

República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación

APERTURA A LA SALUD
LINEAMIENTOS DEL PLAN DE ACCIÓN 1991-1994
RESUMEN EJECUTIVO

Documento DNP-2531-UDS-MINSALUD
Bogotá, mayo 5 de 1991

Versión: aprobada
Circulación: miembros CONPES

- Introducción
- I. DIAGNOSTICO DE LA SALUD Y SUS INSTITUCIONES
 - A. LA EVOLUCIÓN DE LA SALUD
 - 1. Mortalidad
 - 2. Morbilidad
 - 3. Nutrición
 - B. LOS RECURSOS
 - 1. Cobertura
 - 2. Recursos humanos
 - 3. Infraestructura Física
 - 4. Medicamentos e Insumos
 - 5. Investigación y Desarrollo Tecnológico
 - C. LAS INSTITUCIONES
 - 1. Aspectos generales.
 - 2. Descentralización
 - 3. Aspectos Financieros
 - II. POLÍTICAS PARA EL SECTOR SALUD
 - A. OBJETIVOS
 - B. PROGRAMAS
 - 1. Mejoramiento de eficiencia
 - a. Reformas institucionales y financieras
 - i. Descentralización
 - ii. Financiamiento
 - iii. Especialización del Ministerio
 - b. Sistema de atención prepagada
 - c. Modernización de la gestión
 - d. La salud en las entidades de la Seguridad Social.
 - 2. Fortalecimiento de los servicios locales de salud
 - 3. Desarrollo de los servicios de urgencias
 - 4. Desarrollo de recursos humanos
 - 5. Optimización de la infraestructura hospitalaria
 - a. Desarrollo de la infraestructura
 - b. Dotación hospitalaria
 - c. Mantenimiento
 - 6. Medicamentos
 - a. Reorganización del mercado farmacéutico
 - b. Apoyo a la producción de insumos
 - c. Disponibilidad de medicamentos e insumos
 - d. Uso racional de medicamentos
 - e. Sistema de control de calidad
 - 7. Investigación y Desarrollo Tecnológico
 - 8. Educación para la salud
 - 9. Nutrición
 - a. Madres gestantes y lactantes y niños
 - b. Hogares de Bienestar
 - c. Atención de la población escolar
 - d. Centros de Atención integral al preescolar CA
 - e. Otras acciones de nutrición
 - III. COSTOS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICIÓN
 - IV. RECOMENDACIONES

INTRODUCCIÓN

Se presenta en este documento una síntesis de la situación actual de las instituciones que atienden la salud pública, así como un breve recuento de las cifras de mortalidad y morbilidad en Colombia. Con base en este diagnóstico, se formulan los lineamientos del plan sectorial de la salud y se presentan los objetivos, políticas y programas para este cuatrienio. Al final se presentan las recomendaciones.

I. DIAGNOSTICO DE LA SALUD V SUS INSTITUCIONES

La evolución de la salud de un país es fiel reflejo de las condiciones de vida de su población y de la eficacia de sus instituciones. Además, la salud de los habitantes es factor determinante para el bienestar de la población y el desarrollo económico del país.

La descripción exhaustiva del estado de salud en cualquier momento del tiempo es un asunto extremadamente complejo. Pero los economistas han encontrado que este estado puede sintetizarse bastante bien acudiendo al indicador de esperanza de vida de la población al nacer, que -por demás- es un indicador estadístico confiable y fácil de calcular¹.

La esperanza de vida de los colombianos en el presente siglo ha evolucionado en estrecha relación con el acontecer económico, social e institucional del país. Es bien sabido que la estructura económica y social al comienzo del siglo resultaba particularmente atrasada cuando se compara con la de otros países de similar grado de desarrollo. Y ello se manifestó claramente en la salud de las gentes. La esperanza de vida al nacer era apenas de 30 años en 1905, aumentando ligeramente hasta alcanzar 33 años en 1930, lo cual resultaba un tercio menor que los patrones internacionales para aquel momento (véase gráfico adjunto). Dicho, en otros términos, la esperanza de vida en Colombia en aquel entonces resultaba menor que la que hoy registra países misérrimos como Etiopía o Afganistán. La calidad de vida de la población en ciertamente lamentable. En contraste con el grado de atraso inicial, el ritmo de transformación económica y social fue particularmente acelerado en los 30's y 40's. La esperanza de vida de la población reflejo este progreso, alcanzando 53 años en 1957, que: ya resultaba comparable a la de naciones de grado similar de desarrollo (véase nuevamente el gráfico). En los años 60's y 70's, la salud de los colombianos continuó progresando en forma paralela al promedio de países en desarrollo, alcanzando una esperanza de vida de 63 años en 1980.

Aunque el progreso en la calidad global de salud de la población continuó acelerándose en los años 80's -la esperanza de vida actual es de 68 años-, apareció mucho más claro el contraste con los países latinoamericanos de mayor progreso social. Como se observa en la gráfica anterior, la esperanza de vida actual de los

¹ véase Amartya Sen. Té measurement of social development en Chenery and Srivivasan. Handbook of Economic Development. Cambridge, North- Holland, 1989. y también United National Development Programme. Human Development Report New York, Oxford University Press, 1990

colombianos es considerablemente inferior a la de Costa Rica (75), Chile (72), Uruguay (71), Venezuela (70) o incluso México (69).

El progreso en materia de salud durante los pasados cincuenta años fue, pues, bastante más rápido que aquel registrado por el promedio de naciones en desarrollo. El que la esperanza de vida se haya más que doblado durante el presente siglo es prueba fehaciente de ello. Puede afirmarse que, hasta comienzos de los setentas, el progreso en la salud de la población fue resultado básicamente del acelerado ritmo de progreso económico, que permitió superar las anormales condiciones de atraso de Colombia antes del periodo de crecimiento económico moderno. Tras la superación de ese atraso inicial, todo progreso adicional ha dependido y dependerá sobre todo de las instituciones diseñadas por la sociedad para la atención de la salud. A pe del rápido progreso, las carencias de salud aún son enormes para un segmento muy grande de la población más pobre de Colombia. Y es precisamente el rezago institucional que se generó en los años 70's y 80's el q ha impedido obtener las ganancias en salud que lograron otros países del continente cuya suerte económica fue inferior a la colombiana.

La evolución de la salud depende también estrechamente de los desarrollos en áreas conexas de la política de desarrollo. Particularmente fuerte resulta su interacción con la cobertura de aguas y educación. Existe, en Colombia, así como en el resto del mundo, una clara relación inversa entre la disponibilidad de agua potable y la mortalidad infantil. La educación igualmente tiene enormes efectos sobre la salud y la nutrición. En los últimos años (1965-1981), la esperanza de vida creció más aceleradamente entre poblaciones con alto grado de escolaridad que entre comunidades con alto grado de analfabetismo. Igualmente, la desnutrición está estrechamente relacionada con la escolaridad de las madres. La probabilidad de desnutrición de los niños es tres veces más alta cuando la madre es analfabeta que cuando tiene estudios secundarios o superiores².

Este diagnóstico ilustra, pues, que, aunque el progreso ha sido veloz (como se ilustra con la evolución de indicadores más puntuales de mortalidad, morbilidad y nutrición), las posibilidades de progreso en la salud de los colombianos son enorme. Pero más que de la disponibilidad global de infraestructura física y de personal médico especializado -donde el país ha logrado grandes avances-, el progreso en la salud dependerá de la posibilidad de reorganizar sus instituciones para atender en forma más eficiente y equitativa la población más necesitada.

A. LA EVOLUCIÓN DE LA SALUD

Los indicadores globales de mortalidad, morbilidad, y nutrición de la población colombiana han mejorado sustancialmente en las últimas décadas. A pesar de esto persisten enormes diferencias regionales y sociales y aparecen nuevos síntomas negativos, como las muertes violentas y las enfermedades cardiovasculares.

1. Mortalidad.

Una de las transformaciones más espectaculares registradas por el país durante este siglo ha sido la reducción de la tasa de mortalidad infantil (TI). En los años 30's uno de cada cinco niños nacidos en Colombia morfa antes del primer año. Esa tasa se compara desfavorablemente aun con la de los países que hoy tienen la mortalidad más alta del mundo: Angola y Mozambique (TI = 172). Pero el progreso en la reducción de la mortalidad infantil ha sido muy rápido desde entonces. A finales de los 50's la tasa ya se había reducido a 102, solo ligeramente más alta que lo esperado por los patrones internacionales (véase gráfico). Durante los 60's y 70's la mortalidad infantil se redujo en Colombia '1 mismo ritmo que el promedio de países en desarrollo. Tal ritmo se aceleró en los 80's más que en el resto de países, registrándose en 1988 una tasa de 39: uno de cada 25 niños muere antes del año.

Sin embargo, la mortalidad en la Costa Pacífica y los Territorios Nacionales alcanza tasas cercanas a 110 por mil, cifras semejantes a las de Haití, Bangladesh y Bolivia. También por la incidencia más alta de la desnutrición, los estratos más pobres presentan mayor mortalidad infantil.

² véase CCRP. Encuesta nacional de prevalencia, 1986

La tasa de mortalidad general³ era de 25 al comenzar el siglo. Se redujo lentamente hasta comienzos de los 50's cuando la tasa llegó a 21. A partir de entonces, la reducción de la mortalidad se aceleró con la urbanización, alcanzando 15 en los 60's, 9 en los 70's y 5 en 1988. La reducción se hizo más lenta en los últimos años, por el aumento de muertes relacionadas con la violencia y enfermedades cardiovasculares. La mortalidad materna, cuya tasa relaciona las muertes asociadas al embarazo y parto, también se redujo en los últimos treinta años: de 3.1 a 1 por mil.

³ personas muertas anualmente por cada mil habitantes.

2. Morbilidad.

El perfil de las causas atendidas por consulta externa en el sector oficial no ha cambiado mucho entre los años 1984 y 1988. Se destaca un descenso moderado en las enfermedades diarreicas y parasitarias que afectan a los niños, y un incremento de las infecciones respiratorias agudas.

En hospitalización, un tercio de la capacidad de camas sigue siendo ocupada por la atención del parto normal, el aborto y las complicaciones del embarazo y el parto. Otras causas de hospitalización se relacionan con afecciones diarreicas, infecciones respiratorias y fracturas de los miembros.

Las bajas coberturas de acueducto y alcantarillado explican la alta prevalencia de enfermedades infecciosas. De igual manera, la contaminación del aire en las ciudades y la deficiente disposición de desechos se asocian con el incremento de las afecciones respiratorias⁴.

La malaria muestra un preocupante aumento ya que se han registrado más de 50.000 casos por año, reversándose, en forma dramática, el descenso que había registrado esta enfermedad en la posguerra.

3. Nutrición.

El aumento en la calidad de vida de los colombianos se observa con enorme claridad en la evolución de la desnutrición de los niños. Hace 25 años, una cuarta parte de los niños registraba síntomas de desnutrición global. Hoy tal prevalencia se ha reducido a menos de la mitad.

A pesar de ese avance, por lo menos el 15% de los niños menores de cinco años continúa presentando problemas de desnutrición global, es decir, retraso en el peso estandarizado para la edad. Un 20% tiene retraso en la talla, lo cual conforma un estado de desnutrición crónica cuyas consecuencias son más graves.

El 21% de la población escolar muestra algún grado de anemia por déficit de hierro y otros nutrientes, lo cual estimula la deserción y el bajo rendimiento escolar. Las mujeres embarazadas y lactantes también se afectan y el 8.7% de los nacidos vivos en

las cinco grandes ciudades presenta bajo peso al nacer, situación que contribuye a la morbilidad infantil.

La reducción del grado de pobreza de la población en los estratos más bajos y la continuidad de ciertas acciones de política en las últimas décadas parecen haber sido los factores que más contribuyeron al descenso de la desnutrición infantil. Ante tal descenso se impone profundizar ciertas políticas exitosas (como los Hogares de Bienestar Infantil), mejorando su capacidad de focalización en los grupos más pobres y más vulnerables (niños menores de 2 años y mujeres embarazadas).

⁴ por su importancia, los lineamientos de política y el desarrollo del sector de agua potable y saneamiento son presentados en el documento DNP-2532-UDU. Agua Potable y Saneamiento Básico: Plan de Ajuste Sectorial I fase 1991-1994

B. LOS RECURSOS

El problema más grave de la salud pública en Colombia consiste en la deficiente y escasa cobertura de atención primaria de los grupos con menores recursos. Una tercera parte de los colombianos probablemente los más pobres, no tiene acceso a las instituciones de salud (véase ilustración). El 80% de las enfermedades podrán resolverse con acciones de promoción, prevención y atención básica directa o en centros ambulatorios cerca de las viviendas. Los recursos humanos, físicos y financieros se han concentrado excesivamente en la atención curativa en los niveles superiores, que resulta más costosa y con menores posibilidades de llegar a una cobertura más extensa.

1. Cobertura.

A pesar del avance en la salud de la población, la cobertura de las entidades de seguridad social dista de ser satisfactoria. Casi la mitad de los colombianos no está atendida por estas instituciones. En efecto, las instituciones de seguridad social atienden el 18% de la población del país. El sector oficial que deberá cubrir el 65% de la población con menores ingresos, solo llega al 39%. En los menores de un año y las embarazadas se alcanza el 75% en promedio. En consulta externa se cubre apenas el 30% de la población.

Tan reducida cobertura se manifiesta obviamente en enormes diferencias sociales y regionales. La seguridad social es apenas un privilegio para una sexta parte de la población, mientras para la gran mayoría, la seguridad social no existe aún para la atención más básica (véase ilustración). Tal sesgo ha inducido una asignación de recursos ineficiente e inequitativa.

A pesar que la cobertura de seguridad social se concentra en las grandes zonas urbanas, se ha logrado un progreso sustancial en la atención básica en las zonas rurales. Con las acciones de atención primaria⁵, realizadas por 6.400 promotoras rurales, se ha llegado al 62% de la población rural. Las actividades de vacunación infantil muestran altas coberturas, con índices cercanos al 80%.

Los programas de nutrición y protección del ICBF se dirigen principalmente a los niños pobres entre dos y siete años y., en la actualidad, alcanzan coberturas cercanas al 70%.

2. Recursos humanos.

La disponibilidad de profesionales y técnicos de la salud ha crecido a enormes tasas en las últimas décadas, alcanzando coberturas (en personas/médico) que resultan aceptables en términos internacionales. Sin embargo, la ubicación del personal médico no corresponde a las necesidades regionales. En efecto, el 61% de los empleados en el sector oficial trabaja en las capitales donde se concentra el 43% de la población, generándose un déficit significativo en las áreas rurales y pequeñas poblaciones. También se observa una discrepancia entre el perfil educacional de los profesionales de la salud y las necesidades de atención, requiriéndose mayor personal para la atención primaria.

3. Infraestructura, física.

El país no cuenta con un déficit global de camas hospitalarias y de instituciones de atención ambulatoria. Existen 4.000 centros y puestos de salud y 947 hospitales. Estos últimos tienen 45.800 camas, 67% de ellas en el sector público. La mayor disponibilidad de camas no ha representado, sin embargo, una alta utilización de las mismas.

La ocupación promedio es solo de 57%. Los hospitales locales muestran una tasa de utilización más reducida (41%), mientras que los especializados y universitarios alcanzan promedios de 72% y 75% respectivamente.

En realidad, hoy se presenta una utilización desequilibrada de la infraestructura física: ella es mayor par las instalaciones más sofisticadas y costosas, mientras que muchas de las instalaciones más básicas permanecen subutilizadas. Es corriente que los hospitales especializados atiendan casos cuya

⁵ la estrategia de Atención Primaria, de la cual Colombia ha sido pionera junto con otros países en desarrollo, se convirtió, en 1978, en la estrategia de prestación de servicios que la OMS y UN han impulsado en el mundo. Por demás, ya existen algunas experiencias en las zonas cafeteras y en algunas áreas urbanas.

complejidad podrá ser resuelta en el nivel de atención local o básica (ver ilustración).

Las insuficiencias de infraestructura no se derivan entonces de la inexistencia de instalaciones. Se deben más bien a sesgos en sus modalidades de uso y a un pobre cuidado por el mantenimiento de las inversiones.

4. Medicamentos.

En esta área los problemas se originan en una estructura oligopólica, protegida por el Estado; limitaciones en la programación y adquisición, y defectos en la prescripción.

El mercado se caracteriza por la proliferación de productos (más de 4.500 y solo cerca de 800 son esenciales). La industria farmacéutica internacional cubre el 88% de las ventas, importa la mayor parte de las materias primas (98% de 1.200 principios activos) y, además, goza de altos niveles de protección basados en mecanismos para arancelarios.

En el 84% de las instituciones de primer nivel se presenta insuficiencia grande o ausencia total de los medicamentos esenciales, con severo impacto sobre la eficacia de la atención médica (ver ilustración). Esta situación se agrava por la falta de programación en las adquisiciones y la compra excesiva de algunos productos no esenciales.

Se han detectado problemas en la prescripción, por falta de información científica de los médicos, sobre los avances en farmacología; por el consumo inducido por los vendedores de farmacia y por la automedicación generalizada.

5. Investigación y desarrollo tecnológico.

En los últimos 20 años las ciencias biomédicas han experimentado un notable desarrollo en el mundo con escasos beneficios para el país. Los esfuerzos de integración intersectorial no han sido fructíferos y los pocos estudios que se llevan a cabo no generan respuestas aplicables a los problemas de nuestro medio.

C. LAS INSTITUCIONES

1. Aspectos generales.

La deficiencia en la administración constituye el área más crítica del sector, repercutiendo en bajas coberturas, calidad precaria de los servicios y altos costos de operación. El exceso de centralismo, la incapacidad ejecutora del Ministerio y la falta de compromiso de los municipios y departamentos con los problemas de salud, son las causas de la crisis. En tanto las limitaciones institucionales son mayores para las entidades públicas que para las privadas y de seguridad social, la organización institucional ha contribuido a ahondar la inequidad del acceso de los colombianos a la salud (ver ilustración).

El proceso administrativo sectorial muestra fallas y yacimientos en la gerencia: dirección, planeación, programación y control. No existen manuales de funciones y procedimientos en áreas claves como los suministros, la información y el mantenimiento.

La administración hospitalaria, además, enfrenta problemas de indefinición de la naturaleza jurídica de las instituciones y de coexistencia de diversos regímenes de vinculación laboral y conflictos prestacionales. De igual manera, el mantenimiento de los hospitales no se ha descentralizado, ni se ha capacitado el personal para atender la diversidad de equipos y tecnologías.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar también adolece de alto grado de centralismo y excesivo número de funciones.

2. Descentralización.

La Ley 10 de 1990, en forma coherente con el proceso de descentralización que inició el país en 1986, es un avance innegable en la reforma del sector. Consagra la departamentalización y municipalización de los servicios de salud, entregándoles también, la ejecución de las campañas directas para el control de enfermedades tropicales. Esta ley, hasta ahora con escasa aplicación, permitirá el desarrollo y fortalecimiento de los servicios locales de salud y la modernización orgánica y administrativa del sector. Sin embargo, son necesarias reformas adicionales para una completa descentralización de la salud en Colombia.

El gasto en salud como proporción del PIB ha ido en los últimos cuatro años, de 6.8% en 1986 a 6.1% en 1990, inferior al 7.4% del periodo 1981-1985. En 1989 el sector oficial directo disponga de \$6.996 por persona asignada, frente a \$25.671 en la seguridad social.

La composición de las fuentes de financiación del sector público, muestra que los aportes nacionales (que crecieron el 5.9% en el último quinquenio) representan el 9.3% del total; las rentas cedidas a los departamentos y otros aportes de ese nivel ascienden al 27.2%. A pesar de la responsabilidad compartida en el financiamiento de la salud, se ha observado que cuando existe un mayor esfuerzo financiero de la Nación, los gobiernos regionales reducen sus aportes y el esfuerzo de sus recaudos. La diversidad de fuentes y de entidades recaudadoras dificulta la administración de los recursos, lo cual incide negativamente en la planeación financiera de las instituciones. Además, dichas instituciones realizan pagos por servicios personales, financiados con recursos nacionales, sin observar los criterios generales sobre el tema, establecidos en el nivel central. La Ley 10 de 1990 fortaleció los recursos del sector con las modificaciones en la transferencia del situado fiscal al nivel local (obviando el nivel departamental); la claridad en la base de liquidación y recaudo seccional de las rentas cedidas, y la creación de ECO SALUD para la explotación de los nuevos juegos de azar, cuyos recursos fortalecerán la Atención Primaria y el pago del pasivo prestacional. Además, creo la Junta de Tarifas de Salud con la función de regular esta materia en todo el sector. En el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al igual que en las otras instituciones cuyos recursos provienen del impuesto sobre la nómina, se observa bajos niveles de recaudo de sus rentas, por la alta evasión.

II. POLÍTICAS PARA EL SECTOR SALUD

El objetivo fundamental de la política del sector es elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades; estas acciones se dirigen a crear una cultura de la salud y favorecer un proceso participativo que conduzca a mejorar la eficacia del sector. Dichas acciones se desarrollarán con esquemas de medicina prepagada, subsidios a la demanda y criterios de equidad y de redistribución social.

