acevedo con un saldo de 23 millones, tenía compromisos por 239 millones, es decir 10 veces la disponibilidad, lo que sumado a \$124 millones que pensaba asumir con recursos propios lo dejaba en un déficit de 340 millones.				
<b>Tabla 23 Situación fiscal Secretaría de Salud Municipios del Huila 2012-2013</b>				
<b>Municipio</b>	<b>Saldo CM (a)</b>	<b>Compromisos (b)</b>	<b>Esfuerzo Propio y otros* (c)</b>	<b>Déficit (a-b-c)</b>
Acevedo	\$23	\$239	\$124	<b>-\$340</b>
Campoalegre	\$270	\$76	\$295	<b>-\$101</b>
La Argentina	\$25	\$21	\$21	<b>-\$17</b>
Natága	\$0	\$89	\$0	<b>-\$89</b>
Oporapa	\$71	\$167	\$28	<b>-\$124</b>
Palermo	\$231	\$117	\$171	<b>-\$57</b>
Saladoblanco	\$82	\$92	\$4	<b>-\$14</b>
San Agustín	\$330	\$216	\$420	<b>-\$306</b>
Tarqui	\$848	\$115	\$848	<b>-\$115</b>
Timaná	\$254	\$375	\$139	<b>-\$260</b>
Aipe	\$422	0	0	\$420
*Incluye mejoras en infraestructura.				
Fuente: Contraloría General de la Nación, Informe No. 8 (2013).				

### **Ejecución (la provisión de servicios de salud)**

La ejecución en este contexto se refiere a la provisión de servicios de salud. El estudio encontró problemas de acceso y oportunidad en la atención asociados a la doble descentralización. En términos de acceso, las fuentes consultadas coincidieron en la fragmentación de poblaciones como la principal razón. En las zonas rurales o semi-rurales, las EPS deben integrar acciones de promoción y prevención, acciones de primer, segundo y hasta tercer nivel, con poblaciones que están dispersas geográficamente. Por cuestiones de disponibilidad (solo hay un prestador) o de negociación (económicas) con las IPS,

indefectiblemente habrán grupos de afiliados que queden a distancias muy largas de los puntos de atención y por ende queden sin acceso. En las ciudades grandes y medianas, se presentan problemas de acceso asociados a distancia, tiempos de espera y multiplicidad de IPS involucradas en la atención.

Aquí también cabe anotar los problemas de coordinación entre niveles de prestación y de planeación de oferta de servicios de los hospitales públicos de acuerdo a las necesidades y ubicación de la población. Existen tanto casos de duplicidad, hospitales públicos con oferta de servicios similares en mercados con demanda insuficiente; como casos donde hospitales del nivel III prestan servicios del nivel I (v.gr. partos). Estos comportamientos están asociados a la tensión entre el modelo de competencia regulada con sus principios básicos de libre escogencia (v.gr. los consumidores escogen EPS libremente, los aseguradores estructuran la red de IPS libremente) y competencia (EPS e IPS compiten entre sí) con la realidad territorial del país. De acuerdo con el REPS<sup>27</sup> en 469 municipios del país no hay IPS privadas, en 172 hay 1 IPS privada y en 66 hay dos IPS privadas. De igual forma, según el estudio de Páez, Jaramillo y Franco (2013), existe monopolio estatal en la prestación de servicios de urgencias en el 70% de los municipios del país y en la prestación de servicios de partos en el 66%

Los problemas de oportunidad se asocian en su mayoría a tiempos de espera. Este problema está relacionado con 1) Escases de especialistas; y 2) limitaciones en la capacidad instalada. La falta de especialistas es un tema que se escapa del área de influencia de ET, EPS e IPS. La limitación de la capacidad si podría estar relacionada, en parte y en los municipios pequeños y medianos con la acumulación de deudas de las EPS con las IPS.

#### **Caja 5**

##### **Categorización del riesgo de las ESE**

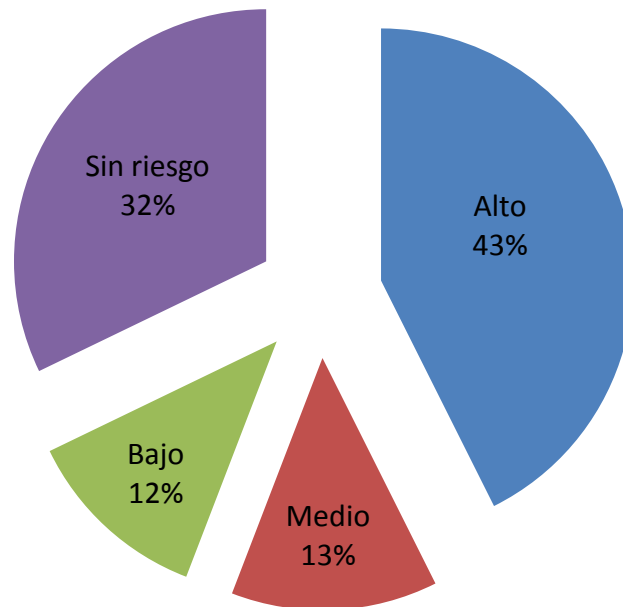
Anualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social debe informar a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud el riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial de acuerdo a su situación financiera. De acuerdo con la resolución 1877 de 2013, que categorizó a 967 ESE para 2013 con información financiera a 31 de Diciembre de 2012, el 43% de las ESE están en riesgo alto y el 13% en riesgo medio.

---

<sup>27</sup> Cálculos propios de los autores con base en el REPS de febrero de 2013.



**Gráfico 13 Riesgo financiero ESE**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1877, mayo de 2013.

### **Información para la evaluación del desempeño**

La información, en el contexto de la prestación de servicios de salud, se refiere a la disponibilidad de datos que permitan obtener información relevante para evaluar la provisión de servicios en comparación con las expectativas, y con normas formales e informales (World Bank, 2004, p. 48).

En materia de información, el análisis de Granada et al. (2005) mostró serios problemas al respecto. Para una muestra aleatoria estratificada de 495 municipios los autores mostraron un 51% de disponibilidad de información de las variables de oferta, 39 % de las de uso y 45 % de información total (oferta y uso). En 32 % de los municipios no fue posible obtener información. La disponibilidad de información fue mayor en los municipios no certificados y de menor desarrollo socioeconómico. El informe sugiere que estos resultados se deben al manejo autónomo de la información en salud por parte de los municipios y a la falta de autoridad departamental para exigir la información a los municipios.

El análisis de Granada et al. (2005) también discute el rol de la certificación: “al otorgar autonomía en los procesos de decisión, generó una disminución en el flujo de información hacia los niveles departamental y nacional, por los cambios en los requerimientos de

información y en los sistemas implementados”. El estudio también cuestionó a los departamentos “el comportamiento en torno a la información de los municipios menos autónomos posiblemente será un reflejo de las políticas departamentales al respecto (p.12)”.

La falta de información para la toma de decisiones es un problema sentido en el nivel local. Como se mostró en la sección de medición de la capacidad, en 4 de cada 10 municipios los gestores del régimen subsidiado no tienen acceso a información de la calidad del servicio prestado.

Un tercer problema en este mismo orden de ideas, se relaciona con la definición de las metas. Como se afirmaba en el análisis cualitativo, las metas de calidad se concertan entre EPS y ET, en una relación desigual por la capacidad técnica de la EPS frente a la capacidad técnica del funcionario de la ET.

Consideramos pertinente en esta sección analizar los flujos de información del sector. Nos enfocamos en los flujos de información asociados al cumplimiento de las principales funciones por parte de las respectivas entidades responsables.

Establecemos dos categorías de flujos de información: i) aquellos que se dirigen a las autoridades estatales encargadas de la rectoría y vigilancia del sistema, y ii) aquellos que van dirigidos al público general. En la primera categoría están todos los reportes que los prestadores, las EPS y las secretarías de salud deben enviar periódicamente a las autoridades sobre sus actividades, servicios y recursos, y en general sobre la operación del sistema. En la segunda está la información dirigida al usuario para que pueda ejercer debidamente sus derechos, entre ellos el de escoger su EPS. La información puede llegar al público directamente, por ejemplo cuando una EPS o IPS la hace pública en su página web o en medios de comunicación, o indirectamente, cuando la entidad la reporta a las autoridades, y éstas últimas la publican. El Gráfico 14 ilustra la trayectoria que siguen los flujos de información en el sistema.