A. Objetivos

1. Mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud en el nivel local, a través del desarrollo del Plan Nacional de Atención Primaria.
2. Poner en marcha, reformas institucionales que permitan la organización de servicios eficientes, con cobertura universal y de buena calidad.
3. Promover que los municipios y departamentos asuman la responsabilidad en la dirección, prestación y financiación de los servicios, de salud, mediante el impulso del proceso de descentralización,
4. Mejorar la gestión y administración de las instituciones para aumentar su eficiencia en el manejo y uso de los recursos y dar utilización racional a la infraestructura y dotación hospitalaria.
5. Desarrollar los servicios hospitalarios de urgencias de tal manera que se organicen redes de atención, según la demanda y oferta de servicios, que faciliten el transporte y la atención oportuna de los pacientes.
6. Aumentar la disponibilidad y calidad de medicamentos esenciales, promocionar su uso adecuado y mejorar la provisión de insumos básicos de salud en las unidades prestatarias.
7. Promover y apoyar el desarrollo de la ciencia y la tecnología, de tal manera que se busquen respuestas tecnológicas acordes con la realidad del sector.
8. Promover la modernización curricular en las ciencias de la salud, la actualización y perfeccionamiento del personal institucional y la formación de investigadores.
9. Desarrollar una cultura que promueva cambios en el estilo de vida y en los comportamientos individuales y colectivos, de tal manera que estos contribuyan a mantener sana la población.
10. Estimular la participación de la comunidad en la gestión de las instituciones de prestación de servicios y en la solución de problemas locales de salud.
11. Ampliar los programas de complementación alimentaria orientados a la población más pobre para reducir la desnutrición severa, y disminuir los niveles y riesgos de desnutrición leve.
12. Ampliar la disponibilidad de recursos para el sector y mejorar la administración financiera, para lograr la completa ejecución de la política de salud.

B. PROGRAMAS

1. Mejoramiento de la eficiencia.

Para mejorar la eficiencia del subsector público de salud, se actuará en tres campos: (i) Se impulsará y ampliará el alcance de las reformas institucionales y

financieras contempladas en la Ley 10 de 1990; (ir) Se diseñará y pondrá en marcha un modelo de aseguramiento público y; (mi) Se desarrollará un programa de gestión hospitalaria.

a. Reformas Institucionales y Financieras.

Las reformas institucionales y financieras dirigidas a aumentar la eficiencia incluyen: (i) La descentralización del sistema; (ir) La organización de los Fondos Seccionales y Locales de Salud y; (mi) La especialización del Ministerio de Salud.

i) Descentralización.

Se crearán las Direcciones Seccionales y Locales de Salud como entes autónomos, adscritos a los Gobiernos Departamentales y Municipales. Tendrán como función planear, coordinar y supervisar la prestación del servicio en su jurisdicción.

Las Direcciones Seccionales, a nivel departamental, tendrán responsabilidad directa sobre el segundo y tercer nivel de atención. Las Direcciones Locales, a nivel municipal, asumirán la coordinación de los servicios de salud del primer nivel y las actividades de atención primaria.

Cada una de esas Direcciones maneja Fondos de Salud y contratará la prestación de los servicios con las instituciones públicas y, cuando se considere conveniente, se podrá contratar con las privadas. Con este mecanismo se podrá generar eficiencia y competencia.

Las tarifas para la contratación de servicios con las unidades ejecutoras (tales como hospitales y puestos de salud), serán establecidas por las Direcciones Seccionales y Locales de Salud, de acuerdo con parámetros definidos por la Junta de Tarifas de Salud. Estas Direcciones fijarán también las tarifas que dichas unidades cobren a los usuarios.

Las unidades ejecutoras del servicio que reciben dineros del Estado, se constituirán en instituciones públicas descentralizadas de nivel departamental o municipal, o en entidades mixtas o privadas. Tendrán patrimonio propio, personería jurídica y autonomía administrativa. Los centros y puestos de salud de municipios pequeños y áreas dispersas conservarán su dependencia del hospital local o de la Dirección Local de salud, hasta cuando su grado de desarrollo les permita ser autónomos.

La inversión en nueva infraestructura física y en equipos será responsabilidad del respectivo ente territorial. Cuando se trate de mejoramiento de su infraestructura y de reposición de la dotación, la responsabilidad recaerá directamente sobre las unidades prestadoras de servicio. El nivel nacional cofinanciará, de acuerdo con programas específicos, las inversiones descritas.

La descentralización del sector público será gradual, con un plan de acción de cuatro años. Se elaborarán estudios para dimensionar la cantidad de recursos necesarios en cada nivel de atención, la situación laboral de cada hospital; la situación jurídica de cada establecimiento y el estado de la infraestructura física y de equipo de cada uno de ellos. Estos serán la base para ejecutar el proceso de descentralización.

ii. Financiamiento.

Los Fondos Seccionales y Locales pagarán a las unidades de prestación de servicios según dos modalidades:

La atención hospitalaria se cancelará por el sistema de anticipos y reembolsos por servicios prestados a los usuarios, asignando los recursos según el volumen de producción. En la actualidad se entrega a cada unidad hospitalaria un aporte fijo de presupuesto, independientemente de la cantidad de servicios que presta. Las tarifas se establecerán según costos estándar por tipo de procedimiento. Para evitar la facturación excesiva, se creará un sistema de auditoría aleatoria de la facturación y de la calidad de los servicios⁶.

Los usuarios contribuirán al control de la calidad, seleccionando libremente las entidades, públicas o privadas, que los atenderán. Además, podrán participar en su administración vigilando el adecuado desarrollo del sistema⁷.

La atención ambulatoria realizada según el esquema que se detalla más adelante, se pagará por familia inscrita y atendida. El pago se hará mediante anticipos y reembolsos sobre el valor⁸ de un paquete de servicios previamente determinado por la Dirección Local de Salud. Dicho paquete de servicios se utilizará para controlar el exceso de facturación. Además, se diseñarán incentivos⁹ que premien las acciones de prevención basados en indicadores de impacto.

iii. Especialización del Ministerio.

El Ministerio de Salud concentrará su acción en el diseño de políticas, definición de normas y protocolos científicos que regulen la calidad de los servicios, además de la evaluación y vigilancia de la operación del sistema. El Ministerio fortalecerá su capacidad de planeación y coordinación, eliminando las funciones de ejecución directa. Las campañas nacionales continuarán en el nivel central mientras se dispone de tecnología que permita delegar su ejecución en el nivel seccional. Se

⁶ existe tecnología disponible en otros países y en entidades privadas del país que prestan servicios de medicina prepagada, para ejercer este tipo de controles.

⁷ en la Ley 10 de 1990 se establecen mecanismos para regular la participación de la comunidad en las juntas directivas de las entidades públicas que prestan servicios de salud.

⁸ el valor de este paquete se estima con base en las normas de atención definidas por el Ministerio de Salud y en la evaluación de los factores de riesgo asociados a las condiciones de salud de la población de cada municipio.

⁹ los incentivos están representados en la participación del personal del equipo de salud en los programas de capacitación y desarrollo de los recursos humanos que ofrezcan las entidades públicas. Así mismo se podrán entregar bonificaciones en dinero a la organización que preste los servicios. Cuando una unidad de servicio no mejore los indicadores de salud de la comunidad asignada se le aplicarán medidas como la no renovación del contrato o la reducción del volumen de familias asignadas.

delegara tambien, en las Direcciones Seccionales, la asistencia técnica a los municipios, para el desarrollo de la infraestructura física hospitalaria y el mantenimiento de los equipos y dotación médica. El Fondo Nacional Hospitalario podrá realizar importaciones de equipo, ofreciéndolo a los municipios, dentro de los mecanismos de cofinanciación.

b. Sistema de Atención Prepagada.

Se diseñará y pondrá en operación un sistema de medicina prepagada para subsidiar la demanda de la población de menores ingresos. Estos subsidios serán complementarios a la cotización por parte del usuario. Para este efecto se organizará una comisión preparatoria conformada por los Ministerios de Salud, Trabajo, Hacienda; por el DGP la cual estará apoyada con expertos sobre el tema.

El gobierno establecerá los mecanismos legales que garanticen el desarrollo del modelo. El programa se iniciará en algunos departamentos, donde este avanzado el proceso de descentralización, en los cuales se evaluará y ajustará el esquema propuesto. Con la experiencia acumulada se extenderá el modelo al resto del país.

c. Modernización de la gestión.

Con el fin de adaptar las unidades de prestación de servicios a los cambios propuestos, se requiere mejorar su sistema de producción. Para ello se adelantarán las siguientes acciones:

1. Diseñar y poner en operación mecanismos para premiar los hospitales que mejoren la gestión, la eficiencia y la eficacia de sus servicios.
2. Impulsar el programa de formación de administradores y gerentes. Este se inició en 1991, y está orientado a cualificar la formación administrativa y gerencial del personal directivo vinculado actualmente al sector.
3. Poner en marcha un grupo para mejorar la gestión hospitalaria, con la participación del Gobierno Nacional y las Organizaciones no Gubernamentales, para brindar asesora técnica y de investigación en el diseño de modelos de control de gestión a los hospitales.

En los próximos cuatro años se atenderán 11 hospitales universitarios (100% de los hospitales de este nivel), 45 del segundo nivel (48% del total) y 100 locales (25% del total).

d. La salud en las entidades de la Seguridad Social.

Para ampliar los servicios de salud y reducir la duplicidad existente, es necesario adelantar reformas al sistema de seguridad social, las cuales serán definidas por la Comisión creada para el efecto. El análisis de dicha Comisión puede enriquecerse con el estudio de los siguientes aspectos:

1. Extender la cobertura de salud a la familia del asegurado. Se evaluarán diferentes modalidades para su logro.
2. Definir la responsabilidad institucional de cada una de las entidades que conforman el sistema de seguridad social (Cajas de Previsión y Cajas de Compensación) para eliminar las distintas duplicidades.
3. Separar la administración de los programas de salud de los seguros económicos.
4. Coordinar, entre las entidades de la seguridad social y las del subsector oficial, la prestación de los servicios de salud en los municipios.
5. Descentralizar la prestación de servicios de las entidades de la seguridad social.
6. Utilizar la infraestructura disponible, pública o privada, antes ampliar la oferta hospitalaria.
7. Adoptar, el modelo de Atención Primaria. Con ello se busca desarrollar un modelo preventivo, antes del curativo que tienen actualmente.
8. Crear sistemas que permitan a los asegurados utilizar hospitales privados y públicos, mediante los cuales las entidades de seguridad social reembolsaran el costo del servicio.

2. Fortalecimiento de los Servicios del nivel local.

El propósito es extender la cobertura y mejorar la calidad de los servicios del primer nivel, donde se realiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y donde se brinda la consulta y la hospitalización de baja complejidad. Con este programa se busca eliminar los sesgos hoy existentes en la utilización de la infraestructura con tan inequitativos resultados, para lograr, en cambio, un diseño institucional más acorde con las necesidades del país (véase ilustración). El programa beneficiara la totalidad de las comunidades más pobres, o sea, el 45% de la población.

El programa se iniciará en 1991 y se extenderá hasta alcanzar una en 1994 de 80% de la población pobre. Se dará prioridad a la atención del 100% de los niños de los Hogares de Bienestar del ICBF.

El programa, que se ajustara al ordenamiento institucional descrito, consiste en el desarrollo de un nuevo modelo, mediante el cual el personal de salud se desplaza a trabajar en contacto directo con la comunidad. La unidad básica de atención del programa es la familia.

Con este modelo se atacará cerca del 80% de las causas de enfermar y morir, de mayor ocurrencia entre la población de escasos recursos. Se realizarán acciones como: prevención y manejo precoz de las diarreas e infecciones respiratorias; desparasitación masiva; control del crecimiento y desarrollo de los niños; vacunaciones; control prenatal; detección precoz de cáncer y otras enfermedades; educación para inducir cambios en los hábitos de higiene y mejorar el ambiente domiciliario.

Para llevar a cabo el Plan Nacional de Atención Primaria, se desarrollarán los siguientes componentes:

1. Conformación, capacitación y consolidación de 3.000 equipos de salud familiar y comunitaria, integrados por médicos, enfermeras, profesionales del área social y por promotores de salud y saneamiento. Su composición y cobertura serán definidos por la Dirección Local de Salud¹⁰. Sus funciones serán: identificar y atender las familias con mayores necesidades; identificar y capacitar los demás ejecutores del programa.
2. Selección y capacitación de 50.700 voluntarios que actuarán como gestores de salud. Recibirán capacitación y asesora permanente del equipo institucional.
3. Promoción, conformación y desarrollo de 3.000 Unidades Comunitarias de Salud y Ambiente. Serán entes constituidos por los gestores y otros voluntarios de la salud, y por individuos, familias y organizaciones comunitarias existentes, o que se conformen para el trabajo comunitario en salud.

¹⁰ se pueden establecer varios tipos de equipo extramural; Una primera alternativa es un médico por cada tres grupos compuestos cada uno por una enfermera, un promotor de saneamiento y un promotor de salud. Dependiendo de los recursos, la población y el nivel de salud del municipio, se podrán diseñar otros equipos que estarán integrados por un médico, una auxiliar de enfermera y un promotor de saneamiento para la zona rural y por un médico, una enfermera profesional (o un profesional del área social) y un promotor de saneamiento o de salud, en la zona urbana. La cobertura promedio por equipo, puede variar entre 1.000 y 3.000 familias en el área urbana o entre 500 y 1000 familias rurales, dependiendo de la composición del equipo.

3. Desarrollo de los Servicios de Urgencias.

El Ministerio de Salud diseñará y pondrá en marcha un plan para la racionalización y fortalecimiento de los servicios de urgencias. El objetivo de corto plazo será mejorar la calidad de la atención, racionalizar la demanda y maximizar la utilización de los recursos y la infraestructura disponible. Para la organización del plan se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

1. Estructurar la red de urgencias. Para ello se definirá la organización de la red por nivel de complejidad, determinando el tipo de recurso humano, material y físico y los servicios de apoyo (laboratorio, bancos de sangre, y demás), que se requieran en cada nivel. La Dirección Seccional será responsable de la coordinación en su jurisdicción.

Como apoyo al fortalecimiento financiero de los servicios de urgencias, se pondrá en operación la reglamentación expedida recientemente sobre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

2. Fortalecer la infraestructura física, dando énfasis a los sistemas de comunicaciones de transporte con un costo de \$19.700 millones (US \$31 millones). Se harán también inversiones destinadas al mejoramiento de la infraestructura física, dotación y equipamiento tecnológico de las unidades de urgencia.
3. Actualizar y educar al personal para mejorar la calidad de la atención y desarrollar campañas promocionales y educativas con el fin de impulsar la adecuada utilización de los servicios, y descongestionar los hospitales de alta complejidad.

4. Desarrollo de Recursos Humanos

Se pondrá en marcha un programa de desarrollo humano que incluya la revisión curricular, la capacitación, actualización y educación continua del personal de la salud. Igualmente se fortalecerá la capacidad del Ministerio para la planificación, con el fin de formar recursos que respondan a las necesidades y características del desarrollo del sector.

5. Optimización de la infraestructura hospitalaria

Se mejorará la calidad de los servicios que prestan las entidades del sector, mediante la ampliación, remodelación y mejoramiento de su dotación e infraestructura. Los principales programas son:

a. Desarrollo de la Infraestructura.

Con el objeto de mejorar las construcciones, dotar las instituciones y terminar las obras inconclusas, se consolidará y ampliará el programa de cofinanciación para el desarrollo de la infraestructura de salud. Los recursos de este fondo de cofinanciación por \$50.000 millones, serán un subsidio directo a las entidades territoriales más pobres. Los municipios y los Departamentos aportarán

contrapartida en dinero, mano de obra o maquinaria. Mediante estos mecanismos de cofinanciación se terminarán 10 hospitales inconclusos de segundo nivel.

b. Dotación Hospitalaria.

Comprende programas de renovación tecnológica y recuperación, o reubicación de equipos en diferentes áreas con un costo de \$24.000 millones, en hospitales de segundo y tercer nivel. Este programa incluye el proyecto del Centro Hospitalario Nacional que presta servicios de alta tecnología a la población pobre de la ciudad de Bogotá y de la región centro oriente del país. El costo total de este proyecto es de aproximadamente \$50.000 millones (US \$78 millones), de los cuales \$28.600 se ejecutarán entre 1992 y 1994.

c. Mantenimiento.

Se conformará una Red Nacional de Talleres de Mantenimiento, financiada con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo, integrada por 72 talleres regionales localizados en áreas de fácil acceso y de mayor concentración de hospitales, y por un taller central ubicado en las instalaciones del Fondo Nacional Hospitalario. Estos talleres se constituirán en unidades administrativas independientes, con patrimonio propio y autonomía operativa, y podrán vender servicios a las entidades públicas y privadas. La Red se complementará con un sistema de remisión de equipos y un banco de partes y repuestos.

6. Medicamentos e Insumos de Salud

La política de medicamentos e insumos tiene el propósito de aumentar la disponibilidad y calidad de esos productos esenciales a precios razonables y promocionar su uso adecuado.

Con esta política se persiguen los siguientes objetivos:

a. Reorganización del mercado farmacéutico

En esta área se adelantarán las siguientes actividades:

1. Estímulo a la adquisición, por parte de las entidades del sector público, de medicamentos genéricos.
2. Concertación con la industria de rangos de precios máximos para las compras del sector público. Existirán negociaciones centralizadas. La adquisición y entregas serán descentralizadas.
3. Realización, por parte de asociaciones de hospitales, de licitaciones públicas internacionales para compras de medicamentos no disponibles en el mercado, o de aquellos que por su precio sea mejor importar.
4. Con el objeto de reducir la protección arancelaria de la industria farmacéutica, e eliminar el visto bueno que el Ministerio de Salud da a la licencia de importación de medicamentos y se adoptara el sistema de certificación internacional de calidad de la Organización Mundial de la Salud.

5. Establecer la libertad de precios, una vez sean eliminadas las restricciones administrativas y se promuevan acciones de competencia interna y externa.

b. Apoyo a la producción de Insumos.

Se apoyará¹¹ la producción nacional de los insumos de salud con tecnologías simples y se estimulará la producción de aquellos que se fabrican actualmente en el país.

c. Disponibilidad de medicamentos e insumos.

Se fortalecerá el programa de Boticas operadas por organizaciones comunitarias. En la actualidad se han creado 850 unidades y se tiene programado llegar a 3.900 en 1994, con una cobertura del 100% en las instituciones del Sector.

d. Uso racional de los medicamentos

El objetivo de este programa es mejorar la información y educación de la población y los prescriptores. Se adelantarán las siguientes acciones:

1. Reforzar, en concertación con las facultades de medicina y las asociaciones médicas, la formación básica y la capacitación continua en farmacología.
2. Publicar y difundir el Formulario Terapéutico Nacional elaborado por el Ministerio de Salud.
3. Desarrollar campañas educativas a través de los medios masivos de comunicación, para informar a la población sobre los medicamentos esenciales, la utilización del nombre genérico y su uso adecuado.

e. Sistema de Control de Calidad

Se diseñan y pondrá en marcha un sistema de control de calidad de los medicamentos e insumos de salud, alimentos y demás productos industriales que puedan ocasionar riesgos para la salud, de tal manera que se garantice su eficacia y baja toxicidad.

El Sistema integrará las actividades de normalización, control y vigilancia que hoy ejecuta el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud. El sistema se extenderá al nivel local, utilizando para ello laboratorios públicos y privados. Se buscará que el control se realice de una manera ágil y eficiente, sin generar trabas que se conviertan en barreras para arancelarias, como sucede en la actualidad.

7. Investigación y Desarrollo Tecnológico

La política de investigación tiene como propósito promover y apoyar aquellas áreas que contribuyen a la solución de los problemas de salud. La política tendrá como objetivos: (i) Identificar las prioridades de investigación en el sector salud

¹¹ se permitirá la compra directa por parte de las entidades públicas a productores nacionales, además y se promoverán programas de cooperación internacional para el efecto.

como instrumento de planeación y orientación nacional y regional; (ir) Impulsar el proceso de consolidación de la actividad científica y de las comunidades de investigadores en el Sector, y; (mi) Promover la formación del recurso humano para la investigación. La constitución del programa de investigación en ciencias de la salud, como parte del nuevo sistema de Ciencia y Tecnología, será la base institucional y financien para su desarrollo.

8. Educación pan la Salud

Un elemento fundamental de la política, que reforzara las acciones educativas del equipo extramural de salud, es la utilización de los medios de comunicación social para incidir en los conocimientos, actitudes y prácticas en materia de salud, nutrición y uso de medicamentos. Para ello se acudirá a horarios de alta audiencia para educación permanente y a horarios especiales para actualización del personal auxiliar y de servicios, y para la capacitación de las madres comunitarias de los Hogares de Bienestar.

9. Nutrición

La prioridad de la política en esta materia será. erradicar la desnutrición severa y disminuir los niveles de desnutrición leve encontrados en los grupos más pobres. Las mujeres gestantes y en periodo de lactancia y los niños menores de 7 años serán la población objetivo prioritaria. Para el cumplimiento de esta política se desarrollarán los siguientes programas:

a. Madres Gestantes y Lactantes y Niños Menores de 2 años

Este programa busca reducir la deprivación nutricional durante la gestación y los primeros años de vida, cuando sus efectos funcionales son más severos. La población objetivo del programa está constituida por 245.000 niños menores de dos años y 280.000 mujeres gestantes, que hoy se encuentran en situación de miseria. En 1994 se alcanzará la cobertura total.

Se pondrán en marcha diferentes modalidades de atención, en hogares de tiempo parcial o total, dependiendo de la situación laboral de las madres y de la situación de desprotección de los menores. El programa será ejecutado directamente por la comunidad, a través de las asociaciones de padres de familia de los Hogares de Bienestar Infantil existentes, o de nuevas asociaciones conformadas por los usuarios.

Las acciones con los menores de dos años incluyen; atención y control nutricional; acciones de estimulación temprana que propicien el desarrollo físico y social de los niños; y prevención, control y vigilancia de sus enfermedades.

La atención de las madres embarazadas lactantes comprende las actividades de prevención y control del riesgo de sus enfermedades; complementación nutricional; educación sobre nutrición, atención y control del embarazo y del parto y postparto y control natal y lactancia.

La atención de las madres y los menores y las acciones educativas serán desarrollados por el equipo de salud en colaboración con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y las organizaciones comunitarias. Estos equipos de salud focalizarán la población que se beneficiara del complemento nutricional de forma tal que se llegue a la población más pobre y necesitada. Los alimentos serán entregados por las asociaciones de padres de familia, dentro de esquemas similares a los que se utilizan actualmente en el programa de Hogares de Bienestar o aprovechando la infraestructura que sirve de base a los equipos de salud, según sea el uso.

Una estrategia básica del programa será el fomento de la lactancia, con programas de educación desarrollados por quienes atienden a la madre durante el postparto.

b. Hogares de Bienestar

Se extenderá la cobertura del proyecto Hogares de Bienestar, que ha sido eficiente para el tratamiento oportuno y masivo de la desnutrición infantil y para el desarrollo psicoafectivo del menor.

El proyecto alcanzará una capacidad de atención de 1.000.000 menores entre 2 y 6 años en 1994. La población de 6 a 7 años, que es actualmente atendida en los Hogares de Bienestar, será incorporada progresivamente al programa de "Grado 0", que impulsará el Ministerio de Educación.

La calidad del servicio de los Hogares se mejorará con la atención prestada por los equipos extramurales del Ministerio de Salud. Se remodelarán las viviendas¹² en las que son atendidos y, se capacitarán las madres comunitarias y los miembros de las juntas administradoras y asociaciones de padres de familia.

c. Atención de la Población Escolar

Se fortalecerá el programa de restaurantes escolares con el propósito de mejorar el rendimiento educativo de los menores. Los alimentos se reforzarán con hierro para reducir la anemia.

Con el programa se alcanzará una cobertura, en 1994, de 2.000.000 de escolares entre 7 y 14 años en dos modalidades de atención: refrigerio reforzado para los escolares urbanos y almuerzo para los niños de escuelas rurales.

El programa será coordinado entre el Ministerio de Educación, el ICFES y los municipios. La ejecución estará a cargo de las asociaciones de padres de familia, las cuales serán las responsables del montaje, organización y funcionamiento de los restaurantes.

¹² la meta es otorgar 76.000 créditos a las madres comunitarias, por un monto promedio de 6 salarios mínimos con una tan de interés subsidiada.

d. Centros de Atención Integral al Preescolar-CAIP

En razón a la prioridad establecida por el Gobierno Nacional de destinar los recursos del ICBF a los grupos de población que se encuentran en situación de deterioro nutricional, es necesario liberar los recursos que hoy destina el Instituto a la atención de otros grupos de la población menos necesitados y vulnerables. Para cumplir con este objetivo y garantizar el desarrollo normal del programa, se realizará un estudio que determine las alternativas que puedan ser aplicadas, tales como la cesión de la administración de algunos CAIP a otras entidades que asumirán su manejo técnico y financiero. Como apoyo al proceso se promoverán microempresas asociativas para el suministro de alimentos o aseo, en las que participen los funcionarios de los CAIP que se dedican a estas labores. Estas acciones serán desarrolladas por las entidades públicas y las fundaciones privadas que apoyan el Plan Nacional para el Desarrollo de la Microempresa en el país.

e. Otras acciones de Nutrición¹³

Con el propósito de mejorar la gestión empresarial en la producción de Bienes tarina, se estudiará la posibilidad de contratar con empresas privadas, mixtas y/o asociativas que garanticen una más eficiente producción y distribución; La esencia de la labor del ICBF será subsidiar la distribución entre la población beneficiaria de sus programas. así mismo se mejorará y extenderá la cobertura del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Alimentaria y Nutricional-SISVAN. Dicho sistema recopila y analiza información relacionada con la situación de salud, nutrición y precios de los alimentos que conforman la canasta básica familiar.

III. COSTOS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICIÓN

El costo total de los principales programas de salud y nutrición, entre 1991 y 1994, es de \$969.000 millones¹⁴, de los cuales \$639.000 millones corresponden a inversión y \$330.000 millones a funcionamiento. De acuerdo con la tendencia histórica y los recursos actuales, el sector contara con \$726.000 millones que se pueden reorientar a las prioridades definidas en este documento. Por lo tanto, el costo incremental de los programas asciende a \$243.000 millones de 1991. Este costo adicional se financiará de la siguiente manera: (i) Presupuesto Nacional a \$23.500 millones (9.7%); (ir) con crédito externo a cargo de la Nación, en proceso de contratación, \$75.000 millones (32.1%); (iii) con el producido de la empresa d juegos ECOSALUD \$132.900 millones (54.7%); y (iv) con rentas departamentales y municipales \$8.500 millones (3.5%). El mayor costo de los programas se origina en el aumento de la cobertura que se alcanzara con el programa de atención primaria. Dicho costo es de \$132.900 millones de pesos de 1991 a lo que se destinaran los recursos de ECOSALUD. A partir de 1996, año en el cual se llegará a la cobertura total de las familias en situación de pobreza, se requerirán recursos adicionales por

¹³ el Instituto Colombiano de Bienestar familiar desarrolla por Ley, además de las acciones de nutrición, otras acciones de protección a los menores abandonados o con problemas de conducta. La definición de estas acciones será presentada a consideración del CONPES en otros documentos.

¹⁴ este costo no incluye el gasto de operación de los hospitales de segundo y tercer nivel, por cuanto no requerirán recursos adicionales que provendrán de la mayor eficiencia del sistema.

ano, de \$40.000 millones de 1991. El costo del Centro Hospitalario Nacional será de aproximadamente \$50.000 millones, que serán financiados con crédito externo a cargo de la Nación. Entre 1992 y 1994 se ejecutarán \$28.600 millones en este proyecto.

IV. RECOMENDACIONES

El Departamento Nacional de Planeación recomienda al Consejo Nacional de Política Económica y Social:

- a. Aprobar las políticas y los programas descritos en este documento.
- b. Solicitar al Ministerio de Salud la preparación de proyectos de Decreto que reglamenten la Ley 10 de 1990, en los siguientes aspectos:
 - a. Establecer el régimen de contratación de los Fondos Locales y Seccionales de Salud, para la prestación de los servicios de salud por parte de instituciones públicas y privadas.
 - b. Establecer el reglamento tarifario para la contratación de los servicios, según costos estándar. En él se definirá la responsabilidad de las Direcciones Seccionales y Locales de salud para fijar las tarifas.
 - c. Reglamentar el artículo 2 de la Ley 10 de 1990, sobre la atención de urgencias, especialmente en lo relativo a su financiación.
 - d. Reglamentar la distribución del producto de la Empresa de Juegos ECOSALUD, para apoyar el programa de fortalecimiento de los servicios del primer nivel de atención.
 - e. Reglamentar, en coordinación con el ICBF, las normas sobre la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.
- c. Solicitar al Ministerio de Salud la preparación de proyectos de ley, que amplíen o modifiquen el alcance de la Ley 10 de 1990, en los siguientes aspectos:
 - a. Reestructurar el Fondo Nacional Hospitalario en entidad financiera para el apoyo de la infraestructura física y el equipamiento hospitalario, descentralizando sus servicios.
 - b. Reestructurar el Instituto Nacional de Salud, concentrando su función en investigación biomédica y en la red nacional de laboratorios.
 - c. Separar la función de producción de vacunas y otros insumos que produce el Instituto Nacional de Salud, asignándosela a empresas existentes o a nuevas empresas, previo estudio de factibilidad económica y social.
 - d. Crear un sistema de control de calidad y vigilancia de medicamentos, alimentos, vacunas, drogas y cosméticos, redefiniendo las funciones de las diferentes entidades que actualmente desarrollan acciones en este campo.
 - e. Simplificar las normas para la importación de medicamentos, especialmente para los críticos y esenciales.
 - f. Promover la adquisición de los medicamentos esenciales, con nombre genérico, por parte de las entidades del sector público.
4. Solicitar al Ministerio de Salud, a la Secretara de Administración Publica de la Presidencia de la Republica y al Departamento Nacional de Planeación, definir la operación y el cronograma para poner en marcha del proceso de descentralización. Esto incluye:
 - Creación de las Direcciones Seccionales y Locales de salud.

- Organización de los Fondos Seccionales y Locales de Salud.
- Transformación de las unidades prestadoras de servicios en instituciones con patrimonio propio, personería jurídica y autonomía administrativa.
- Elaboración de los estudios laborales y jurídicos que se requieren para iniciar el proceso de descentralización en cada Departamento.

5. Solicitar al Ministerio de Salud ejecutar las siguientes acciones:

a. Asesorar a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud en el diseño de:

- Sistemas de control de calidad y facturación de los servicios.
- Sistemas de incentivos que premien la eficiencia y eficacia de los servicios.
- Tarifas para los servicios hospitalarios y ambulatorios.
- Metodologías para la conformación de los equipos de salud familiar y comunitaria.
- Procedimientos para selección las áreas de intervención del nuevo programa de fortalecimiento del nivel local.

b. Desarrollar las normas técnicas y administrativas que regularan los regímenes de información, planeación, inversión, referencia y contrarreferencia y los demás que contempla la ley 10 de 1990.

c. Definir y poner en marcha, en coordinación con el grupo que se creara para el efecto, el programa de modernización de la gestión de las entidades de salud.

d. Establecer los criterios que utilizaran las Direcciones Seccionales y Locales de Salud, para la asignación de los recursos de inversión, de acuerdo con las prioridades definidas en este documento.

e. Establecer los mecanismos de coordinación con el ICBF para la prestación de servicios de salud en los Hogares de Bienestar y demás programas de nutrición.

f. Extender el Programa de Boticas Comunes y hacer el seguimiento permanente de su ejecución.

g. Promover la reestructuración y modernización curricular de los programas de formación de recursos humanos en salud, acorde con las políticas definidas en este documento.

h. Extender, en colaboración con el ICBF, el Ministerio de Agricultura, el DANE y el DGP, la aplicación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, alimentaria y Nutricional -SISVAN.

i. Definir y poner en marcha el Plan de desarrollo del recurso humano en salud.

j. Trasladar la ejecución de los programas de capacitación a las universidades e instituciones de educación superior que se considere pertinente.

k. Estudiar la situación laboral del sector y el impacto de las normas sobre carrera administrativa, recientemente aprobadas.

l. Presentar, con el DNP, informes semestrales sobre el avance y ejecución de este Plan.

6. Solicitar a los Ministerios de Salud, Trabajo, Hacienda, al DNP y a los demás miembros de la Comisión Preparatoria para la estructuración del Seguro Nacional de Salud, desarrollar las siguientes acciones:
 - a. Diseñar y poner en marcha el modelo público de medicina prepagada, que incluya el diseño de sistemas de control y de clasificación de los usuarios.
 - d. Preparar el proyecto de Ley correspondiente.

7. Solicitar a los Ministerios de Trabajo, Salud, Hacienda, al DNP y a los demás miembros de la Comisión para la Reforma de la Seguridad Social tener en cuenta los lineamientos esbozados en este documento, de tal manera que las recomendaciones que se formulen permitan el manejo coordinado de los servicios de salud. -

8. Solicitar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar:
 - a) Concentrar sus esfuerzos y recursos en la atención de la población en situación de desprotección y de mayor riesgo nutricional, específicamente los menores de 6 años, los escolares y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, en las zonas más pobres del país.
 - b) Establecer el proceso de transferencia a las entidades pertinentes de los programas de atención de ancianos, indígenas y de microempresas que actualmente ejecuta.
 - c) Diseñar, en coordinación con las entidades pertinentes, esquemas institucionales más eficientes que permitan atender a los ancianos y los indígenas.
 - d) Desarrollar, probar y ajustar modelos de Hogares de Bienestar para la atención de los menores de dos años.
 - e) Desarrollar con el Ministerio de Salud, la programación de acciones de salud y nutrición, especialmente para la atención de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
 - f) Ajustar el programa de restaurantes escolares con almuerzo en las es rurales y refrigerio reforzado para los escolares urbanos y coordinar su ejecución con el Ministerio de Educación.
 - g) Coordinar con el Ministerio de Educación el proceso de transición de los niños de 6 años, que actualmente asisten a los programas del ICBF, al programa "grado O" que impulsara ese Ministerio.
 - h) Desarrollar los estudios básicos necesarios para definir las alternativas de financiación y administración del programa de Centros de Atención Integral al Preescolar y preparar los proyectos de ley que se requieran.
 - i) Desvincular del Instituto la producción directa de Bienestarina, asignándola a empresas privadas, mixtas vio asociativas, y presentar los proyectos de ley que se requieran.
 - j) Establecer el sistema de información administrativo y de seguimiento y evaluación de impacto de los proyectos y acciones que desarrolle.
 - k) Establecer mecanismos de coordinación con las Organizaciones no Gubernamentales para lograr su efectiva participación en los diferentes programas de atención a la población más pobre.

- l) Estudiar y preparar un proyecto de municipalización de las funciones que desarrolla, en el cual el nivel nacional fijara las políticas y diseñe un sistema de transferencias.
- m) Diseñar, en coordinación con el Ministerio de Hacienda y con el 133, el SENA y las de Compensación, mecanismos de control de recaudo que permitan reducir la evasión en los aportes.

9. Solicitar al Ministerio de Desarrollo y al Ministerio de Salud:

- a. Establecer con la industria farmacéutica, parámetros y rangos de precios para las compras de medicamentos por parte de las entidades del sector público para su adquisición y distribución en forma separada y descentralizada.
- b. Crear un sistema de información de precios nacionales e internacionales de medicamentos que oriente la definición de distintas decisiones.
- c. Establecer la libertad de precios, una vez sean eliminadas las restricciones administrativas y se promuevan acciones de competencia interna y externa.
- d. Estudiar y desarrollar los mecanismos para apoyar la industria nacional para la producción de insumos de salud, previo estudio de su factibilidad económica y social.

10. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación y a los Ministerios de Hacienda y Salud:

- a. Establecer los criterios de distribución de los recursos nacionales entre los entes territoriales.
- b. Reglamentar los criterios de distribución de los recursos nacionales al interior de cada departamento de acuerdo con las necesidades en materia de salud, la capacidad económica y la eficiencia de la gestión.
- c. Definir y poner en operación, a la mayor brevedad posible, los juegos de suerte y azar que explotara la empresa de juegos ECOSALUD.
- d. Reglamentar los Fondos de Cofinanciación para los proyectos de inversión.
- e. Ajustar el presupuesto del Ministerio de Salud y de las entidades adscritas, a las prioridades descritas en este documento.

11. Solicitar al Ministerio de Comunicaciones y al Ministerio de Salud:

- a. Desarrollar un programa nacional permanente de información pública y divulgación sobre las acciones prioritarias de salud.
- b. Reglamentar la publicidad de medicamentos esenciales y genéricos.

12. Solicitar al DNP y al Ministerio de Hacienda, definir los mecanismos de financiación requeridos para el desarrollo de las acciones de este plan.

República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación

APERTURA A LA SALUD
LINEAMIENTOS DEL PLAN DE ACCIÓN 1991-1994
ANEXO ESTADÍSTICO

Documento DNP-2531-UDS-MINSALUD
Bogotá, mayo 5 de 1991

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANTACIÓN

AUTORIZACIÓN A LA NACIÓN
PARA CONTRATAR UN PRÉSTAMO CON EL BID
PARA EL MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Documento DNP-2617-UDS
Santa Fe de Bogotá, octubre 26 de 1992

Circulación: miembros CONPES
Versión: aprobada

INTRODUCCIÓN

I. ANTECEDENTES

II. EL PROYECTO

A. Objetivos

B. Componentes

1. Mejoramiento de la gestión hospitalaria
2. Mantenimiento
3. Estudios de preinversión

III. OPERACIÓN Y ORGANIZACIÓN

IV. COSTOS Y FINANCIACIÓN

V. RECOMENDACIONES

INTRODUCCIÓN

Los principales problemas del sector hospitalario son su deficiente administración, la tasa de mantenimiento y planeamiento de las necesidades de inversión en infraestructura, lo cual genera ineficiencia y desperdicio de recursos. Para solucionar estos problemas se ha diseñado el proyecto "Mejoramiento de la Gestión de los Servicios de Salud en Colombia", cuyo financiamiento por el BID por valor de US \$40 millones se somete a consideración del CONPES.

I. ANTECEDENTES

El manejo administrativo constituye uno de los principales problemas de las instituciones hospitalarias. La ausencia de sistemas de información sobre la producción, costos y calidad de los servicios, así como la inexistencia de instrumentos adecuados para el manejo de suministros, presupuestos y finanzas generan altos costos de operación que terminan en las recurrentes crisis hospitalarias.

Como en otros sectores, la falta de prioridad al mantenimiento de los equipos por parte de las entidades es factor que perturba la calidad de la atención. Actualmente muchos de ellos se encuentran sin utilizar, por falta de herramientas y repuestos.

Finalmente, la falta de procedimientos modernos en la planificación de las inversiones del sector ha impedido una mejor racionalidad en la destinación y uso de los recursos a infraestructura física.

II. EL PROYECTO

A. Objetivos

El objetivo del proyecto es desarrollar y modernizar la gestión de las instituciones de salud, y en particular los hospitales. En el proyecto estarán comprometidos, además del Ministerio de Salud y el Fondo Nacional Hospitalario, las 33 Direcciones Seccionales de Salud y 161 hospitales públicos de segundo y tercer nivel de complejidad. Con ello, se apoyará el proceso de descentralización, mediante el diseño de la organización del Sistema Departamental de Salud y de la red de prestación de servicios.

Como resultado de este proceso se espera obtener un aumento en la cobertura y un mejoramiento en la calidad de los servicios prestados a la comunidad de menores recursos.

B. Componentes

El proyecto tendrá un componente de mejoramiento de la gestión hospitalaria, otro de mantenimiento y uno final de estudios de fortalecimiento de los estudios de preinversión¹.

1. Mejoramiento de la gestión hospitalaria.

Busca la asistencia técnica a los hospitales para el desarrollo de sistemas y procedimientos de gestión en sus áreas básicas: costos, contabilidad, finanzas, seguros, estadística, informática, jurídica, mantenimiento, suministros, servicios generales, manejo de personal, programación de servicios clínico-asistenciales, gerencia de servicios, gerencia corporativa, y control de gestión.

Se incluye, además, la automatización del Ministerio de Salud, el Fondo Nacional Hospitalario y de 29 instituciones, entre direcciones y hospitales.

2. Mantenimiento

Busca mejorar la gestión del mantenimiento de equipos e infraestructura en los hospitales de 2º y 3º nivel. Para ello, el proyecto prevé la mejora de los talleres en 29 hospitales y la organización de 5 redes regionales de mantenimiento.

Se ha previsto la adquisición de herramientas y de equipos de prueba y precisión para las instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de complejidad, y de repuestos para la conservación y recuperación de los equipos de alta tecnología.

Para el mantenimiento se programan cursos de capacitación, prácticas en los hospitales, así como la contratación de servicios técnicos con firmas especializadas. Inicialmente, el Fondo Nacional Hospitalario suscribirá estos contratos que, durante la vigencia del proyecto, serán asumidos por los hospitales.

3. Estudios de preinversión

Busca la conformación de un plan de inversiones en servicios de salud. Además de los diagnósticos y la cuantificación de necesidades, el proyecto se concentra en los estudios de prefactibilidad y factibilidad y diseños para la dotación de quince redes de servicio.

Se realizará un mapa sanitario, un catastro físico-funcional para evaluar el estado de cada institución y sus necesidades de inversión. Además, se elaborarán estudios de factibilidad de 15 proyectos de inversión en hospitales de segundo y tercer nivel. Este Plan de Inversiones permitirá, una vez se concluyan los estudios, estructurar una nueva solicitud de financiamiento, que se negociará durante 1.994.