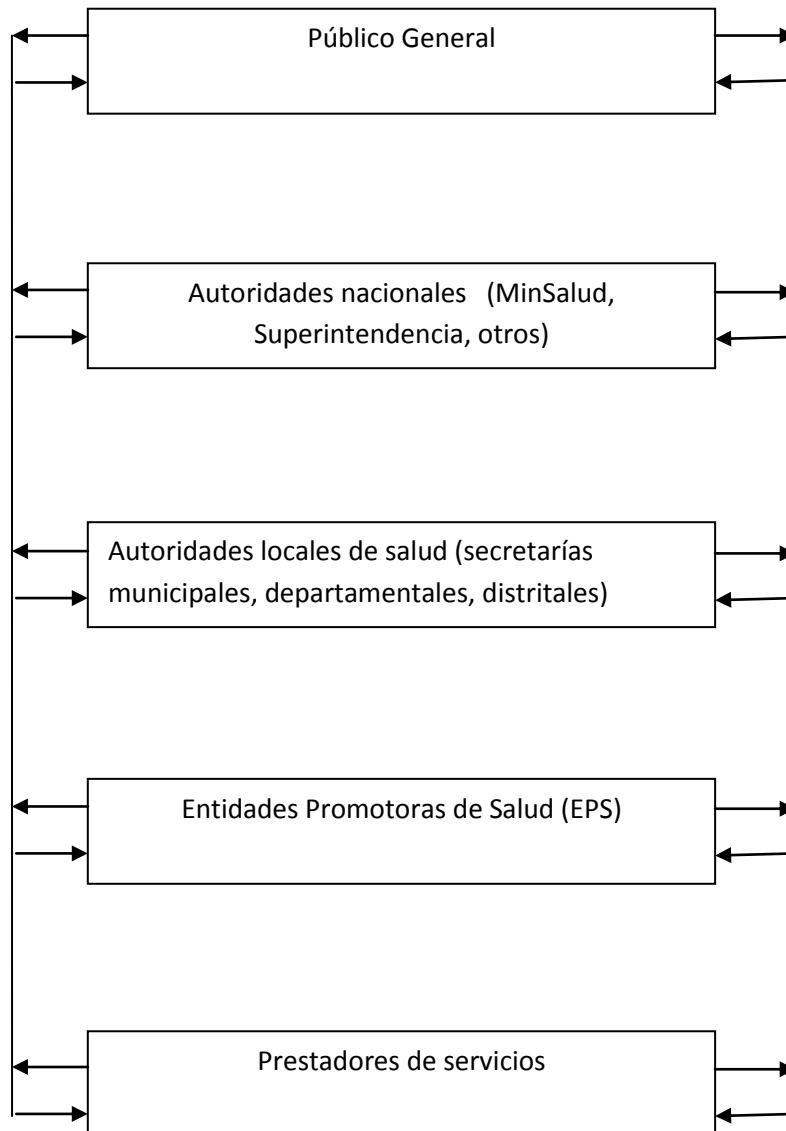
### *Información al público*

PROESA realizó en 2011, por encargo del Banco Mundial, un análisis de los flujos de información que van directamente de las IPS y EPS al público general<sup>28</sup>. Para el universo de EPS y una muestra de IPS se hizo una revisión sistemática de los contenidos que hacen públicos en sus páginas web. Si bien la web no es el único canal para publicar la información, sí es un indicador de la existencia de cierta información y de la disposición de las entidades a hacerla pública.

---

<sup>28</sup> PROESA 2011, op.cit.

**Gráfico 14 Origen y destino de los flujos de información**



Fuente: Adaptado del informe de consultoría “Governance, Public Availability of Information, and Accountability in the Colombian Health Sector” (PROESA, 2011).

Este estudio encontró que en 2011 sólo 1 de cada 4 IPS tenía página web (el 25%). La disponibilidad de páginas web disminuye de acuerdo al nivel de complejidad, el 50% de las IPS de alta complejidad tienen página web, el 29% de las de media y el 21% de las de baja. El 96% de las IPS que tenía página no revelaba ningún tipo de información respecto a indicadores cuantitativos, como el volumen de cirugías, consultas (externas o por especialidad), hospitalizaciones, servicios de ayuda diagnóstica, urgencias, etc. El 85% de las EPS, de otra parte, no revelaba ningún tipo de indicadores cuantitativos, como el volumen de cirugías, consultas (externas o por especialidad), hospitalizaciones, servicios de ayuda diagnóstica, urgencias, etc.

### Información a las autoridades

Para la operación los actores del sector realizan periódicamente una serie de reportes. La tabla 24 muestra los reportes que conforman los principales flujos de información del sector.

<b>Tabla 24 Reportes de información a las autoridades</b>				
<b>Nombre del reporte</b>	<b>Contenido del registro</b>	<b>Datos a nivel de:</b>	<b>Origen del reporte</b>	<b>Destino</b>
Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)	Afiliados a las diferentes EPS	Persona	Las EPS y, en el subsidiado, también las entidades territoriales	FOSYGA
Registro Especial de Prestadores (REPS)	Servicios habilitados por los prestadores, capacidad	Institución prestadora	Secretarías departamentales	Ministerio de salud
Registro Individual de Prestaciones de servicios	Contenido médico de los servicios, y su respectivo costo	Persona	Los prestadores	Pasan por las EPS y las secretarías, y llegan al ministerio
Circular Única Supersalud	Indicadores de salud, de servicios prestados, información financiera	Institución	EPS y prestadores	Superintendencia de Salud
SIHO	Capacidad, recursos humanos, producción, indicadores financieros	Institución prestadora	IPS públicas	Ministerio de Salud
Cuenta de alto costo	Pacientes con ciertos diagnósticos y servicios prestados a ellos	Persona	EPS	Cuenta de Alto Costo
Estudio de suficiencia de UPC	Servicios prestados a todos los afiliados y su respectivo costo	Persona	EPS	Ministerio de Salud
Estados Financieros	Balance general, estado de pérdidas y ganancias, flujo de caja	Institución	IPS y EPS	IPS privadas y todas las EPS reportan a la Superintendencia IPS públicas a la Contaduría
Registro de estadísticas vitales	Nacimientos y defunciones	Persona	IPS y medicina legal	DANE / Ministerio de Salud
SIVIGILA	Eventos de interés en salud pública	Caso/persona	IPS	Ministerio de Salud

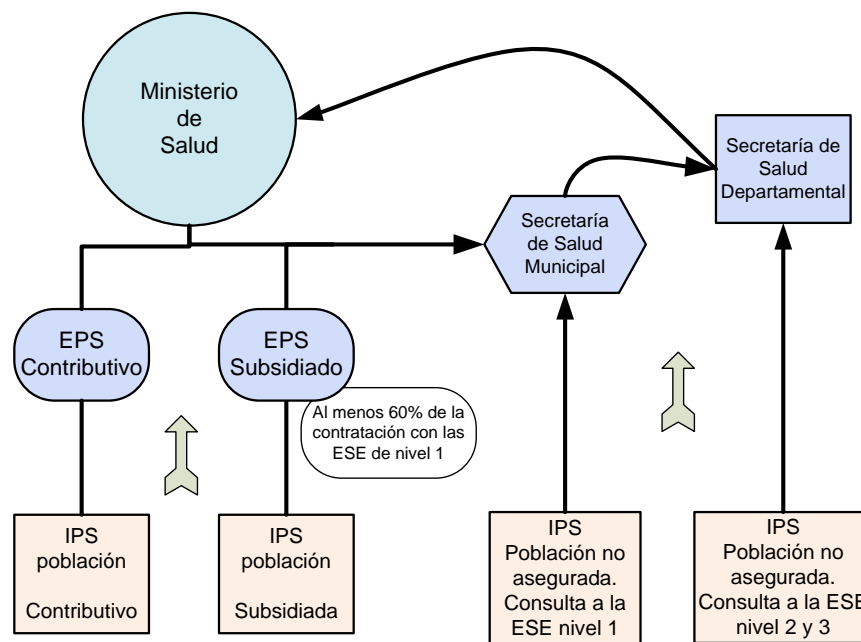
Fuente: Los autores.

La base de datos única de afiliados (BDUA) surge de la necesidad de controlar la multi-afiliación, la cual se da cuando una misma persona aparece como afiliada a más de una entidad. Este control a su vez evita que se gire dos veces la UPC por un mismo afiliado. De acuerdo con las disposiciones vigentes corresponde a la EPS registrar a sus afiliados. En el régimen subsidiado corresponde a los municipios seleccionar a la población elegible, es decir los potenciales beneficiarios del subsidio en salud, y a las EPS registrar a sus afiliados. En el régimen contributivo las EPS reportan directamente a la BUDA periódicamente sus novedades de afiliación. En el régimen subsidiado, sin embargo, hay un doble reporte: tanto entidades territoriales como EPS reportan a la BUDA.