III. OPERACIÓN Y ORGANIZACIÓN

¹ Ver la descripción detallada de los componentes de] crédito en el anexo 1

El proyecto se ejecutará en un periodo de 51 meses, en 5 fases², al final de cada una de las cuales se hará una evaluación.

La coordinación general del proyecto esta a cargo de la Dirección General Administrativa del Ministerio de Salud. La ejecución del componente de gestión será responsabilidad del Ministerio de Salud, mientras el Fondo Nacional Hospitalario estará a cargo de los componentes de mantenimiento y preinversión.

Para la ejecución del proyecto se han conformado 10 núcleos, integrados por los centros piloto de adiestramiento³ y las instituciones públicas ubicadas en el área de influencia. La asistencia técnica será prestada por las Universidades, centros de investigación o por expertos en cada área funcional. La selección de quién prestará la asistencia técnica se hará mediante concurso de méritos.

IV. COSTO Y FINANCIACIÓN

El costo total del proyecto es de US \$58.8 millones, de los cuales US \$400 millones corresponden a crédito externo y US \$18.8 millones a recursos nacionales. La Nación aportará US \$12.8 millones⁴ y los Departamentos US \$6.0 millones⁵. (Cuadros 1)

Las siguientes son las condiciones de la operación:

Monto:	US \$40 millones.
Prestamista:	Banco Interamericano de Desarrollo
Prestatario:	Gobierno Nacional
Ejecutor:	Ministerio de Salud y Fondo Nacional Hospitalario
Período de ejecución:	5 años
Interés:	Variable Estándar
Comisión de Compromiso:	0.75%
Administración:	1%
Plazo Total:	20 años

El proyecto, por su naturaleza tiene un alto componente monetizable de US \$33.4 millones. (Cuadro 2). La operación está prevista en la programación global de endeudamiento externo y hace parte del plan de inversiones en salud para el período 1.991-1.994, aprobado por el CONPES⁶.

² ampliación en el Anexo 2 Fases del proyecto

³ hospital o Dirección de Salud seleccionada para diseñar, probar y aplicar los sistemas y procedimientos que se desarrollen en cada área funcional. Constituirá la prueba piloto que se va a adaptar y replicar en los otros hospitales de su mismo nivel de complejidad. En cada núcleo se hará el diseño de varias áreas funcionales. como resultado del trabajo conjunto entre el equipo de asistencia técnica y el personal directivo y técnico de la institución.

⁴ el aporte de la Nación contempla US\$7.6 millones, correspondientes al pago (le las comisiones de crédito durante su ejecución, y US \$5.2 a contrapartida del presupuesto de inversión del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional Hospitalario, con recursos del Presupuesto Nacional.

⁵ valoración de los suministros y del costo de la nómina del personal que en cada entidad debe dedicarse al desarrollo del proyecto. Pueden ser funcionarios de la entidad o contratación de nuevo personal para dedicarlo al proyecto. Los costos los asume la institución. El aporte del recurso humano de la entidad para el proyecto es parte de los compromisos establecidos en el convenio que se firme entre el Ministerio y la Institución de Salud.

⁶ en su sesión del 5 de mayo de 1.991.

RECOMENDACIONES

El Departamento Nacional de Planeación recomienda al CONPES:

- A. Autorizar al Gobierno Nacional contratar el crédito externo con el BID, hasta por US \$40 millones en las condiciones financieras que establezca el Ministerio de Hacienda.
- B. Autorizar la monetización de US \$33.4 millones del crédito.
- C. Solicitar al Ministerio de Salud y al Fondo Nacional Hospitalario incluir en sus presupuestos de inversión los recursos que demanda la ejecución del proyecto.
- D. El Ministerio de Salud, para iniciar la ejecución del proyecto deberá:
 - 1. Seleccionar los asesores, consultores y ejecutores de la asistencia técnica del proyecto. Esta selección deberá hacerse, mediante concurso de méritos, de acuerdo con los términos de referencia aprobados por el Comité Interinstitucional del proyecto. Para esta selección deberá contar con una entidad asesora externa al Ministerio, pública o privada.
 - 2. Suscribir con las Direcciones Seccionales de Salud y los Hospitales los convenios para comprometer el recurso humano y los suministros para ejecutar las inversiones correspondientes. La firma de estos convenios es requisito previo para la inclusión de la entidad territorial en el proyecto.
- E. El Fondo Nacional Hospitalario deberá establecer y poner en marcha mecanismos para transferir a los hospitales el mantenimiento de los equipos de alta tecnología. Así mismo, establecerá instrumentos para asegurar el pago de los repuestos y servicios técnicos de mantenimiento.

ANEXOS

MAPA DE SALUD

institución, nivel de atención, naturaleza jurídica, estado de infraestructura física, dotación y equipamiento, recursos humanos, servicios públicos, situación económica, situación ambiental, indicadores de salud, factores sociales, etc.

ción de los criterios requeridos en el proceso de análisis de la salud. El sistema propuesto presenta grandes ventajas entre las cuales podemos enumerar: presentará una imagen clara del estado actual de los sistemas que conforman los municipios, departamentos y regiones; se optimizará el manejo de las redes de servicios de salud; permitirá recopilar, analizar y sistematizar la información con el fin de categorizar los entes territoriales, visualizar las regiones a partir de su localización geográfica, características cuantitativas de población, desarrollo económico, de recursos humanos, financieros y de otros de diverso orden.

asumir en virtud del proceso de descentralización, ajuste estructural y modernización de la gestión.

1. Componente de mejoramiento de la Gestión:

2. COMPONENTE DE PRE-INVERSIÓN:

El desarrollo de los tres sub-componentes de inversión se llevará a cabo por medio de firmas consultoras que cumplan con los requisitos establecidos en los términos de referencia.

ANEXO 2 FASES DEL PROYECTO

El proyecto comprende 5 fases, que se desarrollarán en un período de 51 meses.

1. Inducción (3 meses). Implica el compromiso de participación de las entidades, mediante la firma de convenios, y la selección y contratación del equipo de consultores y personal requerido para el proyecto.
2. Prediseño (3 meses). Se evaluarán las experiencias que en diversas áreas ya se han desarrollado en el país, definición de pasos y actividades para las etapas posteriores.

3. Diseño y puesta en marcha y automatización en centros de adiestramiento(12 meses). Incluye la participación de personal directivo y operativo de la institución y la elaboración del material respectivo.
4. Replicación de sistemas y procedimientos (30 meses). Se hará mediante la rotación de los asesores, primero en los hospitales que correspondan a ese núcleo y después irán pasando por diversos núcleos. En esta fase se capacitará a los expertos en el montaje y puesta en funcionamiento de los sistemas y procedimientos.
5. Evaluación (3 meses). Elaboración final del informe, con base en las experiencias obtenidas a partir de las evaluaciones parciales.

El Ministerio de Salud actualmente desarrolla actividades de motivación sobre la importancia del mejoramiento de la gestión y el proceso de cambio, que sirve de base para iniciar la fase de inducción.

ANEXO 3

HOSPITALES E INSTITUCIONES DE SALUD VINCULADAS AL PROYECTO

ANEXO 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS COSTOS DEL PROYECTO POR AÑO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN

AUTORIZACIÓN A LA NACIÓN

PARA CONTRATAR UN CRÉDITO CON EL BANCO MUNDIAL
PARA EL FORTALECIMIENTO
DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD MUNICIPAL

Documento DNP-26 18-UDS
Santa Fe de Bogotá, octubre 26 de 1992

Circulación: miembros CONPES
Versión: aprobada

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

I. ANTECEDENTES

II. EL PROYECTO Y SUS COMPONENTES

- A. Desarrollo institucional de la gestión municipal
- B. Sistemas de Servicios de Salud
- C. Investigación Operativa

III. ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN

IV. COSTO Y FINANCIAMIENTO

V. RECOMENDACIONES

INTRODUCCIÓN

La necesidad de reforzar el proceso de descentralización de la salud y reorientar las acciones del municipio hacia la atención primaria de la salud ha conducido al Ministerio a formular el proyecto de "Formulación de los Servicios de Salud Básica Municipal". Se somete a consideración del CONPES la autorización para la contratación de un crédito externo con el Banco Mundial hasta por US \$50 millones.

I. ANTECEDENTES

De acuerdo con la Ley 10 de 1990, los municipios serán responsables de la salud básica. Es allí donde, con acciones de promoción, prevención y atención puede mejorarse notablemente el estado de salud de la población. El 80% de las enfermedades podría resolverse en los organismos de salud del nivel local. De esta forma se lograría un enorme impacto sobre los principales indicadores de la salud.

El proceso de descentralización implica una enorme transformación en la operación del sistema de salud, que hasta ahora avanza en forma paulatina y con muchos tropiezos. 233 municipios han dado pasos considerables, apoyados con programas de capacitación y asesoría, y otros 54 apenas han comenzado. Para fortalecer la descentralización, al tiempo que se enfrenta la debilidad institucional de los municipios, se ha diseñado este proyecto.

II. EL PROYECTO Y SUS COMPONENTES

El proyecto busca fortalecer la capacidad de organización y gestión municipal para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud. Para ello se desarrollarán, dentro del espíritu de la Ley 10 de 1990 y la Nueva Constitución, los SMDS -Sistemas Municipales Descentralizados de Salud¹ que procuran transferir autonomía y poder de decisión a las organizaciones municipales menores.

El proyecto se desarrollará en los departamentos mas pobres, como Sucre, Chocó, Nariño, Córdoba y Cauca, y en las ciudades grandes con mayores concentraciones de pobreza, como Barranquilla o algunas alcaldías zonales del Distrito Capital de Santafé de Bogotá. Beneficiará aproximadamente a 4 millones de habitantes que se encuentran en condiciones de pobreza.

El proyecto, que se ejecutará en 5 años, tiene tres componentes, que se describen en la figura 1: 1) desarrollo institucional de la gestión municipal; 2) fortalecimiento de los sistemas de servicios de salud y 3) investigación de apoyo.

¹ Constituidos por un conjunto de organizaciones municipales menores (barrios, veredas, Corregimientos) que se administran con el máximo de autonomía y poder de decisión. Son unidades de gestión, responsables de administrar los recursos destinados a Salud, así como movilizar a los conjuntos sociales e institucionales ubicados dentro de su área de influencia.

A. Desarrollo Institucional para la gestión Municipal.

Busca asesorar la adecuación institucional de las Direcciones Locales de Salud, para mejorar su capacidad de planear, dirigir, controlar y supervisar los planes de salud en el municipio. La capacitación y asistencia técnica se concentrará en el desarrollo de las áreas de gerencia, planeación, información, presupuestación, recursos humanos, aspectos jurídico administrativos, participación comunitaria, monitoreo, evaluación y control de gestión.

FIGURA 1 SISTEMAS MUNICIPALES DESCENTRALIZADOS DE SALUD Componentes y Áreas

B. Sistemas de Servicios de Salud

Para fortalecer la prestación de los servicios de salud en el nivel primario se han previsto inversiones en infraestructura y dotación, así como asistencia técnica y capacitación para la prestación de los servicios.

El proyecto prevé la inversión en infraestructura, dotación y mantenimiento para los organismos de salud. Así mismo, se ha previsto la dotación necesaria para los promotores y las organizaciones comunitarias que desarrollan actividades de prevención y promoción. El crédito para este componente tiene un costo cercano a los 35 millones de dólares, que se complementará con contrapartida nacional de algo más de US \$31 millones.

En capacitación y asistencia técnica se buscará mejorar la organización de los servicios prestados en el primer nivel de atención. Se dará capacitación en las acciones de promoción y prevención y de estímulo a la participación de la comunidad. Así mismo, se conformará una red integral de servicios para que el organismo de salud de mayor nivel de complejidad en la respectiva área de influencia brinde servicios las 24 horas.

C. Investigación de apoyo para la salud

El proyecto contempla inicialmente tres áreas de investigación de apoyo que se consideran prioritarias.

La primera es el diseño, prueba y evaluación de sistemas de afiliación masiva de la población a servicios de salud. Se experimentarán en algunas ciudades o municipios, tres modelos para validar el Sistema:

- i) modelo municipal de pago contra servicios;
- ii) modelo del prepago para el sector informal; y.
- iii) modelo del prepago para el sector escolar.

Las otras dos áreas de investigación son: a) el desarrollo de un modelo de planificación de recursos humanos del sector que permita una mejor asignación de los recursos disponibles y b) la creación de modelos y alternativas para la prestación de servicios básicos a las comunidades indígenas y negras.

III. ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN

El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la coordinación del proyecto. Para el desarrollo de las inversiones establecerá un convenio con el Fondo Nacional Hospitalario. El esquema de coordinación del proyecto se presenta en la figura 2.

La dirección del proyecto estará en los departamentos, quienes suscribirán convenios con el Ministerio para ejecutar los componentes de desarrollo institucional y sistemas de prestación de servicios en los municipios. El departamento manejará los contratos de inversión y la transferencia de recursos a los municipios.

Para garantizar la operatividad del proyecto, cada departamento podrá establecer convenios con los municipios. El departamento les brindará asistencia técnica en el diseño de dirección local de salud, la red de prestación de servicios y la elaboración de los planes de salud².

² Para fortalecer el nivel departamental en su función de asistencia técnica a los municipios, el proyecto se integrará con el proyecto para el Mejoramiento de la gestión de los servicios de salud, cofinanciado por el BID.

FIGURA 2
SISTEMAS MUNICIPALES DESCENTRALIZADOS DE SALUD —SMDS—
ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DE LA GERENCIA DE PROYECTOS

IV. COSTO Y FINANCIAMIENTO

El costo total del proyecto es de US \$85.7 millones, de los cuales US \$50 millones provienen de crédito externo y US \$35.7 son la contrapartida nacional. De ésta última, los municipios aportarán US \$31.5 millones y el resto será asignado por el Ministerio de Salud de su presupuesto (Cuadro 1³).

Las siguientes son las condiciones financieras de la operación propuesta:

Monto:	US \$50 millones
Prestamista:	Banco Mundial
Prestatario:	Gobierno Nacional
Ejecutor:	Ministerio de Salud

³ Ver anexo 1. Desagregación por años y componentes de los costos del proyecto

Período de ejecución:	5 años
Período de gracia:	5 años
Intereses:	
	Va
riable estándarComisión de	
Compromiso:	0.
75%	
Plazo Total:	18 años

El 96% de los recursos del crédito será monetizado. Esta operación crediticia hace parte del plan de inversiones en el sector salud para el período 1.991-1.994, aprobado por el CONPES.

V. RECOMENDACIONES

El Departamento Nacional de Planeación recomienda al CONPES:

- A. Autorizar al Gobierno nacional a contratar el crédito externo con el BIRF, hasta por US \$50 millones. Las condiciones financieras de esta operación serán las que establezca el Ministerio de Hacienda.
- B. Autorizar la monetización de US \$47.8 millones del crédito.
- C. El Ministerio de Salud, para iniciar la ejecución del proyecto deberá:
 1. Precisar las responsabilidades de cada nivel territorial en las distintas actividades de ejecución y asistencia técnica.
 2. Suscribir convenios con las Direcciones Departamentales de Salud para comprometer su apoyo al municipio en la operacionalización del proyecto.
 3. Definir el esquema para la puesta en marcha y la replicación de los diseños que se desarrollen.
 4. Definir los instrumentos que garanticen el compromiso de los municipios de asignar el recurso humano que se requiera para el funcionamiento del modelo.
 5. Efectuar a través de una entidad asesora externa, pública o privada, la selección y contratación de los consultores para la asistencia técnica, que se hará mediante concurso de méritos. Los términos de referencia deberán ser elaborados de conformidad con los que se aprueben para las mismas actividades

- por el proyecto del BID.
6. Definir y establecer los mecanismos y periodicidad de la evaluación y seguimiento del proyecto. Los indicadores de evaluación, cuantitativos y cualitativos, deberán ser aprobados previamente.
 7. Diseñar y presentar a aprobación del Banco mundial y del DNP, cada año, el plan operativo consolidado.
 8. Garantizar en su presupuesto de inversión los recursos necesarios del nivel central para la ejecución de las actividades del proyecto.
- D. Coordinar las acciones del proyecto con el Programa de Desarrollo Institucional (P01), y la Misión de Apoyo a la Descentralización de los servicios sociales, con el fin de garantizar que los planes municipales en salud estén integrados a los planes de desarrollo municipal y con la estrategia general de descentralización.

ANEXO 1

DESAGREGACIÓN POR AÑOS Y COMPONENTES DE LOS COSTOS DEL PROYECTO

República de Colombia
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANTACIÓN

EVALUACIÓN Y REORIENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA EN SALUD

Documento DNP—2630-UDS
Santa Fe de Bogotá, Diciembre 10 de 1992

Circulación: miembros CONPES
Versión: para discusión

TABLA DE CONTENIDO

Introducción

I. EVALUACIÓN

- A. Plan de Atención Primaria de salud
- B. Mejoramiento de la eficiencia
 - 1. Descentralización
 - 2. Mejoramiento de la gestión
 - 3. Crisis hospitalaria
- C. Medicamentos
- D. Servicios de urgencias
- E. ECOSALUD
- F. Ejecución Financiera

II. ESTRATEGIA

- A. Sistema de subsidios directos de salud
- B. Impulso a la descentralización
- C. Funcionamiento hospitalario
- D. Medicamentos
- E. Desarrollo de los servicios de Urgencias
- F. ECOSALUD
- G. Administración Financiera

Recomendaciones

INTRODUCCIÓN

El CONPES, en su sesión del 5 de mayo de 1.991, aprobó el Plan de Apertura a la Salud, con el cual se buscaba consolidar un modelo de atención comunitaria y mejorar la gestión de las entidades de salud. Para ello, se propusieron importantes reformas institucionales y administrativas, tales como el impulso al proceso de descentralización iniciado por la ley 10 de 1990 y el fortalecimiento de los servicios del primer nivel. En este documento se presentan los avances de los principales programas y se plantean algunas recomendaciones para superar los problemas encontrados.

I. EVALUACIÓN

A. El Plan de Atención Primaria de Salud.

Para extender la cobertura y mejorar la calidad de los servicios del primer nivel, el Plan propuso el desarrollo de un modelo de atención con tres elementos: equipos extramurales, gestores y unidades comunitarias. Se buscaba que el personal de salud trabajara en contacto directo con la comunidad y, que ésta pudiera participar, decidir y controlar el proceso. Se pretendía acercar la oferta a la demanda de la población pobre.

En cerca de 18 meses de ejecución, sólo se han conformado, en 13 municipios, 150 de los 1.200 equipos extramurales previstos; se han capacitado, en 20 municipios, 7.000 de los 20.300 gestores programados y no se ha organizado ninguna unidad comunitaria.

La evaluación permite asegurar que el modelo no fue aplicado integralmente y dio prioridad a solo uno de los elementos del modelo: los gestores de la salud. Además, no se estableció un mecanismo que vinculara a los gestores a la oferta existente en los centros, puestos de salud y hospitales locales.

Desde el punto de vista financiero, se presentaron retrasos en los aportes de ECOSALUD y no se realizó un esfuerzo de reorientación de los recursos hacia la atención primaria. La participación del primer nivel de atención en el gasto total del sector se mantuvo en el 30%, a pesar de la prioridad otorgada al programa en el Plan de Desarrollo.

En resumen, la ejecución del programa en esta área fue muy pobre. El modelo realmente no fue asumido por las entidades responsables de su ejecución, ni por las comunidades sujeto de los servicios.

B. Mejoramiento de la eficiencia.

Para mejorar la eficiencia de las entidades sectoriales, el Plan propuso la adecuación administrativa y financiera de las entidades territoriales, la especialización del Ministerio en la normatización y planeación y el mejoramiento de la gestión de las entidades ejecutoras.

1. Descentralización.

En desarrollo del proceso de descentralización, el Ministerio inició desde 1.991 un programa de asistencia técnica y capacitación a departamentos y municipios. Con él se avanzó en 21 de los 32 departamentos, y en 130 de los 1.024 municipios del país.

El análisis del proceso permite las siguientes apreciaciones:

- La descentralización es efectiva cuando surge de la iniciativa de las autoridades territoriales. En el Valle, Caldas, y Atlántico, el rol que asumió el gobierno departamental constituyó el principal impulso del proceso.

- El programa también ha sido exitoso en los Departamentos que tenían previamente una capacidad para la planeación y administración de los servicios y contaban, además, con el apoyo de Universidades.

- En la mayoría de los casos, el proceso de descentralización fue entendido sólo como la creación de una Dirección y un Fondo de Salud, con el único fin de recibir y administrar en forma autónoma los recursos del situado fiscal.

- Esta interpretación de la descentralización generó un alto costo fiscal en algunos municipios, por cuanto se crearon nuevas entidades sin la eliminación de las existentes. Tal es el caso de Neiva y Cali. En el primero subsistieron dos plantas de personal, con dos direcciones, y en el segundo dos plantas y una sola dirección. En ambos casos no se observó un aumento de cobertura con el aumento en los gastos.

- Hasta el momento, el proceso de descentralización no se ha culminado en muchas entidades territoriales por los problemas en el traslado del personal. Estos se originan en las diferencias salariales entre los Servicios Seccionales y los departamentos o municipios, además en la indefinición del monto y del responsable de los costos de la liquidación. En el caso de Cali, por ejemplo, el costo de la nivelación y liquidación asciende a cerca de \$4.800 millones; por esto, las autoridades municipales han preferido continuar con sus programas, antes que comprometer sus recursos en el proceso de liquidación.

- Se ha observado un lento avance en la transformación de los hospitales en empresas con autonomía administrativa y patrimonio independiente. De los 800 hospitales que reciben recursos públicos, el 50% no cuenta con la evidencia documental que permita verificar su origen jurídico, paso previo al nuevo esquema de contratación con el Estado.

- La Ley 10 de 1990 establece, además, la posibilidad de liquidar aquellas entidades hospitalarias de origen privado que no tengan capacidad patrimonial y técnica. Para ello el Ministerio, expidió una reglamentación tan restrictiva y perentoria, que no permite procesos de fortalecimiento institucional a muchas Fundaciones. El resultado de estas medidas es la creciente estatización de

un servicio que era prestado principalmente por entidades privadas sin ánimo de lucro.

— Buena parte de los problemas mencionados se originan en la débil asesoría que está dando el Ministerio a la descentralización. En este aspecto se identifican como problemas: i) la falta de definición de criterios claros y únicos por parte de las diferentes unidades del Ministerio; ii) la creación de instituciones sin el fortalecimiento de la capacidad de administración de los servicios; iii) la corta duración de las asesorías y la inexistencia de mecanismos de seguimiento; iv) el apoyo directo a los municipios sin el concurso de las autoridades departamentales; y) la falta de conocimiento sobre los problemas laborales y sus soluciones; y vi) la existencia de vacíos en aspectos claves como la reglamentación de los Fondos de Salud, la contratación de servicios y el sistema de planeación.

— En cuanto a la adecuación del Ministerio, éste se reestructuró de acuerdo con las facultades de la Ley 10 de 1.990, avanzando sólo en su transformación y especialización funcional, sin adecuarse al proceso de descentralización. La entidad continúa con muchas funciones de ejecución y mantiene un excesivo número de funcionarios.

2. Mejoramiento de la Gestión

Para superar el problema administrativo y de gestión de las entidades de salud se han desarrollado varias actividades. Entre ellas se destaca la creación del Centro de Gestión Hospitalaria, entidad mixta que inició su gestión en el segundo semestre del presente año, dedicada a promover prácticas de gestión eficiente.

Con el mismo fin, el Ministerio inició en 1991 el Programa de Gerencia Hospitalaria en 56 instituciones de salud. Una evaluación, después de un año de ejecución, mostró la inconveniencia de concentrar la capacitación en el personal directivo dada su alta rotación. Por ello, durante los últimos meses le ha dado una nueva orientación, que se basa en el diseño, prueba y difusión de instrumentos de gestión en todo el personal de los hospitales públicos y las Direcciones Seccionales. El proyecto recibirá recursos del crédito BID por US \$40 millones.

Es urgente continuar con estas iniciativas. La grave situación de las instituciones hospitalarias no se ha mejorado en estos años. La ocupación promedio se mantuvo constante en 48% de la capacidad.

3. La Crisis Hospitalaria

Ha sido ya tradicional la ocurrencia anual de crisis financieras en los hospitales públicos. Estas se originan en la alta ineficiencia administrativa y en la falta de claridad sobre la responsabilidad frente al servicio. En la actualidad, los directores de hospitales y las autoridades sanitarias territoriales deciden aumentos de gastos y salarios, pero la Nación paga los excesos. El sistema de asignación y distribución actual premia la ineficiencia, ya que los recursos adicionales se asignan en función directa al tamaño del déficit.

Adicionalmente, la historia reciente muestra que a mayores aportes de la Nación, las entidades territoriales reducen su contribución, sin que el mayor esfuerzo Nacional se traduzca en una mejoría de los hospitales.

C. Medicamentos

Para aumentar la disponibilidad y calidad de los medicamentos, el Plan propuso la reorganización del mercado farmacéutico, mediante una simplificación de las barreras para—arancelarias, la expansión del programa de boticas comunitarias y el establecimiento de un sistema de control de calidad.

Sobre este programa, una comisión de la OMS/OPS realizó una evaluación con las siguientes conclusiones: i) carencia absoluta de un programa sistemático y coherente de control de calidad; ii) escaso seguimiento y apoyo técnico al programa de Boticas Comunitarias; iii) proliferación de decretos y resoluciones dirigidos solamente a solucionar problemas coyunturales en el campo de los registros sanitarios (Decretos 2742 y el 1744 por ejemplo) y iv) débil poder sancionatorio del Ministerio.

Un problema crítico es el inadecuado sistema de registro y control sanitario. Con el fin de hacer más ágil este proceso, el Ministerio ha establecido medidas para simplificar los trámites¹, buscando que el término se reduzca de 2 años a 3 meses. Si bien estas medidas han sido importantes, se han tomado sin un completo análisis de sus implicaciones, lo cual ha ocasionado constantes modificaciones.

Adicionalmente, para eliminar la acumulación de más de 12.200 expedientes, algunos de los cuales tienen más de 6 años de atraso, el Ministerio adelanta, desde octubre de 1.992, un nuevo programa de emergencia. En dos meses se han tramitado 1.950 solicitudes y están en estudio 3.000 más. De continuar con este ritmo, se requerirán 10 meses adicionales para evacuar todos los expedientes.

D. Servicios de urgencias

El Plan propuso estructurar una red de urgencias y diseñar un programa para fortalecer los sistemas de comunicación y transporte. Para apoyar financieramente este programa se reglamentó el seguro obligatorio de accidentes de tránsito -SOAT- y se creó un Fondo para el pago de los servicios por la atención de accidentes causados por carros fantasmas.

Por el exceso y confusión de trámites, los recursos de estos seguros fluyen hacia los hospitales con demasiada lentitud. Por ejemplo, solo hace dos meses el Fondo empezó a pagar las cuentas presentadas por los hospitales a finales del año pasado.

¹ Decreto 709, 2742 y 2780 de 1991

E. ECOSALUD

De acuerdo con lo establecido en la Ley 10 de 1990, se constituyó la Empresa Colombiana de Recursos para la Salud— ECOSALUD-, con el objetivo de administrar el monopolio de los juegos de suerte y azar, diferentes a las loterías y al chance. Los recursos provenientes de estos juegos son una fuente adicional de financiación para el sector.

La empresa se constituyó en diciembre de 1990. Inició su gestión en agosto de 1991, pero debido a problemas de tipo administrativo y jurídico, solo comenzó su explotación en junio de 1992. El contrato vigente prevé transferencias al sector desde \$40.000 hasta \$65.000 millones por año². En los dos primeros meses ha generado transferencias por \$3.812 millones, cifra que si se proyecta produciría transferencias para el sector de \$15.000 millones en el año.

El incumplimiento de las metas en estos meses se originó en la resistencia de algunos departamentos a permitir la venta de la “Instantánea”, los bajos márgenes de comisión a los loteros, la falta de canales propios de distribución, y el escaso atractivo de sus premios frente a los de otras loterías.

Sobre los anteriores aspectos, ECOSALUD ha propuesto al contratista el diseño y desarrollo de un plan de contingencia para mejorar las ventas. Esto implica la modificación del contrato de explotación en relación con la distribución de los recursos entre los premios y las comisiones, manteniendo el porcentaje destinado al sector.

Para definir la discusión sobre la distribución de los recursos de la empresa, el proyecto de Ley sobre finanzas territoriales que cursa actualmente en el Congreso, establece la titularidad del monopolio de los juegos de azar, en la modalidad de juegos mayores, en los departamentos. Estos, mediante una asociación explotarían tales juegos a través de ECOSALUD y el producto se distribuiría entre las entidades territoriales con base en criterios de ventas, población y grado de pobreza.

F. Ejecución Financiera.

En el Cuadro 1 se presenta la programación, apropiación y ejecución del Plan, entre 1991 y 1992. Sobre un programa de \$440.834 millones, se han realizado apropiaciones por \$335 millones (76.2%) y ejecutado solo \$256.821 millones (58.3%). La bajísima ejecución se debe principalmente al incumplimiento de las metas de funcionamiento del programa de Atención Primaria en Salud (\$84.185 millones).

² El cumplimiento de la transferencia mínima pactada produce la capacidad del contrato con el pago de una garantía de US \$5 millones, y la existencia de las pólizas de cumplimiento y garantía establecidas en el mismo contrato, las cuales son equivalentes US \$5 millones más.

Cuadro 1
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 1991-1992*. PLAN DE APERTURA A LA SALUD.

De los recursos programados para el funcionamiento del programa de Atención Primaria, sólo se ha asignado el 17%. Ello se debe al atraso de los programas de ECOSALUD y la falta de reorientación de los recursos del Situado Fiscal hacia el nivel municipal.

En inversión, sin incluir los programas de nutrición, las apropiaciones han sido de \$53.730 millones, 64% de lo programado. El retraso de \$29.714 millones se debe básicamente a la demora en la contratación de los créditos externos para el Centro Hospitalario Nacional y la Red de Radiocomunicaciones.

En los últimos meses, sin embargo, se han tramitado dos importantes créditos externos, uno con el BID para el Mejoramiento de la Gestión de los Servicios de Salud por valor de US \$40 millones y otro con el BIRF para el Fortalecimiento de los Servicios Básicos Municipales por US \$50 millones.

El FNH³ presenta un alto nivel de ejecución presupuestal, de acuerdo con los compromisos establecidos, pero sus pagos sólo han alcanzado el 29%. La ineficiente presentación de sus proyectos dificulta y retrasa su aprobación. El FN no cuenta con un adecuado inventario nacional de necesidades hospitalarias ni claridad en los criterios de distribución regional de los recursos.

II. ESTRATEGIA

Un año y medio después de puesta en marcha la política de salud de este Gobierno, es posible identificar tres tipos de problemas: algunas fallas en su concepción, en el diseño de la transición y en el compromiso con su ejecución.

En primer término, el esquema de atención primaria, área fundamental en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, se basó en un modelo de oferta, que impuso demandas administrativas y financieras que el sector no pudo proporcionar.

En segundo lugar, las políticas del Plan no fueron desarrolladas y, aún hoy, muchas de ellas se encuentran en proceso de elaboración. Esta situación se debe a la escasa capacidad técnica del Ministerio que, además, se encontraba en proceso de reestructuración.

En tercer lugar, los postulados del Plan no fueron incorporados al trabajo y al discurso del Ministerio, sus unidades y sus operadores. Quedó, por lo tanto, escrito y, en la práctica nunca contó el compromiso real de sus ejecutores.

³ En infraestructura hospitalaria. como lo establece el Plan, se ha dado prioridad al programa de terminación de obras inconclusas de 10 hospitales de segundo nivel, con una asignación de \$1.637 millones en 1.991 y \$5.365 millones en .992. Con estos recursos se terminarán los hospitales de Ocaña. San Jose de Guaviare y Carmen de Bolívar. Los hospitales de Valledupar y Montería han sufrido retrasos en la ejecución por que se hizo necesario su redimensionamiento, sin embargo cuentan con recursos para reiniciar obras en la presente y isenda. Entre tanto el hospital de Garagoa se pospuso hasta 1.993. por carecer de los estudios respectivos, los demás hospitales (Miraflores, Soata. Riohacha y Florencia) están en ejecución de conformidad con a programación de obras de cada uno.

Teniendo en cuenta los anteriores resultados, se plantea una reforma a los principales programas del Plan de la siguiente manera:

A. Sistema de Subsidios Directos a la demanda

Para sustituir el modelo centrado en la oferta y lograr el aumento de la cobertura, se creará un sistema de subsidios directos a los servicios de salud de la población más pobre. Así, se canalizarán recursos a la comunidad organizada (grupos solidarios, ONG's o cooperativas), para que ésta contrate promotores, médicos y demás personal de salud o para suscriba contratos de afiliación a servicios de atención pre—pagados públicos o privados (ver gráfico anexo)⁴. Para aprovechar el esfuerzo de capacitación y dotación realizado en la organización de los gestores de la salud, se promoverá su vinculación a las organizaciones comunitarias que administren el sistema de subsidios directos.

Simultáneamente y en forma gradual se entregará a los grupos mencionados la administración y manejo de los puestos y centros de salud. Para tal efecto, se suscribirán contratos entre las secretarías locales y las organizaciones, con el fin de asegurar la prestación de los servicios. El control de los resultados estará a cargo de las autoridades de salud y de la comunidad.

El pago de los servicios lo hará el Fondo Local a las organizaciones comunitarias, en función del número de familias inscritas y atendidas, del costo de los servicios y a la cuantía de los aportes de la comunidad.

Cuando se trate de servicios hospitalarios, el pago de los subsidios a la demanda, se reconocerá a nombre de los beneficiarios que sean debidamente remitidos por los hospitales de primer nivel. Esto se hará mediante mecanismos de anticipos y reembolsos, conforme al procedimiento y al régimen tarifario que determine la Junta de Tarifas de Salud.

En 1993 el programa se financiará con recursos de presupuesto nacional, las transferencias de ECOSALUD a los municipios y otros recursos de los entes territoriales. Para comprometer recursos de cofinanciación y asegurar el compromiso local, el Ministerio celebrará convenios con las entidades locales que quieran participar.

⁴ El sistema contratará con los grupos comunitarios un paquete de servicios que incluye las acciones de promoción, educativa y prevención, consulta externa médica y odontológica, ayudas diagnósticas, hospitalización, cirugía y procedimientos quirúrgicos, urgencias y medicamentos esenciales.

SISTEMA DE SUBSIDIOS DIRECTOS DE SALUD SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS

Adicionalmente, el Ministerio diseñará un programa de mediano plazo para transformar el actual sistema de subsidios a la oferta en uno de subsidios a la demanda, en todos los niveles de atención.

B. Impulso al proceso de Descentralización

El Ministerio diseñará y pondrá en marcha, con el apoyo de la Misión para la Descentralización y Focalización de los servicios sociales, un plan que permita:

1. Centrar sus esfuerzos en la capacitación de los departamentos, para conformar y fortalecer una oferta de servicios de asesoría y asistencia técnica a nivel Departamental.
2. Adecuar a la descentralización, la estructura y las funciones del Ministerio y las entidades adscritas. Con este fin se unificarán los criterios y se entrenará el personal para atender las demandas generadas por el proceso.
3. Encontrar una solución financiera a los problemas prestacionales de la transición. Para este fin se debe estudiar la destinación de un mayor porcentaje de los recursos de ECOSALUD.
4. Aclarar y adecuar las normas sobre la participación de las entidades privadas en la prestación de los servicios de salud. Así mismo es necesario clarificar el régimen de control, inspección y vigilancia de estas entidades.
5. Completar durante el próximo año la reglamentación de la Ley 10 de 1.990 en función de la solución de los problemas planteados en este documento, y establecer mecanismos de seguimiento y control del cumplimiento de las disposiciones expedidas.

C. Funcionamiento hospitalario

Para solucionar las recurrentes crisis hospitalarias, el Ministerio impulsará la modalidad de contratación de servicios con todos los hospitales que reciben recursos del Estado, públicos y privados. Los Fondos Departamentales y Locales pagarán de acuerdo con la cantidad de servicios contratados a - las tarifas que establezca la Junta de Tarifas de Salud.

Para la puesta en marcha de esta modalidad el Ministerio diseñará un sistema de costos estándar por procedimiento el cual servirá así mismo para el control de la eficiencia y productividad de los hospitales.

La Ley que regule las transferencias del artículo 356 de la Constitución Nacional, debe aclarar las responsabilidades sobre el funcionamiento y financiación de los hospitales. No obstante los Ministerios de Salud y Hacienda y Crédito Público deben acordar la forma de asignar los recursos del presupuesto de 1993 mediante

la utilización de un formula que tenga en cuenta presupuestos reales.

D. Medicamentos

El Ministerio de Salud establecerá un sistema de control de calidad y un programa de agilización en la expedición de los registros sanitarios. Para ello, se desarrollarán las siguientes acciones:

1. Reforzar el programa de emergencia para la tramitación de todos los expedientes acumulados, de tal manera que en un plazo no mayor de tres meses se hayan evacuado los 10.000 expedientes pendientes.
2. Expedir un reglamento que simplifique y agilice la presentación y aprobación de los registros sanitarios.
3. Impulsar el programa de Boticas comunitarias brindando el apoyo y la asistencia técnica requerida para su adecuada gestión empresarial. Para ello se buscará el concurso de las entidades que conforman el Plan Nacional de la Microempresa.
4. Diseñar y poner en marcha, tal como fue establecido en el Plan de Desarrollo, una red de control de calidad bajo la dirección del Instituto Nacional de Salud, que permita que laboratorios públicos y privados debidamente autorizados, puedan certificar y controlar la calidad de medicamentos y demás productos industriales que afecten la salud.

E. Desarrollo de los Servicios de Urgencias

El Ministerio fortalecerá los Servicios de Urgencias mediante inversiones para ampliación y dotación de dichos servicios. Además establecerá un programa de educación a través de medios masivos de comunicación para la prevención de accidentes. Estas acciones serán financiadas con parte de los recursos que genere el Fondo del seguro de accidentes de tránsito -FONSAT-. En la actualidad existen \$6.500 millones disponibles para este propósito en el Fondo. Así mismo, la Junta de Tarifas de Salud revisará las normas pertinentes para la agilización del pago a los hospitales por parte de las aseguradoras. El Ministerio impulsará su amplia difusión.

F. ECOSALUD

Para asegurar el adecuado funcionamiento de ECOSALUD, el Ministerio adelantará, en un plazo máximo de 3 meses, una evaluación del funcionamiento de la empresa, de los contratos de explotación vigentes, de sus proyecciones y del manejo financiero de los recursos, con el fin de asegurar que se tomen los correctivos necesarios. De igual manera el Ministerio pondrá máxima atención a la coordinación de los proyectos de Ley sobre la materia, que cursan actualmente en el Congreso.

F. Administración Financiera

Para mejorar la formulación y ejecución de recursos, el Ministerio desarrollará las siguientes acciones:

1. Modernizará las oficinas de planeación y presupuesto. Así mismo mejorará sus sistemas de información financiera y de control de la gestión de las entidades ejecutoras.
2. Establecerá un plan de ejecución trimestral para la ejecución de los proyectos de inversión en cada una de las entidades adscritas.
3. Pondrá en marcha, dentro de la red de asistencia técnica para la descentralización, un programa de capacitación en la formulación y evaluación de proyectos.
4. Establecerá un sistema de seguimiento y control de proyectos que permita realizar una evaluación de resultados y de impacto de los recursos de cofinanciación.

II. RECOMENDACIONES

El DNP recomienda al CONPES aprobar las estrategias previstas en este documento y solicitar al Ministerio de Salud la mayor diligencia en su ejecución. En especial, es importante encontrar mecanismos jurídicos para poner en marcha el programa de subsidios a la demanda.

República de
Colombia
MINISTERIO DE
SALUD
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN

EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD

Documento CONPES SOCIAL 001 DNP-UDS-
MinSalud Santafé de Bogotá, 23 de febrero
de 1993

Circulación: miembros del CONPES
SOCIAL Versión: para discusión

CONTENIDO

Introducción

- I. JUSTIFICACIÓN**
- II. EL PROGRAMA**
 - A. El Paquete de Servicios**
 - B. El Sistema Institucional Propuesto.**
 - 1. La Empresa Solidaria de Salud**
 - 2. Los prestadores de servicios de salud**
 - C. Descripción de la operación del sistema.**
- III. FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA EN 1993**
- IV. COBERTURA Y FINANCIAMIENTO**
- V. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE APOYO**
- VI. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ESS**
- VII. RECOMENDACIONES**

ANEXOS

- 1. El paquete de Servicios**
- 2. Criterios para la selección de comunidades**
- 3. Requisitos para la operación y administración de las ESS**
- 4. El papel de las diferentes instancias y el Cronograma**
- 5. Papel y características de una ONG partera**
- 6. Banco interno para el control diario del gasto.**

INTRODUCCIÓN

Con el propósito de poner en marcha una nueva modalidad de subsidio a la demanda para ampliar la cobertura en salud para la población más pobre, el Ministerio de Salud ha formulado el programa "Empresas Solidarias de Salud" -ESS-. El presente documento tiene por objeto someter a consideración del CONPES SOCIAL los objetivos, componentes, costos y financiamiento del programa, y formular recomendaciones que faciliten su puesta en marcha.

I. JUSTIFICACIÓN

El Gobierno ha impulsado el desarrollo de un conjunto de estrategias y políticas para mejorar el nivel de salud de la población. No obstante, a pesar de los esfuerzos que se han hecho para mejorar la oferta de servicios a la gente más pobre, no se han obtenido los aumentos esperados en su cobertura y calidad. Cerca de un tercio de la población continúa con un acceso extremadamente limitado a los servicios más esenciales, lo cual constituye, sin duda, el problema de salud pública que requiere de atención prioritaria.