Algo similar ocurre con el registro individual de prestación de servicios (RIPS). Lo generan en primera instancia los prestadores. Se lo deben enviar a los pagadores (principalmente las EPS), pero también lo reportan a la secretarías de salud. Los pagadores lo reenvían, por su parte, al ministerio. De manera paralela, las EPS reportan de manera detallada al ministerio todos los servicios que compran, a fin de que éste pueda calcular el monto de la UPC. Pese a que ha mejorado en años recientes, los reportes de RIPS siguen llegando incompletos al ministerio. Si llegaran completos y con información de buena calidad, no sería necesario el reporte paralelo que hacen para la UPC. El Gráfico 15 muestra la trayectoria que siguen los reportes del RIPS hasta llegar al ministerio.

En el RIPS es evidente el tránsito paralelo de la información que va de los prestadores al gobierno nacional vía EPS, en un caso, y vía secretarías, en otro caso. Los datos de afiliados del régimen subsidiado también tienen dos caminos para llegar a su destino final. Estas duplicidades pueden verse como un reflejo o consecuencia de la “doble descentralización” del sector salud.

**Gráfico 15 : La trayectoria de los RIPS**



Fuente: Los autores.

En el estudio realizado por PROESA en 2011 se detectaron otros problemas con los flujos de información a las autoridades:

- Falta de estándares contables: Las EPS e IPS tienen un plan único de cuentas distinto según si son públicas, privadas, o si son cajas de compensación familiar. La estructura y las categorías contables no son iguales, lo cual dificulta la interpretación y comparación de los datos.
- Codificaciones incompletas: Las nomenclaturas que se usan para denominar los servicios de salud no están completas ni actualizadas. Los más utilizados son el CUPS, para los procedimientos, y el CUM para los medicamentos, pero coexisten con otras nomenclaturas. En todo caso su desactualización perjudica la calidad del contenido de los reportes.

Hay, además, problemas de cobertura de estos registros:

- Un estudio del ministerio revela que en 2009 la cobertura de datos de RIPS, con respecto al total de datos esperados, fue de 55%.

- Sólo 9 EPS en el régimen subsidiado, que representan, el 18% de los afiliados a ese régimen, reportaron al ministerio en 2012 una información suficientemente consistente como para ser tomada en cuenta en el cálculo de la UPC<sup>29</sup>.
- En principio todas las IPS privadas, que son más de 9.800, deberían remitir sus estados financieros a la superintendencia. Sólo 4.565 remitieron dicha información con corte a diciembre de 2012<sup>30</sup>.

A la deficiente cobertura de los reportes de información se suman problemas de calidad de los datos. Hay cierta información que sí llega, pero con problemas de calidad. Hay muchas EPS que sí mandan sus datos para el cálculo de la UPC, pero son tan inconsistentes, que se descartan en el estudio. En el RIPS también hay problemas de calidad de datos.

Las deficiencias en los flujos de información son indicio de falta de capacidad en todos los niveles. En el gobierno nacional, falta la capacidad de regulación que se requeriría para fijar los estándares para el manejo de la información y la codificación de los contenidos. En muchas instituciones prestadoras, aseguradoras y entidades territoriales, la ausencia de procesos y sistemas adecuados de registro, así como de suficiente personal entrenado para el manejo de la información, tiene como resultado final el que la información que reportan sea incompleta o de mala calidad. Como la información muchas veces pasa por varias etapas o instancias, y hay gran número de actores, entre secretarías, IPS y EPS, resulta difícil establecer en qué punto de la cadena se deteriora la calidad de los datos.

Las obstrucciones en el flujo adecuado de información afectan a su vez el flujo de recursos financieros. En la relación entre EPS y prestadores, los pagos deben soportarse en facturas con una serie de soportes que describen el contenido de los servicios médicos prestados<sup>31</sup>. Si la factura está soportada en información incompleta hay inconvenientes con los pagos. En las relaciones entre FOSYGA y las EPS del régimen contributivo, y entre entidades territoriales y EPS del subsidiado, los datos de afiliación juegan un papel crucial. Las deficiencias en la información de los afiliados han generado problemas de multifiliación, y represamiento de recursos. La notificación de novedades de afiliación entre municipios y EPS del régimen subsidiado ha sido particularmente deficiente. Esto ha llevado a que, al momento de liquidar los respectivos contratos para la afiliación de la población subsidiada, se acumulen cuantiosos saldos sin ejecutar.

<sup>29</sup> Estudio de suficiencia de la UPC (2013). Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>30</sup> "IPS Privadas – Análisis Financiero – Vigencias 2010, 2011 y 2012". Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>31</sup> El RIPS se concibió en un principio como soporte de las facturas, pero al momento de implementarse se eliminó ese requisito.

La información es un pilar fundamental para la rendición de cuentas. Permite saber hasta qué punto la entidad encargada de cada función la está desempeñando de manera adecuada. La tarea de organizar y garantizar la prestación de los servicios recae en las EPS (para las atenciones individuales) y en los municipios y distritos (para acciones de salud pública). Para rendir cuentas se requeriría información completa y de buena calidad sobre los siguientes dominios:

1. Poblaciones (afiliados), y sus necesidades:
2. Servicios prestados:
  - a) Cobertura y contenido de las prestaciones.
  - b) Costo de los servicios.
  - c) Calidad de los servicios.

En esta sección hemos constatado que la información sobre los puntos 1, 2a, y 2b es incompleta y con problemas de calidad. La información sobre el punto 2c es prácticamente inexistente.

#### **Poder sancionatorio o de hacer cumplir la ley (*enforcement*)**

El quinto elemento de la rendición de cuentas es la capacidad que tiene el que delega de sancionar y/o premiar al delegado de acuerdo con el desempeño esperado. En esta última dimensión se concentran los problemas de rectoría y de control. El análisis del espacio de decisión formal reveló que en materia de IVC: 1) hay poder coercitivo; 2) Los sujetos de control hacen parte del sector salud; 3) leyes anteriores a la ley 100, y la ley 715 le dan un papel importante a las entidades territoriales; 4) Leyes más recientes (1122 y 1468) refuerzan las atribuciones y responsabilidades en IVC de la Superintendencia Nacional, pero no derogan explícitamente las normas anteriores. Lo que permite concluir que hay traslape de atribuciones y competencias.

El análisis del espacio informal reveló vacíos y problemas importantes en materia de poder sancionatorio. En primer lugar, las entidades territoriales no tienen suficiente capacidad legal (los profesionales) de enfrentar a EPS y tampoco tienen incentivos económicos para hacerlo porque en su rol de prestadores no les conviene entrar en disputa con su “cliente”. En segundo lugar, las EPS argumentan que las ET no tienen la competencia para sancionarlas y por ende los casos deben ser estudiados por la SuperSalud, en cuyo caso las ET quedan con un papel de recopilador de pruebas/evidencia. En tercer lugar, tanto expertos como representantes de ET coinciden en la lentitud de la SuperSalud para resolver procesos. En cuarto lugar, la SuperSalud sólo tiene oficinas en Bogotá, lo cual se convierte en una barrera a la misma. En quinto lugar, la supervisión del sistema se apoya en la existencia de instancias jerárquicas entre gobierno



nacional, departamental y local que precisamente fueron desdibujadas por la descentralización política.

Los anteriores factores hacen que la inspección, vigilancia y control en el sistema sean estructuralmente débiles.

#### **Caja 6**

##### **Estado del Poder sancionatorio en un departamento de Colombia: Huila**

El siguiente texto es el análisis hecho por la Contraloría General de la República al departamento del Huila en 2012 en relación a los procesos sancionatorios:

*“Respecto del tema de sanciones que ha iniciado el Grupo de Habilidad de la Secretaría de Salud a las Instituciones Prestadoras de Salud en el Huila, se ha visto como deficiente la gestión de la Oficina Jurídica para la aplicación de dichas sanciones, con demoras de más de 3 años, con riesgos de prescripción, afectando la oportunidad en la sanción a las IPS y demoras en los procesos de investigación. Hasta el momento, existen ciento catorce (114) procesos pendientes de iniciar investigación administrativa y formular auto de cargos del año 2011; treinta y cinco (35) procesos pendientes de iniciar investigación administrativa y formular auto de cargos vigencia 2010; treinta y tres (33) procesos administrativos sancionatorios del año 2010; veinte y tres (23) actuaciones con fallo proferido, veinticuatro (24) procesos pendientes de iniciar investigación y formular cargos y veintiún (21) procesos administrativos sancionatorios del año 2009. Esta circunstancias contravienen lo establecido en el artículo 3 de la Ley 489 de 1998.” (Contraloría General de la República, Informe No. 8, 2013)*

## VII. Criterios para el rediseño del sistema

Colombia adoptó el modelo de competencia regulada en el aseguramiento y provisión de servicios de salud, y lo implementó de manera simultánea con un proceso de descentralización política y administrativa. A lo largo de este informe hemos analizado los problemas que surgen de esta superposición. En esta sección retomamos unas consideraciones conceptuales sobre el modelo del sistema de salud, y consideramos posibles caminos de solución a los problemas detectados.