Esta deficiente cobertura tiene en realidad un doble origen. De una parte, la falta de capacidad de pago de los más pobres. Por otra, el sistema institucional y de asignación de recursos de que hoy se dispone no genera incentivos para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios ni permite ampliar la cobertura a las regiones y comunidades más pobres. La entrega a cada hospital, centro o puestos de salud de un presupuesto que apenas sigue la inercia histórica, independientemente de las intervenciones concretas en salud, o de sus resultados, no estimula el adecuado uso de los recursos y, paradójicamente, premia la ineficiencia y el desempeño mediocre.

De otro lado, el sistema actual convierte a los individuos y comunidades en sujetos pasivos de sus actividades y no permite que esas comunidades ejerzan el derecho a cuidar de su salud y a recibir y exigir del sistema servicios oportunos y de buena calidad.

Se requiere entonces acciones de Salud para más de diez millones de colombianos que hoy no pueden tenerla en condiciones adecuadas. Se precisan acciones de Solidaridad, que privilegien las acciones públicas hacia las poblaciones más pobres. Y se requieren formas de organización empresariales modernas, que incentiven y potencien la participación directa de las comunidades en la resolución de sus problemas, a la vez que modernicen la gestión sanitaria y la prestación de servicios de salud, asegurando el logro de resultados. A este conjunto de propósitos se orienta el programa de Empresas

Solidarias de Salud que, aunque constituye una responsabilidad del nivel municipal, su innovación e implicaciones sobre la población más pobre amerita iniciativa y financiación del gobierno nacional para supuesta en marcha.

II. EL PROGRAMA

El programa busca ampliar la cobertura y el acceso a un paquete básico de servicios de salud para la población más pobre, para lo cual se propone organizar un sistema moderno empresarial que permita, simultáneamente, incorporar a la comunidad en los procesos de gestión de la salud. Todo ello potenciará las acciones de los entes territoriales en momentos en que ellos juegan un papel protagónico, al fortalecer su estrategia de atención primaria con modalidades institucionales más eficientes.

El programa tiene innovaciones importantes: crea un subsidio directo a la gente para la prestación de un paquete básico de salud, y fomenta la organización de un sistema de operadores con mucho arraigo y control en las propias comunidades

A. El paquete básico de servicios.

Con los recursos del programa la comunidad tendrá acceso a un paquete básico de servicios de salud, que comprende:

- 1) **servicios de promoción de la salud, mediante acciones educativas;**
- 2) **atención preventiva y protección específica, con acciones tendientes a evitar y controlar los factores de riesgo mediante acciones que incluyan, entre otras, las inmunizaciones y el control del embarazo;**
- 3) **atención resolutive, que corresponde a los servicios de atención médica y hospitalaria; y,**
- 4) **servicios de apoyo, como medicamentos esenciales, laboratorio clínico y rayos X.**

Estos servicios, que se describen con mayor detalle en el anexo 1 y que cubren más del 80% de las necesidades de salud de la población más pobre,

son complementarios de otros que presta el Estado, tales como el control de las enfermedades tropicales o las campañas de vacunación. Las entidades territoriales, no obstante, podrían contratar a las ESS estas tareas para su ejecución.

El costo promedio del paquete, por persona y por año, oscila alrededor de \$20.000 pesos. Este paquete básico debe tener, no obstante, alguna flexibilidad, contemplando intervenciones de salud específicas a las necesidades de la zona (por ejemplo, donde exista malaria o dengue), según el perfil epidemiológico. Otros servicios que vayan mas allá del paquete básico deberán ser financiados plenamente por la entidad territorial desde su comienzo.

La nación contribuirá cofinanciando una transferencia per cápita -que en el lenguaje de la Seguridad Social se ha denominado "capitación" -que cubre el costo de este paquete de servicios. Este "subsidio a la demanda" -en el lenguaje de los economistas- es el principal incentivo al sistema organizativo que se describe a continuación.

B. El sistema institucional propuesto.

El desarrollo de esta nueva modalidad de aseguramiento de los servicios de salud para los colombianos más pobres requiere el posible concurso de tres componentes, que se describen en el gráfico 1.

- **La comunidad organizada para administrar los recursos, ejercer control y recibir los servicios de salud.**
- **Los agentes gestores que permitan a la comunidad la organización y contratación de los servicios de salud.**
- **Los operadores del servicio de salud, que atiendan los diferentes componentes de la salud en cada comunidad.**

1. Las Empresas Solidarias de Salud.

Las ESS son una modalidad de organización empresarial de las comunidades que les permite adquirir servicios de salud con la financiación del subsidio directo otorgado por el Estado para este fin. Tienen, entonces, un componente de organización de la comunidad y otro de gestión para la adquisición de tales servicios.

La salud no es, en general, un bien de consumo individual, sino también en gran parte un bien de consumo colectivo. Por ello, la organización de la comunidad es el eje básico para el montaje del nuevo programa. La organización de las comunidades puede partir de formas de asociación hoy existentes (como las Juntas de Padres de los Hogares de Bienestar Infantil, Las Juntas de Usuarios Campesinos, las Cooperativas, las Mutuales y los Comités de Participación Comunitario en Salud)¹, o de nuevas formas de organización que combinen las anteriores.

Las comunidades requieren de agentes especializados que organicen la contratación de los servicios de salud y el seguimiento de sus resultados. Estos gestores podrán ser individuos que contrate la ESS u organizaciones independientes que cumplan tales labores en forma sistemática.

¹o también podrían ser una de éstas, cuando se cumplan ciertos requisitos.

La organización de la comunidad para contratar servicios de salud es lo que se denomina Empresa Solidaria de Salud-ESS. La ESS está conformada entonces por los usuarios de salud en cada comunidad, que se vinculan a ella mediante una cuota de afiliación o compra de una acción o participación en la empresa. La Asamblea de socios elige una Junta Directiva que, con el apoyo de los gestores, toma las decisiones de administración de los recursos de salud, la contratación y el pago de los servicios a los proveedores². La comunidad así organizada decidirá el tipo de operador que le va a proveer y/o administrar finalmente su servicios de salud.

La ESS deberá tener personería jurídica para poder contratar con el Estado. Como tal, podrán organizarse en modalidades tale como asociaciones sin ánimo de lucro³, como entidades del sector solidario (precooperativas y cooperativas⁴ o asociaciones mutuales⁵) o como sociedades anónimas. Las empresas solidarias deberán cumplir con los requisitos legales, administrativos y técnicos establecidos por el Ministerio de Salud, antes de estar en capacidad de administrar los recursos del subsidio.

El tamaño de cada Empresa Solidaria dependerá del tamaño de las comunidades y dela necesidad de una escala mínima que permita justificar la inversión y cubrir los costos de operación y administración en una forma sostenible. Se ha identificado, preliminarmente, que cada empresa podría afiliar entre 500 y 6.000 familias. En el anexo 3, se mencionan las funciones específicas de las empresas solidarias.

2. Los prestadores de los servicios de salud.

Uno de los fundamentos del programa es la competencia entre los proveedores de servicios de salud. Las ESS contratarán los distintos tipos de servicios de salud con médicosu otros trabajadores de la salud o con entidades públicas y/o privadas, de acuerdo con las

² Las ESS podrán establecer cuotas moderadoras, de acuerdo con el carácter de los servicios y la capacidad de pago del usuario, para garantizar una racional utilización de los servicios.

³ reglamentadas por el decreto 1088 de 1991

⁴ reguladas por la ley 79 de 1988

⁵ reguladas por el decreto 1480 de 1979

necesidades⁶. De contratarse con entidades públicas, los recursos aquí previstos aparecerían como venta de sus servicios, como producto de la ampliación de cobertura⁷. La flexibilidad contractual, por demás, permitiría romper con el problema actual de desincentivos al personal de salud para localizarse en las zonas mas pobres y apartadas.

C. Descripción de la operación del Sistema

Como se observa en la gráfica 1, la nación girará sus recursos de cofinanciación, a través de una fiducia para que los entes territoriales contraten con Empresas Solidarias de Salud. En caso que las Empresas no estén completamente conformadas, podría girarse a las organizaciones de apoyo o al Fondo Municipal de Salud, que se describen en la sección siguiente, para que estos a su vez las administren. Las ESS, o los gestores que las complementen en forma temporal, deberán contratar con los operadores -tales como promotores, enfermeras, médicos y laboratorios, puestos y centros de salud y hospitales- los servicios de salud para las comunidades mas pobres.

III. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DURANTE 1993

El programa de ESS es una combinación de esfuerzos para la mejora de los servicios de salud y para la organización comunitaria. La organización completa del sistema de ESS -que elijan y gestionen- y de operadores de servicios de salud -que los presten- es una meta que podrá lograrse progresivamente. En el corto plazo, para la puesta en marcha del programa, y la ejecución de los 20.000 millones de pesos que se incluyeron en el presupuesto de 1993, se sugieren diversas combinaciones institucionales que permitan lograr

resultados de salud que no tengan necesariamente como requisito un desarrollo completo de la organización comunitaria.

El gráfico 2 describe las posibles modalidades de interacción entre la comunidad, los gestores y los prestadores de servicios. La modalidad de organización mas completa es la ESS, que incluye en su seno no sólo la comunidad sino al gestor (línea punteada gruesa).

⁶Todos ellos deben estar registrados ante la Dirección Seccional de Salud.

⁷ En algunos casos, las propias ESS podrían entrar a administrar o poseer algunas instituciones públicas prestadoras de servicios tales como los puestos y centros de salud.

Otra modalidad de organización requiere el concurso de un agente gestor profesional, como sería una empresa de medicina prepagada, que podría a su vez contratar servicios de salud (línea punteada fina). Otra forma sería una organización comunitaria que fuese atendida completamente por otra organización empresarial de la gestión y prestación de Servicios, como sería una Caja de Compensación Familiar (línea de rayas finas).

Se sugiere que en las fases iniciales del programa puedan utilizarse, cuando las ESS estén en fase de constitución, y cuando exista oferta empresarial y de servicios de salud las dos últimas modalidades expuestas. Los entes locales, con la participación decisoria de las comunidades, podrían subastar con organizaciones como las descritas, la prestación del paquete básico de salud para comunidades identificadas como pobres.

Asimismo, para facilitar la organización y consolidación de las ESS, se podría acudir a algunas organizaciones no gubernamentales con amplia experiencia en la organización comunitaria o de salud ⁸ para que jueguen el rol de "parteras" de las ESS. Estas entidades podrían contribuir a organizar la participación de la comunidad para la creación de las ESS y acompañar temporalmente su crecimiento y consolidación. Durante esta etapa la organización "partera" transferirá a la ESS las técnicas administrativas desarrolladas en los campos de la contratación y control de los servicios y en la

de clasificación y carnetización de los usuarios. En el anexo 5, se describen las características y funciones de estas organizaciones.

La organización de las comunidades a lo largo de 1993 deberá permitir que durante 1994 los recursos se ejecuten crecientemente a partir del sistema completo de ESS⁹, como aquí ha sido descrito, y que la mayor parte de su cofinanciación nacional provenga del Fondo de Cofinanciación para la Inversión Social (FIS).

IV. COBERTURA Y FINANCIAMIENTO

Este programa permitiría cubrir en un plazo máximo de 5 años el 100% de la población

⁸tales como FES, FUDESCO, CORFAS u otras que existen

⁹ Después de una evaluación que se hará a comienzos de 1994 para evaluar las bondades de operación de las diversas modalidades aquí contempladas.

pobre del país que hoy tiene un acceso tan restringido a la salud. Para el primer año, 1993, la cobertura podría ser de 1'000.000 de personas, mediante 60 u 80 proyectos. Con un esfuerzo de desarrollo institucional permitiría una ampliación de cobertura entre 1 a 2 millones de personas adicionales cada año, lo cual, si existe el financiamiento, podría permitir una cobertura total en un período relativamente corto.

Como se detalla en el cuadro 1, el programa se financiará con:

- 1) **recursos del presupuesto de la Nación, inicialmente a través del Ministerio de Salud, y que progresivamente serán incorporados en el presupuesto del Fondo de Cofinanciación para la Inversión Social; Para financiar la ampliación del programa, en la ley de Seguridad Social el gobierno presentó una serie de opciones que proporcionan nuevos recursos al sector.**
- 2) **recursos de los departamentos, distritos y municipios. Los entes territoriales asumirán gradualmente la financiación de este subsidio con cargo a las mayores transferencias de inversión social, de forma que al final de los 4 o 5 años su financiación sea casi completamente**

local.

- 3) contribuciones comunitarias e individuales, mediante el pago de cuotas de afiliación y copagos.**

Es de destacar que el logro de la financiación completa de este programa depende, en gran medida, del éxito que tenga el componente de Salud dentro del proyecto sobre Seguridad Social que presentó el gobierno al Congreso en el segundo semestre del año anterior.

V. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE APOYO.

Para la implementación del programa se requiere del concurso coordinado de la nación, los departamentos, los distritos y los municipios.

Los distritos y municipios serán encargados de la ejecución de los proyectos en sus respectivas localidades. Esto exige la identificación de las comunidades potencialmente beneficiarias, la formulación de proyectos, la promoción, conformación y fortalecimiento de organizaciones comunitarias y de empresas solidarias y, finalmente. Estas tareas las harán en coordinación con las Direcciones Seccionales de Salud, y podrían buscar apoyo de las organizaciones parteras.

Las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud actuarán como intermediarias entre la nación y los municipios. A través de ellas se promocionará el programa y se apoyará la presentación de las propuestas que serán enviadas, para su estudio y evaluación, definición y asignación de recursos, al Ministerio de Salud¹⁰. La coordinación, seguimiento, supervisión y evaluación son responsabilidad de la Dirección Seccional de Salud.

El Ministerio de Salud hará la definición normativa y operativa del esquema de Empresas Solidarias, promoverá su conformación a través de las Seccionales de Salud y, finalmente, asignará los recursos de cofinanciación, hará una supervisión general y la evaluación del impacto del programa¹¹.

Las funciones que desempeñarán el Ministerio de Salud, los departamentos y los municipios se describen en el anexo 4.

De conformidad con el artículo 365 de la Constitución Política, los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y podrán ser prestados por éste, directa o indirectamente, por comunidades organizadas o por particulares. Es claro que el artículo 49 de la misma Carta Fundamental, define la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado. Los servicios de salud deberán organizarse en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Las ESS son, pues, una forma de organización de las comunidades para la prestación del servicio público de salud, y como tales, su apoyo financiero por parte del Estado, a través de contratos, se acoge plenamente a la Constitución Política.

La celebración de contratos con ESS, cuyo objeto sea la administración de recursos para el reconocimiento y pago de servicios de salud no constituye auxilio o donación por corresponder a un servicio público, siempre que las ESS cumplan los requisitos de idoneidad que reglamente el Ministerio de Salud.

¹⁰ En el anexo xx se presentan las fases de ejecución del proyecto.

¹¹ Esta función de asignación de los recursos de cofinanciación será trasladada paulatinamente al FIS, quien actuará bajo los criterios y procedimientos definidos por el Ministerio.

VI. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS EMPRESAS

La selección de las propuestas de proyectos de ESS en las diferentes localidades deberá combinar los criterios de necesidad (para que se llegue efectivamente a la población más pobre y desprovista de salud) y de factibilidad (para que la pobreza institucional no lleve al traste la iniciativa).

- 1) **La necesidad:** medida por la población con necesidades básicas insatisfechas o grado de pobreza; además, cuando ello sea posible, de los indicadores propios de la pobreza en salud: tasas de mortalidad materna e infantil, estado nutricional y otros indicadores de morbilidad. En principio, la selección de municipios privilegiará aquellos que tengan un índice de NBI mayor al 60%, y para las grandes ciudades se trabajará exclusivamente en los estratos 1 y 2.
- 2) **La factibilidad:** medida por el grado de organización social, el compromiso y la capacidad de las entidades territoriales y la existencia de oferta de servicios o posibilidades para su desarrollo.

Tan importante como la necesidad y factibilidad de llevar adelante las Empresas solidarias de Salud, es el diseño de mecanismos adecuados de control sobre su funcionamiento y logro de resultados. Para ello se han definido los procedimientos y responsabilidades que se describen a continuación.

Desde el inicio del programa se aplicarán instrumentos de seguimiento y evaluación que permitan monitorear el avance en la ejecución del programa y el impacto sobre el nivel de salud y la organización institucional de las comunidades beneficiarias. Los objetivos de salud se medirán por el número de familias inscritas y atendidas en las empresas, y con encuestas periódicas sobre los logros de las metas en salud con indicadores sencillos de morbilidad, nutrición y mortalidad¹². El desempeño institucional se medirá mediante el uso sistemático de información sobre los resultados administrativos y financieros de las empresas. El carácter periódico y sistemático del seguimiento es clave

para el crecimiento y consolidación de empresas eficientes.

¹² que podrán desarrollar los logros obtenidos en el Sistema de Vigilancia Nutricional (SISVAN).

El programa ha sido diseñado para que el control del mismo pueda ser ejercido primariamente por las propias comunidades. Los municipios, como responsables de la ejecución de los proyectos específicos, deberán apoyar y reforzar los sistemas de control. La nación, a través del Ministerio de Salud, deberá realizar encuestas aleatorias para evaluar la ejecución del programa en algunos proyectos.

VII. RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES:

- 1. Aprobar el programa de ESS descrito en este documento.**
- 2. Solicitar al Ministerio de Salud que adelante las siguientes actividades, para continuar la ejecución del programa:**
 - A. Garantizar en el presupuesto de inversión los recursos necesarios para la ejecución de las actividades del programa. Para ello deberá constituir una Fiducia que garantice, con agilidad, los pagos en todo el país.**
 - B. Asesorar a las Direcciones Seccionales de Salud en los procedimientos para seleccionar las áreas de intervención con el programa (NBI y estratificación), metodologías para la clasificación socioeconómica de los usuarios, y para la contratación de servicios.**
 - C. Precisar la definición del paquete de servicios y de sus costos, así como los posibles rangos de variación en las distintas localidades.**

- D. **Suscribir los convenios con las Direcciones de Salud para lograr su compromiso en el apoyo y promoción del programa.**
 - E. **Reglamentar en forma explícita, mediante resolución o decreto cuando sea necesario, las condiciones de existencia jurídica, operación y financiación de los diferentes agentes involucrados en la puesta en marcha del Programa. Con ello deberá definir "contratos-tipo" entre la nación y los departamentos, entre los municipios y las ESS, y entre estas y los prestadores de Servicios.**
 - F. **Hacer un Manual de Operaciones para la organización y constitución de las empresas.**
 - G. **Coordinar la conformación de boticas comunitarias en las zonas en donde operarán las ESS.**
 - H. **Conformar un grupo de gerencia del programa, que garantice la agilidad y coordinación de acciones.**
 - I. **Incluir el apoyo a la formación de ESS en el crédito para atención en salud para la población mas pobre y vulnerable que se prepara con el BID.**
- 3. **Solicitar al DNP, de acuerdo con la evolución del Programa y las autorizaciones que contenga la ley de Seguridad Social, hacer las apropiaciones en el proceso de elaboración de los presupuestos de 1994 y 1995 que permitan dar continuidad al programa que se inicia durante este año, y se logren las metas previstas para los años siguientes.**
 - 4. **Solicitar al CONFIS la aprobación de vigencias futuras para facilitar la puesta en marcha de ESS.**
 - 5. **Solicitar al PNR ajustar sus recursos de salud prioritariamente a**

promoción del programa de ESS.

5. **Solicitar a FINDETER que en su asignación de recursos de cofinanciación para aguapotable dé prioridad a las áreas cubiertas por las ESS, de forma que pueda obtenerse un impacto mas integral de la acción pública en salud.**
6. **Solicitar al DNP (en especial sus Unidades de Desarrollo Social y de Desarrollo Territorial) que se incorpore activamente en las fases de desarrollo e implementación del programa.**

ANEXO 1

EL PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS EL PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS

Promoción de la salud

Para los efectos de este proyecto se entenderá la promoción como el conjunto de acciones que, a través de la educación y el mercadeo social, generen los cambios necesarios para estimular estilos de vida saludables y que generen una cultura de salud. Con este fin se podrán utilizar diferentes metodologías incluyendo la apertura de espacios dialógicos, de reflexión, que permitan recoger la experiencia de las comunidades en torno a su problemática de salud-enfermedad y el desarrollo de sus potencialidades en la solución (aumentar su capacidad resolutive). Esto se enriquecerá con los aportes científicos, técnicos e instrumentales de los recursos humanos prestadores de los servicios de salud.

Se deberán ofrecer entre otras, acciones educativas para:

- Mejorar la higiene y seguridad de la vivienda y del espacio público**
- Control de zoonosis**
- Manejo de aguas, excretas y basuras**
- Manejo de alimentos**
- Mejorar las condiciones nutricionales**
- Estimulación adecuada del niño**
- Sexualidad y salud reproductiva**

Atención Preventiva y Protección Específica

Se refiere a aquellas acciones tendientes a controlar los factores de riesgo mediante intervenciones dirigidas a los individuos y familias.