En el diseño institucional de los sistemas con cobertura universal los países enfrentan una opción básica: darle o no al ciudadano la opción de elegir la entidad que responderá por su atención en salud en caso de necesitarla. Esa entidad puede ser un asegurador público o privado, según el contexto. En caso de haber elección por parte del ciudadano, hay competencia entre entidades de aseguramiento<sup>32</sup>. En caso contrario, suele haber un monopolio público local.

En Inglaterra, por ejemplo, existen los fondos locales de salud, llamados CCG por sus siglas en inglés (Clinical Commissioning Groups<sup>33</sup>). Las personas quedan adscritas a un CCG según su lugar de residencia, sin opción de elegir. El gobierno gira a los CCG un pago por capitación ajustado por riesgo. Los CCG se encargan de la atención primaria (directamente o contratando grupos de médicos), y compran los servicios de mayor complejidad, o de hospitalización con prestadores independientes (generalmente públicos). En Alemania, por ejemplo, co-existen múltiples entidades de aseguramiento que compiten entre sí por atraer afiliados. Tienen un sistema de compensación que transfiere recursos entre las entidades según el perfil de riesgo de sus afiliados.

Inglaterra y Alemania ilustran respectivamente los dos paradigmas: monopolio público en el aseguramiento social y competencia regulada. El diseño actual del sistema colombiano es más cercano al segundo modelo.

Ahora bien, el modelo de competencia regulada exige dos pre-requisitos fundamentales para ser viable: i) una escala mínima para poder operar en mercados locales, y ii) la existencia de opciones. Una de las funciones principales de las entidades de aseguramiento es elegir la red prestadora. En aquellos lugares donde sólo hay un prestador, su capacidad de acción se ve reducida.

Como se indicó anteriormente, en 469 municipios del país no hay IPS privadas, y en 172 hay una sola IPS, y por ende no hay opciones para la elección del prestador. Esto ocurre

---

<sup>32</sup> No necesariamente se trata de compañías de seguros. Pueden ser entidades de aseguramiento social, como fondos de salud administrados por entidades sin ánimo de lucro.

<sup>33</sup> El CCG está conformado por todos los médicos generales del área geográfica.

porque en muchas zonas la población es muy baja y por ende no se logra la escala mínima de operación que haría viables otros prestadores. La distribución de la población a lo largo y ancho de la geografía nacional, y su grado de concentración o dispersión en determinadas zonas, es una variable central que determina la viabilidad del modelo de competencia regulada.

En la literatura no está establecida la superioridad de uno u otro modelo (Garret et al., 2009; Wagstaff, 2010; Wagstaff, 2013). El desempeño parece estar más asociado a otros factores de contexto, y en particular de la calidad de las instituciones públicas y privadas que participan en el sistema. En el presente estudio no hace falta adoptar una posición respecto de uno u otro modelo. A este respecto, basta con constatar que el modelo de competencia regulada sólo es viable en parte del país, que incluye las zonas de mayor desarrollo y concentración poblacional, pero no en todo el territorio. Surge entonces la necesidad de un sistema dual en el que coexistan ambos modelos (Chernichovsky, Guerrero & Martínez, 2012). Las recomendaciones deben, por lo tanto, ser compatibles con ambos. En un futuro, la coexistencia de los modelos permitiría la comparación de su desempeño y así orientar eventuales decisiones sobre la adopción de un modelo único.

### Síntesis de los problemas

Retomamos en esta sección algunos problemas recurrentes del sistema detectados en las secciones precedentes, y exploramos sus posibles causas.

La siguiente tabla presente de manera sintética las observaciones de la sección anterior sobre el diseño institucional del sistema, incluyendo los principales problemas detectados:

<ul style="list-style-type: none"><li>I. Delegación<ul style="list-style-type: none"><li>a. Se delegaron funciones sin consultar la capacidad de quienes las deben ejercer:<ul style="list-style-type: none"><li>i. La ley, para casi todos los efectos, trata igual al municipio pequeño y al grande.</li><li>ii. Las pocas veces que las normas discriminan a los municipios según su tamaño o capacidad, lo hacen con criterios irrelevantes o desactualizados.<ul style="list-style-type: none"><li>1. La categoría municipal (cuyo propósito es fiscal).</li><li>2. El nivel 1,2 y 3 en prestación.</li></ul></li><li>iii. Las tareas de contratar y financiar el aseguramiento, y casi toda la salud pública, se municipalizaron sin consultar la capacidad.</li></ul></li><li>b. Se delegó la prestación pública de manera fragmentada entre municipios y departamentos (respectivamente los niveles 1, y 2,3).</li><li>c. Ejercer el aseguramiento, función crítica en el sistema, se delegó a EPS de naturaleza y calidad heterogéneas. La delegación del aseguramiento va encadenada con la de la prestación, puesto que son las EPS las que escogen a los prestadores de sus redes.<ul style="list-style-type: none"><li>i. Las entidades territoriales no tienen ningún rol en la habilitación de EPS,</li></ul></li></ul></li></ul>
--

- ni en la escogencia de las mismas (el usuario elige).
      - ii. Las entidades territoriales son un jugador más en la prestación. Se supone que deberían ser rectores locales y estar por encima de las EPS, pero en realidad están a merced de las EPS, quien son quienes contratan a sus hospitales.
    - d. En salud pública y prevención se trazaron unas líneas horizontales para delimitar competencias entre EPS y entidades territoriales con base en unos criterios abstractos. En la vida real las enfermedades atraviesan las líneas y se generan problemas de coordinación y conflictos.
- II. Financiación
  - a. Originalmente los destinatarios de las transferencias eran las entidades territoriales (recibían plata a cambio de prestar un servicios). Luego con la ley 100 el aseguramiento/prestación se pasó al sector corporativo (EPS). Para financiar el régimen subsidiado, se acudió a las transferencias. La ET quedó casi de mensajero (recibe un cheque y se lo endosa a la EPS).
  - b. La asignación de recursos por poblaciones y funciones está razonablemente clara: la UPC se ajusta por riesgo y es por lo tanto sensible a las necesidades de la población. Los recursos de salud pública y de oferta pública siguen fórmulas claras.
  - c. Hay un atasco considerable de recursos:
    - i. En parte es por problemas operativos: bases de datos incompletas, sistemas de información frágiles, precariedad de procesos de autorizaciones, facturación etc.
    - ii. En parte por problemas jurídicos, en particular entre FOSYGA y EPS del régimen contributivo por prestaciones no POS que se glosan.
- III. Ejecución
  - a. Hay grandes problemas de coordinación entre actores.
  - b. Hay traslapes y duplicidades en ciertas tareas.
  - c. Hay funciones que podrían no ser compatibles con otras.
  - d. Hay una escala, o un número mínimo de usuarios, a partir del cual se vuelve viables el aseguramiento y la prestación. En zonas de baja población hay desatención y/o desequilibrio financiero.
- IV. Información
  - a. El mapa de flujos de información refleja la complejidad del SGSSS y sus redundancias (el RIPS fluye, de manera paralela y duplicativa, vía ET hacia el ministerio, y vía EPS hacia el ministerio).
  - b. La información incompleta está asociada a la capacidad y los incentivos de todos los actores del sector, y obstaculiza el flujo de los recursos.
- V. Autoridad
  - a. La Superintendencia de Salud, que es el gran supervisor nacional, no tiene presencia por fuera de Bogotá.
  - b. Las Secretarías Departamentales también tienen funciones de inspección y vigilancia, pero difícilmente las pueden ejercer con las EPS que son el principal cliente de sus hospitales.
  - c. Las atribuciones legales entre las secretarías locales y la superintendencia no están suficientemente claras, o están traslapadas.
  - d. La heterogeneidad de figuras jurídicas de las EPS e IPS dificulta el control de las mismas

- |   |
|---|
| <p>e. Hace 25 años dejó de haber una relación jerárquica entre gobierno nacional, departamental y local. El sistema se sigue apoyando inercialmente en esas líneas de autoridad inexistentes.</p> |
|---|

## **Cuatro elementos de un diagnóstico**

En la anterior síntesis observamos cuatro causas subyacentes. Cada problema de la tabla anterior está asociado a una o varias de estas causas.