- Clasificación de riesgo familiar
- Tamizaje según riesgo por ciclo vital
- Vigilancia y control epidemiológico
- Vigilancia alimentaria y nutricional¹³
- Inmunizaciones
- Control del embarazo, parto y puerperio
- Planificación familiar (incluyendo la atención al adolescente)
- Detección precoz de cáncer de cuello uterino¹⁴
- Profilaxis dental
- Control y prevención en salud ocupacional y seguridad industrial
- Vigilancia de problemas auditivos y visuales en escolares y menores de siete años

En las zonas en que se encuentren condiciones epidemiológicas especiales las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud podrán contratar con las Empresas Solidarias intervenciones destinadas a controlar los factores de riesgo.

Atención resolutive

Son aquellas acciones tendientes a restaurar la salud y recuperar al individuo para una vida social productiva.

- Atención médica general y en las cuatro especialidades básicas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General)
- Hospitalización para problemas de baja complejidad (Primer Nivel de Atención)
- Pequeña cirugía, cirugía primer nivel (Hasta el grupo VI del manual de tarifas del Instituto de Seguros Sociales)
- Atención del parto en cualquier grado de complejidad
- Atención de urgencias
- Rehabilitación en el primer nivel de atención

La atención resolutive de urgencias y el suministro de medicamentos estará sujeta a cuotas moderadoras.

4. Las ESS deberán coordinar y concertar con el Instituto de Bienestar Familiar el suministro de complementos alimentarios.

5. Para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino, los prestatarios de servicios de salud deberán realizar las tomas de citología, y las empresas comunitarias gestionaran con las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud el procesamiento de las muestras, de acuerdo al Plan Nacional para el Control del Cáncer.

Servicios de apoyo

- Suministro de Medicamentos esenciales¹⁵

- Laboratorio clínico esencial¹⁶
- Servicio de imagen diagnóstica (se sugiere reconocer el 50% de las tarifas establecidas por la Sociedad Colombiana de Radiología)
- Red de transporte
- Patología

Estos servicios tendrán mecanismos de regulación del gasto. (ver anexo 5).

El desarrollo del paquete de servicios estará enfocado hacia la ampliación de la cobertura, ofreciendo garantías de suministro en términos de calidad. Debe contemplar, adicionalmente, una red de comunicaciones y el desarrollo de un sistema de información para el seguimiento y la evaluación. Tanto este sistema como la prestación de servicios deberán orientarse por las normas y protocolos que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud.

Las actividades asistenciales se podrán organizar en un programa de servicios dirigidos a nivel individual, familiar y grupal, que se podrán realizar en lugares como el trabajo, la escuela, el domicilio o las instituciones de salud.

Estos servicios deben considerar la complementariedad con las instituciones de atención que ofrecen servicios de complejidad mayor a la que se ha logrado contratar y desarrollar con la entidad prestadora del servicio de salud. Lo que implicaría el establecimiento de convenios en ese sentido, y un sistema de referencia y contrarreferencia.

ANEXO 2

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE COMUNIDADES

Criterios de necesidad

- Grado de pobreza en el área seleccionada;
- Mortalidad materna e infantil;
- Estado nutricional;
- Otros indicadores de morbimortalidad específicos para el área seleccionada;
- Disponibilidad de servicios asistenciales de salud y accesibilidad de la comunidad a éstos.

Criterios de factibilidad

- **Compromiso político de las autoridades territoriales para cofinanciar el proyecto; se**

¹⁵ Se subsidiarán formulas hasta de \$10,000, de los cuales el usuario sufragará el 20%. Si el paciente requiere formulaspor mayor valor tendrá que pagar la diferencia.

¹⁶ Se refiere a exámenes de laboratorio tales como: Acido Úrico, Amilasas, Antibiograma, Bilirrubinas, Colesterol, Coprológico, Creatinina, Prueba de Embarazo, Glicemia, Hemoclasificación, Hemoparásitos, Parcial de Orina, Recuento de Plaquetas, Proteína C Reactiva, Sangre Oculta, Transaminasas, Velocidad de Sedimentación Globular, entre otros.

debe garantizar el 20% de contrapartida local.¹⁷

- **Avances logrados en el proceso de descentralización;**
- **Capacidad administrativa de la Dirección Departamental de Salud;**
- **Fortaleza de los procesos de desarrollo comunitario y de organizaciones sociales que desarrollarán el proyecto;**
- **Debe existir en el área escogida como mínimo una organización con su personería jurídica reconocida.**
- **Capacidad futura para desarrollar gestión administrativa para las potenciales ESS del proyecto**
- **Compromiso de las autoridades locales y la sociedad civil para el desarrollo e implementación de acciones complementarias que muestren la solidez de una política social;**
- **Existencia de oferta de servicios de salud o posibilidades para su desarrollo.**
- **Identificar áreas donde en lo posible no se vaya a duplicar la prestación de servicios con otras instituciones de salud.**
- **El área seleccionada debe tener la potencialidad de afiliar entre 500 a 6.000 familias (podrán presentarse proyectos con volúmenes diferentes en situaciones poblacionales especiales).**
- **Compromiso de la comunidad para generar la Empresa Solidaria.**
- **Debe contener mínimo un indicador de evaluación.**

ANEXO 3

REQUISITOS PARA LA OPERACIÓN INDEPENDIENTE DE LAS EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD (ESS)

Antes de recibir los primeros desembolsos, las ESS deberán haber adquirido los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar las siguientes actividades :

- Establecer indicadores de salud de las comunidades, a través de encuestas o mejorando las estadísticas del sistema de salud.
- Empadronar y carnetizar a todas las familias seleccionadas de la comunidad. Este carnet se puede vender a un precio módico (dependiendo del nivel socioeconómico) como ya lo hacen algunos centros médicos privados en algunas ciudades del país.
- Clasificar a las familias de acuerdo a capacidad de pago (se puede usar, por ejemplo, la estratificación de tarifas).
- Establecer mecanismos de prestación de servicios a porcentajes variables de acuerdo a la clasificación socioeconómica dando un mayor subsidio a los más pobres.

¹⁷ Esta podrá ser en recurso económico para la prestación de servicios, o estar representada en infraestructura, recurso humano o desarrollo de servicios públicos que conlleven un el control de factores de riesgo prevalentes en la zona de influencia del proyecto.

- Establecer convenios de prestación de servicios con entidades públicas o

privadas.

- Establecer el sistema de copagos o coaseguros de los usuarios, con diversas modalidades.

- Establecer mecanismos para evitar fraude de los proveedores y los usuarios del sistema. Esto debe hacerse en forma computarizada, con cuenta individual o familiar de los usuarios y de los proveedores para hacer cruces y facilitar la auditoría interna y externa.

- Recolectar los fondos para salud de las diferentes fuentes de financiamiento;

- Seguir el progreso y dar información veraz y oportuna a los financiadores de los servicios.

- Contratar auditoría externa de cuentas y resultados, preferiblemente departamental para que se realice en términos preventivos y de acompañamiento.

- Presentar balance anual o semestral del estado de cuentas y resultados

Tamaño y requerimientos Administrativos de las ESS

Toda vez que la administración eficiente de un fondo solidario de salud requiere de un cierto grado de desarrollo técnico y administrativo que pocas comunidades tienen en el momento, se requiere de un cierto tamaño de la comunidad para justificar la inversión en salud, el gasto administrativo necesario y la diversificación del riesgo. El tamaño de la comunidad usuaria deberá estar entre 500 y 6,000 familias que se considera podría ser un tamaño manejable para los fondos de salud (las comunidades podrán asociarse); en casos excepcionales, se pueden considerar tamaños por fuera de estos límites.

Para efectos administrativos se proponen como posibles alternativas las siguientes:

- 1. Que la comunidad contrate a una administradora especializada en fondos de salud (ONGs o Empresas Privada) para adelantar la administración.**

- 2. Establecer un programa de capacitación en administración de fondos comunitarios de salud, el que podría contratarse con personal seleccionado con experiencia en las compañías de medicina pre- pagada, ISS, etc. En este programa se podrían capacitar unos pocos administradores provenientes de la comunidad para realizar las experiencias iniciales.**

- 3. Usar las actuales Juntas de padres de los Hogares Comunitarios para administrar los fondos de salud. Esta opción es bastante atractiva, pero debiera capacitarse al recurso humano para desarrollar la tarea de administración en salud.**

ANEXO 4

EL PAPEL DE LAS DIFERENTES INSTANCIAS Y EL CRONOGRAMA EL PAPEL DE LAS DIFERENTES INSTANCIAS Y EL CRONOGRAMA

PAPEL DEL MINISTERIO DE SALUD

- **Fijar las políticas y normas con documentos que las difundan.**
- **Financiar la capacitación.**
- **Aportar el 80% del subsidio a la demanda.**
- **Constituir la fiducia.**
- **Recibir periódicamente informes con indicadores de evaluación.**
- **Promover la investigación en esta modalidad de prestación de servicios desalud.**
- **Apoyar la sistematización del proceso.**

PAPEL DE LAS SECRETARIAS DEPARTAMENTALES

- **Recibir los dineros del Ministerio de Salud o avalar el desembolso a la Empresa Solidaria u ONG tutora.**
- **Nombrar un gerente departamental para el proyecto.**
- **Hacer cumplir las normas del Ministerio de Salud.**
- **Participar en la cofinanciación del proyecto con un 20% del costo.**
- **Coordinación, apoyo, seguimiento y asistencia técnica al municipio.**

PAPEL DE LAS ALCALDÍAS

- **Participar en el cofinanciamiento del 20% del costo.**
- **Participar en el comité de concertación.**
- **Promocionar encuentros de las Empresas Solidarias de su Municipio.**
- **Realizar auditoria fiscal a las Empresas Solidarias.**
- **Realizar coordinación, seguimiento y asistencia técnica a las Empresas Solidarias de Salud.**

ANEXO 5

PAPEL Y CARACTERÍSTICAS DE UNA ONG PARTERA

- **La ONG que participa en la tutoría idealmente debe tener una relación con la comunidad donde se va a generar la Empresa Solidaria.**
- **La ONG tutora debe poseer un buen concepto de honestidad en la comunidad.**
- **La ONG tutora debe tener una personería jurídica con 6 meses mínimo de antigüedad.**
- **La ONG tutora debe haber desarrollado algún tipo de convenio con el estado o con otra institución reconocida en la zona.**
- **La ONG tutora debe poseer una estructura administrativa o garantizar que la tendrá con experiencia en Salud y que garantice la transferencia tecnológica a la Empresa Solidaria en un tiempo no mayor de 1 año.**
- **Poseer sistematizada la información y su contabilidad.**

- **Ser avalada por la Secretaria de Salud Departamental y/o municipal como idóneo para esta intermediación.**

FUNCIONES DE LA ONG PARTERA

- 1- **Elaborar contrato con los profesionales o equipo de salud para la prestación de los servicios.**
- 2- **Llevar la contabilidad y estadística del programa de salud (Sistematizada).**
- 3- **Asistir a las reuniones del comité de concertación**
- 4- **Entregar oportunamente informes a la Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y a las Alcaldías.**
- 5- **Transferir en un tiempo menor a 1 año las técnicas administrativas en salud desarrolladas a la Empresa Solidaria.**
- 6- **Velar porque las políticas y normas del Ministerio de Salud y Secretarías Departamentales se cumplan.**
- 7- **Implementar las afiliaciones y carnetizar a los usuarios.**
- 8- **Implementar un sistema de costos y tarifas.**
- 9- **Implementar un sistema de información de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud.**

ANEXO 6

BANCO INTERNO PARA CONTROL DIARIO DEL GASTO

Es una herramienta administrativa sencilla participativa ya probada en instituciones de salud donde se busca que el equipo de salud y los administradores conozcan diariamente sus gastos, para tornarse en gerentes de la consulta y de la actividad en salud y no únicamente en "giradores de cheques en la chequera de otro".

Esta herramienta orienta las medidas administrativas pertinentes para que la ONG tutora o la Empresa Solidaria realicen ajustes a tiempo.

Para un buen manejo del banco debe existir motivación y capacitación a los miembros de la Empresa Solidaria, y el equipo de salud debe contar con un folder con tarifas actualizadas de medicamentos, ayudas diagnósticas y procedimientos para que a este se le facilite la "ordenación" del gasto.

Diariamente la persona coordinadora del banco interno informará al profesional que prescribió, sobre su balance y se lo hará firmar.

En caso de "sobregiro" por un evento de salud urgente o prioritario el profesional de salud deberá justificarlo ante el administrador quien se lo podrá autorizar. Este deberá ser compensado durante el mes siguiente.

Este banco interno debe estar sistematizado y permitirá tener:

- * **Consolidados diarios,**
- * **Consolidados semanales y mensuales discriminados,**
- * **Reconocer cuales son los mayores "ordenadores" del gasto**

*** (Equipode Salud),
Administración participativa.**

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN

**CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO
DE LOS PLANES DE DESCENTRALIZACIÓN Y
DE LOS PLANES SECTORIALES DE EDUCACIÓN Y SALUD**

Documento CONPES SOCIAL No. 026 MIN-EDUCACIÓN, MIN-SALUD, DNP:UDS-UDT
Bogotá, mayo 11 de 1994

Versión: aprobada

TABLA DE CONTENIDO

	PÁG.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. EL PLAN DE DESCENTRALIZACIÓN	1
III. LOS PLANES SECTORIALES DE SALUD Y EDUCACIÓN	6
A. Formulación de los planes sectoriales	8
B. Seguimiento, control y evaluación de los planes sectoriales	11
RECOMENDACIONES	13
 ANEXO 1 PROYECTO DE RESOLUCIÓN	
ANEXO 2 <u>INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN SECTORIAL DE SALUD</u>	
ANEXO 3 INFORMACIÓN BÁSICA PARA ELABORAR LOS PLANES DE DESCENTRALIZACIÓN Y SECTORIAL DE EDUCACIÓN	

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene las disposiciones que, según el artículo 14 de la Ley 60 de 1993, corresponde expedir al CONPES de la Política Social, en lo relacionado con los planes de descentralización y los planes sectoriales de educación y salud que deberán presentar los departamentos y distritos como parte de los requisitos para la administración de los recursos del situado fiscal¹.

II. EL PLAN DE DESCENTRALIZACIÓN

Este plan hace referencia al proceso que seguirá el departamento o distrito para asumir las competencias que la ley le asigna y para descentralizar responsabilidades y recursos a los municipios. Su objetivo es definir las acciones, apoyos y tiempos requeridos para adelantar el proceso de asunción de responsabilidades en educación y salud.

¹ Los requisitos establecidos por el artículo 14 de la Ley 60 de 1993 para la administración autónoma del situado fiscal por los departamentos y distritos incluyen: i) la organización y puesta en marcha de un sistema básico de información y la adopción de los procedimientos para la programación, ejecución, evaluación, control y seguimiento físico de los programas de salud y educación; ir) la adopción de la metodología para elaborar anualmente un plan de desarrollo para la prestación de los servicios de educación y salud, iii) la aprobación por parte de la Asamblea Departamental de las reglas y procedimientos para la distribución del situado fiscal; iv) la adopción de un plan concertado con los municipios para la ampliación de coberturas y mejoramiento de la calidad, así como de un plan de asunción de responsabilidades frente a las coberturas, la calidad y la eficiencia de los servicios; y v) la realización de los ajustes institucionales.

El plan de descentralización será elaborado por las oficinas de planeación de los departamentos y distritos, en coordinación con las secretarías de educación y salud, o las dependencias que hagan sus veces. Será adoptado mediante ordenanza de la Asamblea Departamental, o mediante acuerdo del Concejo en el caso de los distritos², antes del 31 de diciembre de 1994, sujetándose a los lineamientos de este documento. Según lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 60 de 1993 (parágrafo 3o.), los que no presenten el plan de descentralización no tendrán acceso a los recursos de cofinanciación de la nación.

Los componentes mínimos del plan de descentralización son:

1. Descripción del sector

Descripción y análisis de la situación actual en lo referente a: i) coberturas, calidad y eficiencia de los diferentes niveles; ii) demanda de servicios por parte de la población objetivo; iii) recursos con que cuenta el sector -humanos, físicos y financieros- considerando, en el caso de los financieros, los recursos propios, los de cofinanciación y crédito y los de transferencias de la nación, durante los últimos cinco años; iv) la organización institucional de cada sector, definiendo en cada caso las instancias a cargo de la administración y la prestación de los servicios, así como su naturaleza (nacional, departamental, distrital o municipal).

En los anexos 1 y 2 se especifica la información mínima necesaria

² conforme a las leyes territoriales, el Gobernador o el alcalde, según el caso, presentarán a la Asamblea o al Concejo el proyecto de plan de descentralización el día de instalación de las sesiones de éstos (1o. de octubre de 1994). La Asamblea o el Concejo, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, deberán aprobar dicho plan. En caso de que incumpla con esta obligación, el Gobernador o el alcalde citará a sesiones extraordinarias con tal objetivo. Si aún en este evento la Asamblea o el Concejo no aprueban el plan de descentralización, el Gobernador o el alcalde podrán acreditarlo ante las autoridades nacionales competentes.

para establecer los indicadores básicos de cobertura, calidad y eficiencia, y para cuantificar los recursos disponibles.

2. Estado de la descentralización

Esta sección del plan debe especificar las dificultades en cuanto a capacidad institucional y los problemas de orden legal, así como los resultados de las experiencias previas de descentralización de los dos sectores, acorde con desarrollos normativos anteriores a la expedición de la Ley 60 de 1993 (Ley 10 de 1990 en el caso de salud y Ley 29 de 1989 en el caso de educación).

3. Programa de adecuación institucional

Con base en el análisis realizado en los puntos anteriores, este programa deberá especificar las etapas y el cronograma, así como las estrategias para la realización de los siguientes ajustes institucionales:

En educación

1. Organización de la dependencia departamental o distrital que asumirá las funciones de planeación, organización, dirección, asistencia técnica, evaluación y control, así como su naturaleza jurídica (secretaría del despacho, departamento administrativo o instituto descentralizado).
2. Incorporación a la estructura administrativa departamental del Fondo Educativo Regional, la Oficina de Escalafón y el Centro Experimental Piloto. Los distritos en los que no se haya constituido un fondo educativo, deberán establecer en su presupuesto una cuenta especial que se manejará con unidad de caja, sometida a las normas del régimen presupuestal y fiscal de la entidad territorial.
3. Incorporación de los establecimientos educativos y de los Centros Auxiliares de Servicios Docentes (CASD) que entrega la nación, a la estructura departamental o distrital.
4. Reorganización de los núcleos de desarrollo educativo y definición de su planta de personal, para asumir funciones de unidades

operativas de base para la planeación y administración del servicio.³

5. Realización de convenios entre el departamento y los municipios para dar cumplimiento a las metas de cobertura y mejoramiento de la localidad, en concordancia con las competencias de cada nivel territorial y con el plan sectorial.

6. Definición de la estructura de la planta de personal docente y administrativa departamental o distrital, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 60. de la Ley 60 de 1993, y demás lineamientos que establezca el Ministerio de Educación.

7. Fijación de la planta de docentes y directivos docentes en los municipios y los planteles, según necesidades actuales, requerimientos de expansión de cobertura y criterios de eficiencia.

8. Verificación de los requisitos exigidos por la Ley 60 de 1993 para delegar en los municipios la facultad de nombrar los docentes y administrativos de los establecimientos educativos estatales que laboren en el municipio, dando prioridad a aquellos que ya asumieron tal competencia en virtud de la Ley 29 de 1989.⁴

En salud

1. Organización de la dependencia departamental o distrital que asumirá las funciones de planeación, organización, dirección, asistencia técnica, evaluación y control, así como su naturaleza jurídica (secretaría del despacho, departamento administrativo o

³ el artículo 154 de la Ley 115 de 1994 establece que el Núcleo es la unidad operativa del servicio educativo, integrado por instituciones y programas de educación formal, no formal e informal. El decreto 1246 de 1990 precisa las funciones de dichos núcleos.

⁴ El Decreto 2676 de 1993, reglamentario de la Ley 60 de 1993, establece en su artículo 70. que "los municipios que en el sector educativo asumieron las funciones de administración de personal en virtud de la Ley 29 de 1989, continuarán ejerciéndolas hasta que los departamentos o distritos asuman las competencias definidas por la Ley 60 de 1993, sin perjuicio de que pueda producirse un acuerdo entre estos entes territoriales para que aún en este último evento los municipios continúen con estas funciones".

instituto descentralizado) y definición de su planta de personal, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 10 de 1990 y las leyes 60 y 100 de 1993.

2. Transformación de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Empresas Sociales del Estado departamentales, distritales o municipales, conforme a lo previsto por la Ley 100 de 1993 y según reglamentación que expida el Ministerio de Salud.

3. La transferencia, por parte de los departamentos a los municipios, de los bienes y personal para el cumplimiento de las competencias que les asigna la ley.

4. Creación o reestructuración del fondo de salud al que se refiere el artículo 13 de la ley 10 de 1990 en los departamentos y distritos. Este fondo se manejará como una cuenta especial del presupuesto de la entidad territorial, con unidad de caja y sometida a sus normas presupuestales y fiscales.