### ***Coordinación***

La coordinación entre actores es un problema recurrente. Está asociado al número de actores presente en cada función, a la claridad de las reglas de juego, y a los incentivos que enfrentan los actores del sistema.

### ***Capacidad***

La asignación de funciones a entidades sin la suficiente capacidad para llevarlas a cabo es un problema recurrente del sistema. Se observa sobre todo en los municipios más pequeños.

### ***Escala mínima***

Tanto para el aseguramiento, como para los diferentes niveles de atención, existe cierto umbral mínimo de usuarios para lograr eficiencia en las operaciones. En localidades de baja población la presencia de múltiples actores hace más difícil que cada uno alcance el umbral necesario.

### ***Compatibilidad de funciones***

El ejercicio de ciertas funciones exige independencia de otras. Por ejemplo, quien ejerza la inspección, vigilancia y control en el nivel nacional y local no debería tener una relación de dependencia con las entidades vigiladas.

La compatibilidad de funciones también se relaciona con la integración vertical entre aseguramiento y la prestación, sobre la cual es pertinente tener en cuenta las siguientes consideraciones.

La definición de aseguramiento incluye, como dos elementos esenciales, la gestión del riesgo en salud y la representación del usuario ante el prestador. La gestión del riesgo en salud consiste en anticiparse a la aparición o progresión de la enfermedad. Exige cercanía con el ciudadano y la comunidad. El principal vehículo para gestionar el riesgo en salud es la atención primaria. Por eso la entidad que tenga la responsabilidad del aseguramiento, para poder hacer una adecuada gestión del riesgo en salud, debe tener un alto grado de control de la atención primaria. La integración patrimonial entre asegurador y prestador primario, entendida como la pertenencia a la misma organización o grupo, facilita dicho control, y su ausencia lo dificulta.

Esta es también el punto de entrada al sistema, en la cual se debe evaluar integralmente la condición médica del afiliado y decidir sobre la combinación de servicios preventivos y curativos que requiere. En este punto el asegurador debe convertirse en un comprador de servicios y un coordinador del proceso integral de atención (el cual puede pasar por varios ámbitos y prestadores). Al hacerlo debe representar el interés del usuario ante los prestadores. Debe también balancear el interés individual de cada paciente con el interés colectivo de todos los usuarios y afiliados, ya que entre todos disponen de una cantidad limitada de recursos. Para poder representar objetivamente el interés del afiliado, idealmente el asegurador debería ser independiente de los prestadores que contrata.

Vemos entonces que la tarea de gestionar el riesgo en salud hace deseable la integración vertical, mientras que la de representar al usuario ante el prestador la hace indeseable. Esta aparente contradicción se resuelve al entender que la gestión del riesgo en salud se circunscribe al nivel primario. Tendría por lo tanto sentido permitir, e incluso promover la integración del aseguramiento con la atención primaria, y desestimularla o prohibirla en los demás servicios. Así funciona, por ejemplo, el sistema de salud en Inglaterra.

### **Recomendaciones para reasignar funciones a nivel territorial**

Hoy en día los departamentos, distritos y municipios tienen múltiples roles en el sistema de salud. Esto, sumado a defectos de capacidad y conflictos de interés, hace que difícilmente puedan desempeñar ninguno bien. Es procedente, por lo tanto, darles una mayor especialización funcional, y consultar sus respectivas capacidades institucionales al momento de definir sus atribuciones. Por lo tanto un prerrequisito para la adecuada redefinición de funciones es una mejor estratificación de los municipios en términos de la capacidad institucional de sus administraciones públicas y la capacidad local de prestación de servicios de salud.

A continuación consideramos en forma sucesiva las funciones del sistema de salud. Para cada una de ellas evaluamos posibles cambios en la arquitectura institucional que respondan a los cuatro elementos del diagnóstico: coordinación, capacidad, escala mínima, compatibilidad de funciones.

Las siguientes indicaciones no tienen la pretensión de agotar el amplio menú de opciones para asignar las diferentes funciones y sub-funciones específicas a los diversos órdenes de gobierno actores del sistema. El propósito es proponer unos criterios generales que orientan la reasignación de funciones y establecen restricciones a la hora de otorgar atribuciones a entes específicos. Por ejemplo, si el departamento es un jugador importante en la prestación, no debería tener a cargo su propia vigilancia y control.

### ***Rectoría***

Tiene sentido que la rectoría del sistema, entendida como el fijar las reglas de juego, siga asignada al gobierno nacional.

La tarea de orientar y supervisar la aplicación de las reglas de juego y alinear a los actores en torno a objetivos comunes, sin embargo, requiere de una presencia territorial que el gobierno nacional no tiene. En este sentido el sistema adolece de un rector local. Los gobiernos departamentales, o de ciudades grandes, están llamados a cumplir este papel.

### ***Inspección, vigilancia y control***

Habría que decidir si la Superintendencia de Salud abre sedes fuera de Bogotá (i.e. se desconcentra), o se apoya en entidades del orden departamental, de manera articulada, para ejercer la vigilancia. En esta decisión habría que asegurar la capacidad institucional. Si algunos entes de orden departamental no tienen la capacidad suficiente podrían crearse, para efectos de la vigilancia, jurisdicciones que abarquen más de un departamento.

En todo caso habría que salvaguardar la compatibilidad de funciones: Si un ente subordinado del gobernador ejerce la vigilancia, es deseable que ningún otro ente que también dependa del mismo funcionario sea vigilado (EPS, IPS). Hay dos maneras de salvaguardar dicha compatibilidad. Una es prohibir la coexistencia de funciones incompatibles en el mismo orden de gobierno (evitar, por ejemplo, que el gobernador no tenga que ejercer vigilancia sobre su propio hospital). Otra es establecer entes independientes de la administración central en el respectivo orden de gobierno, así como las contralorías, por ejemplo, son independientes del ejecutivo.

El sistema de vigilancia y control debería incluir unos canales claros y bien regulados para la recepción y respuesta de quejas. Los municipios podrían convertirse en voceros y orientadores de los usuarios, ayudarlos a canalizar las quejas por los canales establecidos y navegar por el sistema. Tienen una ventaja en el ejercicio de esta tarea, por su mayor cercanía con la ciudadanía.

### ***Regulación***

Está bien que la función regulatoria continúe en el gobierno nacional, y que se delegue en las entidades territoriales la implementación de ciertas regulaciones (por ejemplo, verificar estándares de habilitación). En aras de asegurar la capacidad, la escala mínima, y facilitar la aplicación de estándares más homogéneos, sería mejor delegar en primera instancia en los departamentos, y sólo en tareas específicas que lo ameriten, en algunos o todos los municipios. En este punto también aplican las consideraciones sobre compatibilidad de funciones (e.g. evitar tener que habilitarse a sí mismo).

### *Financiación, asignación de recursos*

En términos generales las fórmulas de asignación de recursos están claras. Distinguen por función (aseguramiento, prestación, salud pública), y consultan las necesidades de la población, puesto que se basan en pagos per cápita ajustados por riesgo. Su implementación se dificulta por defectos de vigilancia, y de administración y operación del sistema (punto siguiente).

### *Administración y operación del sistema*

En esta función hay problemas de capacidad y coordinación. El proceso de afiliación está delegado en las EPS, lo cual hace más difícil controlar la selección de riesgos por parte de éstas. Tiene sentido centralizar el diseño y operación en red del proceso de afiliación, y habilitar operadores idóneos con funciones muy puntuales (por ejemplo, recibir formularios e introducir novedades al sistema).

Los flujos de información en el sistema son defectuosos en parte por defectos de capacidad de los actores del sistema, por defectos en la estandarización y regulación de dichos flujos, y por redundancias innecesarias en el diseño institucional del sistema (punto siguiente).

### *Aseguramiento / Compra de servicios de salud*

En esta función se concentran los principales problemas de escala mínima, capacidad, coordinación y compatibilidad. Reducir el número de aseguradores o prestadores de cada nivel, los resolvería simultáneamente.

El punto de partida para reorganizar el sistema sería crear un sistema, específico para el sector salud, que permita clasificar a los municipios en categorías. Los criterios serían:

- Población y sus características demográficas, laborales y socioeconómicas
- Concentración de la población
- Disponibilidad de prestador(es) primario(s) y capacidad de los mismos con relación a la población.
- Disponibilidad de prestadores de segundo nivel, o distancia de los mismos.
- Disponibilidad de prestadores de tercer nivel, o distancia de los mismos.
- Distancia de prestadores con servicios específicos de interés (e.g. cáncer, diálisis)
- Disponibilidad de prestadores de servicios sociales complementarios (e.g. hogares para cuidado de niños, ancianos).

Este sistema de clasificación, a su vez, exige actualizar las clasificaciones de prestadores por niveles, habida cuenta del avance de la tecnología y los cambios en el entorno institucional del sistema.



Una función esencial de la entidad que ejerza el aseguramiento es establecer (directamente o mediante convenios) puntos de atención primaria cercanos a la población. Un punto así requiere de un umbral mínimo de población adscrita a fin de lograr la escala mínima que hace sostenible su operación. Dicho umbral dependerá del personal y equipamiento mínimo que el regulador defina como necesario para la operación de un punto de atención primaria.

En localidades de baja población es posible que se requiera incluso de un subsidio para la operación de estos centros. En todo caso, el dividir la población en múltiples EPS dificulta el logro de los umbrales mínimos de población adscrita. Una posibilidad sería que en municipios pequeños se obligue a todas las EPS a contratar con la misma IPS primaria. En este caso las IPS no tendrían prácticamente cómo distinguirse unas de otras en el respectivo municipio. Tener múltiples EPS en este contexto no lograría los potenciales beneficios de la competencia (o la posibilidad de escogencia) y haría el sistema innecesariamente complejo. Por esta razón, en la categoría de municipios más pequeños sólo debería operar una EPS<sup>34</sup>. Esta podría asumir el control de los centros de atención primaria (generalmente públicos), o bien interactuar con ellos mediante contratos o esquemas de concesión<sup>35</sup>. Referiría los casos más complejos a prestadores de su red en otros municipios cercanos.

En municipios medianos se podría habilitar la existencia de varias EPS, pero limitar su número, a fin de que cada una alcance el número mínimo de afiliados que hace viable contratar o montar prestadores primarios que hagan la gestión del riesgo en salud.

En municipios más grandes tendría operación plena el modelo de competencia regulada.

### *Provisión*

En este contexto habría que considerar las opciones de reasignación de funciones a entidades territoriales:

- Entidades del orden municipal podrían participar en la prestación, siempre que no represente una situación de conflicto o contradicción (que no sea IPS de nivel 2 o 3 y asegurador al mismo tiempo).

Las actividades de salud pública que corresponden a las entidades territoriales se podrían considerar una a una, pues tienen escalas de producción distintas, y reasignar entre

---

<sup>34</sup> Quedan abiertas varias posibilidades respecto de a quién pertenecería dicha EPS que sería monopólica en municipios pequeños. Difícilmente podría ser con ánimos de lucro por la dificultad de asignar un monopolio a un privado, salvo que se haga mediante un proceso competitivo. Su pertenencia a un gobierno departamental o local generaría un conflicto con la función de vigilancia (el ente territorial no podría vigilarse a sí mismo).

<sup>35</sup> La concesión tendría la ventaja de que permitiría al municipio preservar la propiedad de los activos.

departamentos y municipios. En este contexto se podría actualizar y reaplicar el concepto de certificación por programas y actividades específicas de salud pública, para su asunción por niveles de gobierno. El certificador debería ser independiente del municipio y departamento, y de potenciales presiones políticas.

### **Reflexión final**

Por más de dos décadas, en Colombia han coexistido la descentralización territorial y la descentralización “corporativa” del sistema de salud. La descoordinación entre los dos sistemas ha sido y sigue siendo problemática. Los resultados de esta investigación y las propuestas que hemos desarrollado conducen a dos reflexiones finales. Primero, el rediseño del sistema pasa necesariamente por repensar y reformar las reglas de juego de la descentralización en salud contenidas en la Ley 715 de 2001. Una reforma que omita la dimensión territorial tendría el efecto de perpetuar muchas de las disfunciones y debilidades que hoy se observan a nivel local. Segundo, es hora de repensar el papel del Estado, incluyendo los municipios y departamentos, en un sistema de salud que otorga un papel preponderante a organizaciones privadas en la organización y prestación de los servicios. En este contexto habría que darles a las diversas entidades territoriales una mayor especialización funcional, a fin de que puedan descargarse de aquellas que no pueden ejercer bien o les plantean conflictos de interés, y ejercer con más efectividad aquellas tareas que les son inherentes.

## Referencias

- Acheson, D. (1988). Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development to the Public Health Function. Chmn. Sir D.Acheson.
- Agudelo, CA., Corredor A, A., & Valero, M. V. (2004). Assessing options for an innovative malaria control program on the basis of experience with the new Colombian Health Social Security System. *Revista de salud pública*, 6, 1-39.
- Alesina, A., Carrasquilla, A., & Echavarría, JJ. (2000). Decentralization in Colombia. Working Paper Series. No. 15.
- Arbeláez, MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E (2004). Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Mgmt* 19:S25-S43.
- Arbeláez, M. P. (2006). La reforma del sector salud y el control de la tuberculosis en Colombia. Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina. Buenos Aires: OPS, 115-29. Chicago
- Ayala Cerna, C., & Kroeger, A. (2002). La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6), 1771-1781.
- Boffin, N. (2002). "Health system capacity building: Review of the literature". Antwerp: Institute of Tropical Medicine.
- Borrero, E., Carrasquilla, G., & Alexander, N. (2012). Descentralización y reforma: ¿cuál es su impacto sobre la incidencia de malaria en los municipios colombianos. *Biomédica*, 32(sup1), 68-78.
- Bossert, T. J. (1998). "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance." *Social Science & Medicine*, 47(10), 1513-1527.
- Bossert, TJ & Mitchell, AD (2011). "Health sector decentralization and local decision-making: decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan". *Social Science & Medicine*, 72: 39-48.
- Brinkerhoff, D. (2003). *Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reform *plus* Project, Abt Associates, Inc.

Carrasquilla, G. (2006). Descentralización, reforma sectorial y control de la malaria en Colombia. En Yadón (Eds.) (2006) Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina. OPS, Universidad de Buenos Aires y BID.

Carrasquilla G, Gómez OL, Mateus JC (2005). Effects of health sector reform and decentralization on malaria endemic Colombian municipalities. American Society of Tropical Medicine and Hygiene. 54th Annual Meeting. December 11-15. Washington, D.C.

Carvajal, R., Cabrera, G. A., & Mateus, J. C. (2004). Efectos de la reforma en salud en las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. *Biomédica*, 24, 138-148.

Chernichovsky, D. & Prada, S. (2013). Federalism in Healthcare: A framework for design and implementation. Monograph.

Chernichovsky, D. & Chernichovsky, M. (2006) Decentralization in Healthcare: Concept, Issues and Implementation Challenges.

Chernichovsky, D., Guerrero, R. & Martínez, G. (2012). The Incomplete Symphony: The Reform of Colombia's Healthcare System. Documentos de Trabajo PROESA No. 1

Contraloría General de la República (2013). Seguimiento a las fuentes y usos de los recursos del sector salud en Colombia. Informe No. 8.

Contraloría General de la República (2013). Seguimiento a las fuentes y usos de los recursos del sector salud en Colombia. Informe No. 9.

Corte Constitucional (2001). Sentencia C-1051 de octubre de 2001. Magistrado ponente Jaime Araujo Rentería. Bogotá.

Cuervo Rojas, JM (2001). Características, resultados del tratamiento antituberculoso y factores determinantes del abandono en casos nuevos tratados en las instituciones de salud que notifican al programa de prevención y control de tuberculosis de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá durante 1999. Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá (Documento técnico no publicado). Y Tesis de Maestría (2001) en Epidemiología Clínica. Pontificia Universidad Javeriana.

Departamento Nacional de Planeación (2012). Documentos de Evaluación y Seguimiento de la Descentralización:

<https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/Evaluaci%C3%B3nySeguimient>

odelaDescentralizaci%C3%B3n/DocumentosdeEvaluaci%C3%B3n.aspx (Última visita: Septiembre 27 de 2013)

Enthoven, AC (1988) Theory and Practice of Managed Competition in Health care Finance. North-Holland, Amsterdam.

Fedesarrollo (2012). La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro.

Fundación Konrad Adenauer (2010). 25 Años de la descentralización en Colombia. (Disponible: [http://www.parc comun.org/files/Veinticinco%20a%F1os%20de%20la%20descentralizaci%C3%B3n\\_KA.pdf](http://www.parc comun.org/files/Veinticinco%20a%F1os%20de%20la%20descentralizaci%C3%B3n_KA.pdf). Última visita: Septiembre 25 de 2013)

García Villegas, M, Rodríguez Raga, JC, García Sánchez, M., Revelo Rebolledo, JE., Espinosa Restrepo, JR. (2011). Los Estados del país. Instituciones municipales y realidades locales. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia.

Garrett, L., Mushtaque A., Chowdhury, R. & Pablos-Méndez, A. (2009). All for universal health coverage. The Lancet ( Vol. 374, Issue 9697, Pages 1294-1299 ) DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61503-8

Gil, P. (2008). Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Elsevier España. 11va ed.

Glassman, A.L., Escobar, M.L., Giuffrida, A., Giedion, U. (2009). From Few to Many: Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia. Washington D.C: The Brookings Institution.

Granada, A., Estrada, V., Pinto, D., Borrero, E., & Carrasquilla, G. (2005). Disponibilidad de información ¿Un cuello de botella para investigación y evaluación en políticas de salud? Revista de Salud Pública, 7(2), 201-214.

Hutchinson, PL., LaFond, AK. (2004). Monitoreo y evaluación de las reformas de descentralización en los sectores de salud de los países en desarrollo. Bethesda, MD: The Partners for Health Reform plus Project, Abt Associates Inc.

Jaramillo (2001). Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Archivos de Economía, Departamento Nacional de Planeación.

Kroeger, A., Ordoñez-Gonzalez, J., & Aviña, A. I. (2002). Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. Tropical Medicine & International

Health, 7(5), 450-458.

Last, JM. (2007). A dictionary of public health. New York: Oxford University Press.

Londoño, JL & Frenk, J. (1997). "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America". Health Policy, 41, 1-36.

Molina, MG., & Spurgeon, P. (2007). La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva múltiple en Gestión y Política Pública Revista de la facultad nacional de salud pública, 16(1).

Páez, GN., Jaramillo, LF., & Franco, C. (2013). Estudio sobre la geografía sanitaria de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20la%20geograf%C3%ADa%20sanitaria%20de%20Colombia.pdf>. Última visita: Octubre 2 de 2013)

Pinto D, Carrasquilla G, Gil FA, Collazos C & Rincón J. (2005). La certificación como indicador de descentralización en salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud. pp 149-62."

Prada, S. & Aguirre, A. (2013). Complejidad innecesaria: tratamiento de tuberculosis y descentralización territorial en Colombia. Mimeo.

Roberts et al. (2008) Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press.

Rondinelli, D. (1981). "Government decentralization in comparative perspective: Theory and Practice in Developing Countries." International Review of Administrative Science 47: 133-145.

Rondinelli, D. (1999). "What is decentralization". In: Litvack, J and J. Seddon (eds) Decentralization Briefing Notes. Work Bank Institute. Washington, D. C.

Salleras, L., Vidal, J. (1994). Los métodos de la medicina clínica preventiva. Partes I, II y III. Barcelona: Med Clin.

Sánchez, F. (2006). "Descentralización y progreso en el acceso a los servicios sociales de educación, salud y agua y alcantarillado". Documento de la Estrategia para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD). Disponible en: [https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/En\\_Que\\_Vamos/](https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/En_Que_Vamos/)

descentralizacion\_progreso.pdf (Última visita: Septiembre 24, 2013)

Sánchez, F. & Gonzales, JZ. (2011). “Descentralización y sostenibilidad fiscal subnacional: el caso de Colombia”. Documentos CEDE 9241, Universidad de los Andes.

Savedoff, WD & Gottret, P. eds. (2008). *Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience*. Washington, DC: World Bank.

Silva, L., Herrera, V., & Agudelo, C. (2002). Promoción, prevención, municipalización y aseguramiento en salud, en siete municipios. *Revista de Salud Pública*, 4, 36-58.

Soto, V. E., Farfán, M. I., & Lorant, V. (2012). Fiscal decentralization and infant mortality rate: The Colombian case. *Social Science & Medicine*, 74(9), 1426-1434.

Srebotnjak, T., Mokdad, A. H. and Murray, C. JL. (2010). A novel framework for validating and applying standardized small area measurement strategies. *Population Health Metrics*. Vol 8. No. 26.

Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México DF: Siglo XXI.

UNDP. (1998). *Capacity assessment and development in a systems and strategic management context*. New York: United Nations Development Programme.

Unión Temporal Centro Nacional de Consultoría-Econosul (2009). “Evaluación Integral del Sistema General de Participaciones. Informe Final.” Documento disponible en la Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas del Departamento Nacional de Planeación.

Wagstaff, A. (2010). Social health insurance reexamined. *Health Econ.*, 19: 503–517. DOI: 10.1002/hec.1492

Wagstaff, A. (2013). Cobertura universal de salud, equidad, protección financiera y sistemas de salud. *Boletín POLIS* No. 12. ISSN: 1909-7964.

WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva.

World Bank (2004). *Overview. World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*, World Bank.





**Anexo 1 Inspección, Vigilancia y Control de los actores del sector salud**

¿Quién ejerce la función o actividad?	¿Qué vigila exactamente?	Alcance (I-V-C)	Sujetos	Normas
<b>Superintendencia de Salud</b>	Aspectos de dirección, orientación, regulación, vigilancia del Sistema	- Inspección, vigilancia y control	- EPS, IPS, Direcciones territoriales, FOSYGA, - Aquellos que administren, recauden los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del SSSS - Los que exploten, produzcan, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías y de los licores	- Art. 121 , ley 1438 de 2011
	1) Cumplimiento de la funciones señaladas por la ley 2) manejo y administración de los recursos 3) cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social en salud 4) sobre la ejecución de los recursos asignados a las acciones de salud pública, protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública 5) la gestión de los fondos de salud 6) respecto de la afiliación, aseguramiento y sistemas de	a) IVC (1,3,4,6,7,8,9,11) b) Imposición de multas (2) c) Supervisión (5,10)	a) Entes territoriales (direcciones territoriales): (1,3,4,5,6,7,8,9,10,11)  b) Representantes legales de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables: (2)	1) Artículo 40 literal b ley 1122 de 2007; artículo 4, numeral 9, Decreto 1018 de 2007; artículo 6, numeral 37, Decreto 1018 de 2007; artículo 8, numeral 21, Decreto 1018 de 2007; artículo 18, numeral 1, Decreto 1018 de 2007 2) Art. 68 ley 715 de 2001; artículo 16, numeral 1, Decreto 1018 de 2007 3.) Artículo 40 literal G, ley 1122 de 2007; artículo 17, numeral 30, Decreto 1018 de 2007 4) artículo 6, numeral 15,

	<p>información</p> <p>7) IVC que hacen las entidades territoriales sobre el aseguramiento y la prestación de servicios de salud en su jurisdicción</p> <p>8) sobre la organización, gestión y coordinación de la oferta de servicios de salud</p> <p>9) la ejecución de la prestación de los servicios de salud</p> <p>10) cumplimiento de las metas y actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública</p> <p>11) al aseguramiento y al sistema obligatorio de garantía de la calidad</p>			<p>Decreto 1018 de 2007</p> <p>5) artículo 14, numeral 7, Decreto 1018 de 2007</p> <p>6) artículo 17, numeral 1, Decreto 1018 de 2007; artículo 17, numeral 21, Decreto 1018 de 2007; artículo 17, numeral 26, Decreto 1018 de 2007)</p> <p>7) artículo 17, numeral 3, Decreto 1018 de 2007; artículo 18, numeral 3, Decreto 1018 de 2007 ;</p> <p>8) artículo 17, numeral 4, Decreto 1018 de 2007</p> <p>9) artículo 17, numeral 6, Decreto 1018 de 2007; artículo 18, numeral 1, Decreto 1018 de 2007; artículo 18, numeral 6, Decreto 1018 de 2007</p> <p>10) artículo 17, numeral 7, Decreto 1018 de 2007; artículo 18, numeral 7, Decreto 1018 de 2007</p> <p>11) artículo 17, numeral 9, Decreto 1018 de 2007</p>
--	---	--	--	---

	<p>1) del cumplimiento de las normas que regulan la solidez financiera de las mismas</p> <p>2) sobre la administración y flujo de los recursos</p> <p>3) cumplimiento de las normas del sistema general de seguridad social en salud</p> <p>4) sobre la organización, gestión y coordinación de la oferta de servicios de salud</p> <p>5) cumplimiento de las metas y actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública</p> <p>6) al aseguramiento y al sistema obligatorio de garantía de la calidad</p> <p>7) que los sistemas de información cuenten con las características necesarias para el control efectivo de la afiliación, la movilidad de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud y la prestación de los servicios de salud</p> <p>8) sobre los procesos de focalización y selección de la población a la cual se aplica el plan de atención básica</p>	<p>a) IVC (1,2,3,4,5,6,7,8)</p>	<p>EPS</p>	<p>1) artículo 6, numeral 8, Decreto 1018 de 2007; Artículo 8 , numeral 8, Decreto 1018 de 2007; Artículo 14 , numeral 10, Decreto 1018 de 2007</p> <p>2) artículo 16, numeral 1, Decreto 1018 de 2007</p> <p>3) artículo 17, numeral 1, Decreto 1018 de 2007; artículo 18, numeral 1, Decreto 1018 de 2007)</p> <p>4) artículo 17, numeral 4, Decreto 1018 de 2007</p> <p>5) artículo 17, numeral 7, Decreto 1018 de 2007; artículo 18, numeral 1, Decreto 1018 de 2007; artículo 18, numeral 7, Decreto 1018 de 2007</p> <p>6) artículo 17, numeral 9, Decreto 1018 de 2007</p> <p>7) artículo 17, numeral 26, Decreto 1018 de 2007; artículo 17, numeral 33, Decreto 1018 de 2007; artículo 17, numeral 34, Decreto 1018 de 2007</p> <p>8) artículo 17, numeral 29, Decreto 1018 de 2007</p>
--	---	-------------------------------------	------------	---

	<p>1) sobre cumplimiento de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del sector salud</p> <p>2) sobre la información de carácter financiero, presupuestal y del cumplimiento de las normas que regulan la solidez financiera</p> <p>3) sobre el cumplimiento de la atención inicial de urgencias</p> <p>4) sobre el cumplimiento de las normas y reglamentos sobre la dotación y mantenimiento hospitalario</p> <p>5) que los sistemas de información cuenten con las características necesarias para el control efectivo de la afiliación, la movilidad de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud y la prestación de los servicios de salud</p> <p>6) sobre el cumplimiento de la normatividad vigente del sistema general de seguridad social en salud</p> <p>7) respecto del cumplimiento de las normas y reglamentos sobre la evaluación e importación de tecnologías biomédicas</p> <p>8) sobre el cumplimiento de los estándares básicos obligatorios definidos por la normatividad vigente sobre la manera como la instituciones prestadoras de servicios de salud deben atender, informar y orientar al usuario</p>	<p>a) IVC (1,2,3,4,5,6,7,8)</p>	<p>IPS</p>	<p>1) Art 68 ley 715 de 2001); artículo 4, numeral 7, Decreto 1018 de 2007; artículo 6, numeral 18, Decreto 1018 de 2007</p> <p>2) Artículo 14 , numeral 10, Decreto 1018 de 2007; artículo 16, numeral 6, Decreto 1018 de 2007</p> <p>3) artículo 17, numeral 5, Decreto 1018 de 2007; artículo 18, numeral 5, Decreto 1018 de 2007</p> <p>4) artículo 17, numeral 10, Decreto 1018 de 2007</p> <p>5) artículo 17, numeral 26, Decreto 1018 de 2007</p> <p>6) artículo 18, numeral 1, Decreto 1018 de 2007</p> <p>7) artículo 18, numeral 12, Decreto 1018 de 2007</p> <p>8) artículo 18, numeral 24, Decreto 1018 de 2007</p>
--	---	-------------------------------------	------------	---

<b>Los Departamentos</b>	Ejerce funciones sobre: el cumplimiento del <b>Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad</b>	- Inspección, vigilancia y control	- IPS	Los artículos 24, 49, 53 y 54 del Decreto 1011 del 2006
	<b>Los Departamentos Pueden ejercer funciones IVC en los siguientes aspectos</b>  <b>En Salud Pública:</b>  1) Sistema de Vigilancia en Salud Pública 2) acciones de salud pública 3) Sistemas de información, de calidad, de organización de las redes de laboratorios <b>4) Cumplimiento Políticas Públicas</b>	1) Control Sobre el Sistema de vigilancia en salud pública 2) Inspección y control 3) Vigilancia y Control 4) Vigilar y controlar	1) * No se especifica 2) EPS e IPS 3) Redes de laboratorios 4) * No se especifica	1) Arts. 43.3.6., ley 715 de 2001 2) 43.3.9. ley 715 de 2001 3) Art. 26 del Decreto 2323 del año 2006 4) El artículo 43.1.5 de la ley 715 del 2001
	<b>En el área de financiamiento del SGSSS.</b>  1) Recaudo y Aplicación los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud	1) Supervisión y control	1) Sobre quienes ejerzan actividades de recaudo y aplicación Recursos Salud	(1) 43.1.4 de la ley 715 del 2001; El literal g del artículo 11 de la ley 10 de 1990)

<p><b>en el área de aseguramiento de la población:</b> sobre el <i>aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud</i></p>	<p>- Vigilancia y control</p>	<p>- EPS</p>	<p>(artículo 43.4.1 de la Ley 715 de 2001)</p>
<p><b>En el área de Prestación de Servicios de Salud:</b> 1) Sobre el <i>cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción</i> 2) Sobre normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano. <b>3)</b> <i>en cuanto a funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados</i> 4) Con respecto a los procesos de referencia y contrarreferencia <b>5)</b> Con respecto <b>a</b> <i>los servicios de urgencias de la población de su territorio y la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia</i></p>	<p>a) Vigilar y controlar (1,3, 6) b) Inspección y vigilancia: (4,5, 7) c) Vigilancia: (2, 10) d) Inspección, vigilancia y control : (8, 9) e) Control : (11)</p>	<p>1) IPS 2) Sobre “Construcciones y Mantenimientos IPS-Centros de Bienestar del Anciano” 3) sobre los Bancos de Sangre 4) IPS 5) Sobre Centros Reguladores de Urgencias 6) IPS 7) Sobre Mantenimiento Hospitalario de IPS 8) Sobre Centros de Estética 9) Sobre <i>Bancos de Tejidos y de Médula Ósea ( Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplantes)</i> 10) Sobre <i>las Coordinaciones Regionales de la Red de Donación y Transplantes</i> 11) EPS</p>	<p>1) artículos 43.1.5 y 43.2.6 de la ley 715 del 2001 2) artículo 43.2.8 de la ley 715 del 2001; El artículo 38 de la Resolución 4445 de 1996 3) artículos 86 y 87 del Decreto 1571 de 1993 4) literales b) y II) del artículo 11 de la ley 10 de 1990 5) artículo 18 del Decreto 4747 de 2007 6) artículos 10, 21 y 25 de la Resolución 434 de 2001 7) numeral 7.6. del Título V de la Circular Única el año 2007 8) artículos 8°, 9°, 10 y 11 de la Resolución 2263 de 2004 9)(artículos 48, 49 y 50 del Decreto 2493 de 2004) 10) artículo 28 de la Resolución 2640 de 2005 11) (El artículo 4° del</p>

	<p>6) <i>evaluación de una tecnología biomédica implantada o en operación</i></p> <p>7) <i>los informes de asignación, ejecución y aplicación de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario</i></p> <p>8) <i>requisitos para la apertura y funcionamiento de los centros de estética y similares</i></p> <p>9) <i>cumplimiento de la normatividad relacionada con los componentes anatómicos</i></p> <p>10) <i>análisis estadísticos y de vigilancia epidemiológica a los trasplantes realizados en el área de influencia de la Coordinación que tiene a cargo, teniendo en cuenta los reportes hechos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en cuanto a reacciones adversas, complicaciones, rechazos y sobrevida de los trasplantes o implantes</i></p> <p>11) <i>Sobre Atención a la Comunidad.</i></p>			Decreto 1757 de 1994)
<b>Los Municipios</b>	<p><b>Los Municipios Pueden ejercer funciones IVC en los siguientes aspectos:</b></p> <p><b>En el área de Salud Pública:</b></p> <p><b>1.) Sobre el Sistema de Vigilancia en Salud Pública</b> (Desarrollar los procesos básicos</p>	1) Vigilancia	- * No se especifica	1) El artículo 10 del Decreto 3518 del 2006

	<i>de vigilancia )</i>			
	<b>En el área de financiamiento del SGSSS.</b>  1) IVC sobre Recursos con destinación específica para salud	1) Vigilancia y control	- *No se especifica (Sujetos que tienen el manejo de recursos locales que tienen destinación específica para salud)	1) El literal f) del artículo 12 de la ley 10 de 1990