5. Organización de la red de servicios conformada por instituciones públicas y privadas según criterios de cobertura, calidad y eficiencia.

6. Verificación de los requisitos exigidos por la ley 60 de 1993 para la asunción de competencias y funciones por parte de los municipios, dando prioridad a los que ya las asumieron en virtud del Decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990. Los departamentos deberán presentar, además, el cronograma para la descentralización de competencias y recursos a los municipios.

4. Programa de fortalecimiento institucional

Tomando como punto de partida las debilidades identificadas en el proceso de descentralización, los departamentos y distritos, en coordinación con los Ministerios de Salud y Educación, deberán identificar sus necesidades de capacitación, asesoría y asistencia técnica, con base en lo cual concertarán con los ministerios un programa de fortalecimiento institucional, orientado hacia el mejoramiento de la planeación, dirección, administración y prestación de los servicios. A su vez, los departamentos deberán elaborar un plan de apoyo para sus respectivos municipios.

III. LOS PLANES SECTORIALES DE SALUD Y EDUCACIÓN

El plan sectorial es el conjunto de acciones y recursos necesarios para el logro de metas relacionadas con la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y educación⁵. Este plan debe ser presentado anualmente como soporte para tener acceso a los recursos del situado fiscal y para su administración autónoma. Hará parte del plan plurianual de gobierno aprobado por la Asamblea Departamental, o por el Concejo en el caso de los distritos.

En el caso de los departamentos y distritos no certificados, los FER y los Servicios Seccionales de Salud, según el caso, en coordinación con las secretarías de salud y educación o las dependencias que hagan sus veces, serán los responsables de la presentación de estos planes ante los ministerios respectivos en los términos y fechas que ellos señalen. El plan sectorial correspondiente al año 1995 deberá ser remitido a los ministerios y aprobado por estos antes del 31 de diciembre de 1994.

Una vez que los departamentos y distritos hayan sido certificados⁶, las secretarías

⁵ artículo 14, ley 60 de 1993.

⁶ se entiende por certificación el cumplimiento de los requisitos establecidos por el artículo 14 de la Ley 60 de 1994, requerida para asumir la administración por parte de los departamentos de los recursos del situado fiscal. En el caso de salud, los municipio, departamentos y distritos que hayan sido certificados en el marco de la Ley 10 de 1990 deberán ajustarse a las disposiciones de la Ley 60 a más tardar el 12 de agosto de

departamentales o distritales de educación y salud, o las dependencias que hagan sus veces, en coordinación con las oficinas de planeación departamental o distrital, y con asistencia técnica de los Ministerios de Salud y Educación, serán las responsables de la preparación de los planes y de la fijación de los criterios para concertarlos con los municipios. La distribución de los recursos deberá ser sometida a la aprobación de la Asamblea Departamental o del Concejo según sea el caso, y enviada a los respectivos ministerios para efectos de control y seguimiento de las transferencias.

En todos los casos los planes sectoriales deberán ser sometidos a control técnico por parte de los Ministerios de Salud y Educación. Este control será de obligatoria aceptación por parte de las entidades territoriales cuando haga referencia a la asignación de los recursos en los términos señalados por la ley 60 de 1993.⁷

A partir de 1995, una vez que el Departamento Nacional de Planeación haya comunicado la cuota mínima de situado fiscal para el año siguiente, los departamentos y distritos, con base en sus planes sectoriales⁸, procederán a hacer la distribución del situado fiscal por sectores, municipios y conceptos de gasto señalados en el artículo 18

de

1994.

⁷ Según el artículo 18 de la Ley 60 de 1993, los conceptos técnicos de los Ministerios de Educación y Salud serán de obligatoria aceptación en las siguientes materias: a) la distribución del situado fiscal entre los sectores de salud y educación, b) la distribución del situado fiscal entre los municipios; c) la constitución de reservas para garantizar el pago de las prestaciones sociales de cada vigencia; d) la proporción de la asignación del situado fiscal para gastos de dirección y prestación de los servicios.

⁸ los departamentos y distritos elaborarán, antes del 28 de febrero de cada año, una primera versión del plan sectorial, para efectos de la distribución del situado fiscal del año inmediatamente siguiente.

la Ley 60 de 1993, y lo enviarán a los ministerios correspondientes y al DNP antes del 25 de marzo. Los ministerios tendrán plazo hasta el 10 de abril para comunicar su concepto técnico a las entidades territoriales y al DNP. Antes del 30 de abril los planes y proyectos de distribución del situado, incluyendo los ajustes, serán enviados por las entidades territoriales al DNP.

Los departamentos y distritos que se certifiquen en el transcurso de 1994, deberán disponer del plan sectorial a más tardar el 30 de septiembre de este mismo año. Una copia del plan con la distribución de recursos aprobada por la Asamblea o por el Concejo, deberá ser remitido a los Ministerios de Educación y Salud, para efectos de control técnico, a más tardar el 10 de diciembre de 1994. Estos deberán comunicar dicho concepto a las entidades territoriales dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de recibo de los planes. La no respuesta, o la demora del ministerio respectivo más allá del 31 de diciembre, se entenderá como aceptación tácita del plan.

Los departamentos y distritos que a diciembre 31 de 1994 no hayan perfeccionado el plan sectorial, no tendrán acceso a recursos de cofinanciación.

A. Formulación de los planes sectoriales

Los planes sectoriales de educación y salud contienen:

1. Identificación de problemas prioritarios de

Identificación de los problemas prioritarios de cobertura y calidad de los servicios, a partir de indicadores relevantes para cada uno de los sectores. El diagnóstico incluye, además, el análisis de los factores

cobertura y calidad

que inciden en las situaciones descritas.

Los indicadores básicos que deberán analizarse en cada caso son:

En educación y salud

Características generales de la población:

1. Estructura de la población por municipio: número y proporción de la población en diferentes grupos de edad, con el fin de definir el tipo de atención que demandarán.
2. Número de personas clasificadas como pobres y vulnerables, elegibles para recibir subsidios, por municipio.

En educación

1. Cobertura: Tasa neta de escolarización y tasa bruta de escolarización por nivel educativo, zona urbana y rural, calculada para el departamento o distrito y desagregada por municipio.
2. Eficiencia interna: Tasas de deserción, promoción y repitencia por nivel educativo y por grado, zona urbana y rural, calculada para el departamento y desagregada por municipio.
3. Tasa de extra edad por nivel educativo y por grado, zona urbana y rural, calculada para el departamento y desagregada por municipios.
4. Calidad:
 - Logro académico en las pruebas de español y matemáticas aplicadas por el Ministerio de Educación e identificación de los factores asociados a los niveles de logro, por departamento.
 - Resultados de los exámenes de estado del ICFES, posición del departamento, distrito y municipios con relación al puntaje nacional.

En salud

1. Porcentaje de la población no afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, por municipio.

2. Perfil epidemiológico del distrito o departamento (desagregado por municipios):

- Mortalidad: tasas de mortalidad general, por grupos de edad, materna e infantil. Identificación de las causas principales de mortalidad.

- Morbilidad: tasa de incidencia y prevalencia de las enfermedades. Identificación de los factores de riesgo asociados con la morbilidad (saneamiento básico, accidentalidad y violencia, consumo de sustancias psicoactivas como alcohol, tabaco y drogas).

3. Cobertura de la atención básica en salud: cobertura de las campañas de vacunación, así como de los programas de nutrición y salud escolar y prevención de enfermedades.

2. Objetivos y metas

Definición de los objetivos y metas, formulados y cuantificados en términos de los efectos deseados sobre la población (por ejemplo, reducción de la tasa de desnutrición o de morbilidad, aumento de la tasa de escolarización neta en un porcentaje definido), teniendo en cuenta las siguientes prioridades:

En educación

1. Ampliación de la cobertura del servicio educativo, garantizando el acceso a la población en edad escolar que se encuentra por fuera del sistema, y la permanencia de la escolarizada, de manera que se asegure el ciclo básico de educación obligatoria (un grado de preescolar y nueve de educación básica), antes de ampliar la cobertura de la educación media y los grados adicionales del preescolar.

2. Mejoramiento de los indicadores de calidad (disminuir tasas de repetencia y deserción, mejorar los niveles de logro escolar y el desempeño de los alumnos en los exámenes de estado).

3. Racionalización de los recursos existentes para ampliación de cobertura (rehabilitación de la infraestructura de los planteles oficiales, utilización de capacidad instalada en el sector privado, distribución de docentes según necesidades, redistribución de carga académica).

En salud

1. Afiliación gradual de la población al sistema general de seguridad social en salud y ampliación de la cobertura de los servicios de salud definidos por el Plan Obligatorio de Salud⁹, en especial para la población más pobre, por instituciones públicas, por contratación, o por otorgamiento de subsidios a la demanda.

2. Ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud que complementan las intervenciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud y de las acciones de saneamiento ambiental¹⁰.

3. Mejoramiento de la calidad según índices de concordancia entre los procedimientos y las normas técnicas preestablecidas y con relación a los niveles de satisfacción de los usuarios.

4. Mejoramiento de la eficiencia del sistema.

3. Combinación de acciones y recursos

Combinación de acciones y recursos para el logro de los objetivos y metas. Esta sección del plan incluye la descripción de las distintas estrategias (por ejemplo, vacunación, entrega de subsidios, campañas de prevención, construcción o ampliación de establecimientos educativos, racionalización de cargas académicas y mejoramiento de docentes) para el logro de los objetivos y metas, y la identificación de los recursos humanos y físicos necesarios, con sus respectivos costos.

4. Asignación de los recursos

La asignación de los recursos financieros de acuerdo con las prioridades definidas en los objetivos, identificando la fuente de

⁹ según reglamentación que expida el Ministerio de Salud.

¹⁰ ley 100 de 1993, artículo 165.

financieros financiación (transferencias de la nación, recursos ordinarios, crédito, rentas cedidas, cofinanciación).

Los anexos 1 y 2 presentan, para cada sector, la información mínima de que deberán disponer los departamentos y distritos para elaborar los planes sectoriales que presentarán a partir de 1995.

B. Seguimiento, control y evaluación de los planes sectoriales

Esta actividad tiene como propósitos: i) la verificación del cumplimiento de los objetivos, metas físicas, financieras y de desarrollo¹¹ propuestas en los respectivos planes sectoriales; ii) la verificación y análisis de la aplicación intersectorial de los recursos en el departamento o distrito, así como su evaluación de impacto; y iii) la evaluación de la prestación de los servicios, la calidad y los grados de cobertura de los mismos, la destinación y utilización de los recursos de las transferencias, su distribución regional y sectorial y la evolución de la política de descentralización.

En este contexto, corresponde a las oficinas departamentales o distritales de planeación el seguimiento y control del cumplimiento de los planes sectoriales y la evaluación de los logros y las dificultades que se presentan en la ejecución de los mismos, en coordinación con las secretarías de salud y educación o las dependencias que hagan sus veces.

¹¹ referido a aspectos como el desarrollo institucional del sector, la administración del personal, la seguridad social, etc.

Para su organización, los Ministerios de Educación y Salud definirán, en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación, criterios técnicos generales (relación con los sistemas de información, indicadores mínimos de seguimiento, etc.). A su vez, los departamentos y distritos señalarán las responsabilidades por dependencias, la periodicidad de los informes internos y la metodología para ejercer las funciones.

Por su parte, los Ministerios de Salud y Educación¹² adelantarán el seguimiento, control y evaluación de la prestación de los servicios, calidad y grados de cobertura de los mismos, la destinación y utilización de los recursos de las transferencias, su distribución regional y la evolución de la política sectorial de descentralización. Finalmente, el Departamento Nacional de Planeación, a través de la Unidad Administrativa Especial de Desarrollo Territorial, realizará el seguimiento, control y evaluación global y territorial de la destinación de las transferencias, su distribución sectorial y la evolución de la política general de descentralización.

En todo caso, los departamentos y distritos presentarán a los Ministerios informes mensuales de ejecución presupuestal de las transferencias, que podrán consistir en una copia de los presentados a la Contraloría respectiva, e informes trimestrales sobre ejecución física y financiera, en los formatos que diseñen los Ministerios de Salud y Educación en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación.

¹² Art 28, numeral 6, ley 60 de 1993.

RECOMENDACIONES

El Departamento Nacional de Planeación recomienda al CONPES Social:

1. Expedir una resolución en la que se acojan los criterios expuestos en este documento para la formulación de los planes departamentales o distritales de descentralización y los planes sectoriales de salud y educación.
2. Solicitar a los Ministerios de Educación y Salud,
 - Adoptar los reglamentos para adelantar las labores de seguimiento y evaluación de los planes sectoriales, en especial de la utilización y destinación de las transferencias, en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación.
 - Desarrollar, en coordinación con la Misión Social del DNP, los componentes de un sistema básico de información que contemple, como mínimo, la información a la que se refieren los anexos 1 y 2 de este documento.
3. Solicitar al Ministerio de Educación:
 - Definir los criterios y procedimientos para la organización de las plantas de personal docente, directivo docente y administrativo, departamental y distritales, antes del 15 de junio de 1994.

- Entregar a los departamentos, a más tardar el 31 de agosto de 1994, los resultados de las pruebas de matemáticas y español aplicadas desde octubre de 1992.
 - Definir los criterios para aprobar las solicitudes de autonomía de los municipios con población igual o superior a 100.000 habitantes según el censo de 1985, de conformidad con lo previsto en el artículo 16, numeral 7 de la Ley 60 de 1993.
4. Solicitar a los departamentos y distritos reglamentar los procedimientos para que las oficinas departamentales y distritales de planeación presten asistencia técnica a las secretarías departamentales de salud y educación, o a las dependencias que hagan sus veces, en la presupuestación de los planes sectoriales.

ANEXO 1

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

Por la cual se reglamentan las orientaciones expedidas por el CONPES Para la Política Social en desarrollo de los artículos 13 y 14 de la ley 60 de 1993,

EL CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL;

En ejercicio de las facultades que le
confiere el párrafo primero del artículo
14 de
la ley 60 de 1993.

CONSIDERANDO

Que el párrafo primero del artículo 14 de la ley 60 de 1993 otorgó al CONPES Para la Política Social la competencia para "aprobar los sistemas de información, los contenidos y metodología para elaborar y evaluar los planes sectoriales de desarrollo de salud y educación en las entidades territoriales y los planes de descentralización...".

Que en desarrollo de esta competencia el CONPES para la Política Social expidió el 11 de mayo de 1994 el Documento CONPES SOCIAL No. 026, titulado "Criterios para la elaboración de los Planes de Descentralización y los Planes Sectoriales de Educación y Salud".

Que es necesario reglamentar estas orientaciones del CONPES para la Política Social por cuanto contienen requisitos obligatorios de ley que deben cumplir los departamentos y distritos y en desarrollo del proceso de descentralización.

RESUELVE

EL PLAN DE DESCENTRALIZACIÓN

ARTICULO PRIMERO. -OBLIGATORIEDAD: El plan de descentralización, conforme lo establecido por el numeral 4o. del artículo 14 de la ley 60 de 1993, es uno de los requisitos que están obligados a cumplir los Departamentos y Distritos para asumir de manera autónoma la administración de los recursos del situado fiscal.

Igualmente, según lo dispuesto en el párrafo 3o. del mismo artículo 14 de la ley 60 de 1993, los departamentos y distritos que no acrediten el plan de descentralización antes del 31 de diciembre de 1994 quedarán excluidos de los programas de cofinanciación elaborados por el gobierno central.

ARTICULO SEGUNDO. -OBJETIVO: El objetivo del plan de descentralización es definir las acciones, los recursos y el lapso de tiempo durante el cual se culminará el proceso de asunción de responsabilidades en salud y educación por parte de los departamentos y distritos según lo dispuesto por la propia ley 60.

ARTICULO TERCERO. -COMPONENTES MÍNIMOS: Los componentes mínimos que debe contener el plan de descentralización son los descritos en el aparte correspondiente del Documento CONPES SOCIAL No. 026 del 11 de mayo de 1994.

ARTICULO CUARTO. -ELABORACIÓN DEL PLAN DE DESCENTRALIZACIÓN: El plan de descentralización será elaborado por las oficinas de planeación de los departamentos o distritos, en coordinación con las secretarías de educación y salud, o las dependencias que hagan sus veces.

ARTICULO QUINTO. -ADOPCIÓN DEL PLAN DE DESCENTRALIZACIÓN: El plan de descentralización será adoptado mediante ordenanza de la Asamblea Departamental, o mediante acuerdo del Concejo en el caso de los Distritos antes del 31 de diciembre de 1994, sujetándose a los lineamientos del Documento CONPES SOCIAL No. 026 del 11 de mayo de 1994. Conforme a las leyes territoriales, el gobernador o el alcalde, según sea el caso, presentarán a la Asamblea o el Concejo respectivo el proyecto de plan de descentralización el 1o. de octubre de 1994. Las Asambleas o Concejos estarán en la obligación de aprobarlos, con las modificaciones que consideren pertinentes, a más tardar el 30 de noviembre de 1994; en caso contrario regirá el presentado inicialmente por la autoridad ejecutiva del respectivo ente territorial.

LOS PLANES SECTORIALES DE SALUD Y EDUCACIÓN

ARTICULO SEXTO. -OBLIGATORIEDAD: La elaboración de los planes sectoriales en salud y educación por parte de los departamentos y distritos, conforme lo dispuesto por el numeral 4o. del artículo 14 de la ley 60 de 1993, hace parte de los requisitos obligatorios que deben cumplir para poder administrar de manera autónoma los recursos del situado fiscal.

La presentación anual por parte de estas entidades territoriales ante las autoridades nacionales competentes, de sus planes sectoriales en las fechas definidas por la ley 60 de 1993, sus decretos reglamentarios y esta resolución, es obligatoria para poder acceder a los recursos del situado fiscal en la vigencia fiscal respectiva.

Los departamentos y distritos que a diciembre 31 de 1994 no hayan perfeccionado los planes sectoriales, quedarán excluidos de los programas de cofinanciación elaborados por el gobierno central.

ARTICULO SÉPTIMO. -OBJETIVO: El objetivo del plan sectorial es sintetizar las acciones

y recursos necesarios para el logro de las metas que se relacionan de ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios en salud y educación.

ARTICULO OCTAVO. -COMPONENTES MÍNIMOS: Los componentes mínimos de los planes sectoriales son los descritos en el aparte correspondiente del Documento CONPESSOCIAL No. 026 del 11 de mayo de 1994.

ARTICULO NOVENO. -PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS PLANES SECTORIALES: A partir de 1995, una vez el Departamento Nacional de Planeación comunique a los departamentos y distritos el situado fiscal preliminar que les corresponde en la siguiente vigencia, éstos procederán a distribuirlo, con base en sus planes sectoriales, por sectores, municipios y conceptos de gasto, y los enviarán a los Ministerios de Salud y Educación, antes del 25 de marzo, a efectos de obtener concepto técnico. Estos ministerios tendrán plazo hasta el 10 de abril para emitir dicho concepto y para comunicarlo a las entidades territoriales y al DNP. Estos conceptos serán obligatorios en los puntos taxativamente definidos por el numeral 3o. del artículo 18 de la ley 60 de 1993.

Antes del 30 de abril los planes y proyectos de distribución de los recursos del situado fiscal serán enviados por los departamentos y distritos al Departamento Nacional de Planeación, con los ajustes a que haya lugar.

En el caso de los departamentos y distritos certificados, una copia del plan sectorial debidamente aprobado por la Asamblea o el Concejo, según corresponda, deberá enviarse con la apropiación presupuestal pertinente a los Ministerios de Educación y Salud para efectos del control y seguimiento de las transferencias.

PARÁGRAFO: Los departamentos o distritos que se certifiquen en el transcurso de 1994 deberán consolidar sus planes sectoriales a más tardar el 30 de septiembre de este mismo año, y enviar, antes del 1o. de diciembre, copias de los mismos a los Ministerios de Educación y Salud, con la distribución de recursos probada por la Asamblea Departamental o por el Concejo. Los Ministerios deberán comunicar a las entidades territoriales el concepto técnico sobre dichos planes dentro de los diez días hábiles siguientes al recibo del plan. En el caso de que no haya respuesta por parte del ministerio respectivo antes del 31 de diciembre de 1994, habrá lugar a la aprobación tácita del plan.

ARTICULO DECIMO. -RESPONSABILIDAD EN LA ELABORACIÓN DE LOS PLANES

SECTORIALES: Los FER y los Servicios Seccionales de Salud, según sea el caso, en coordinación con las secretarías de educación y salud o las dependencias que hagan sus veces, serán los responsables de la elaboración de los planes sectoriales en los departamentos o distritos no certificados y de su presentación ante los ministerios respectivos en los términos y fechas señalados por éstos.

En los departamentos y distritos certificados, las secretarías departamentales o distritales de educación y salud, o la dependencia que haga sus veces, en coordinación con las oficinas de planeación departamental o distrital, y con la asistencia técnica de los Ministerios de Salud y Educación, serán las responsables de la preparación de los planes sectoriales y de los criterios de concertación de los mismos con los municipios.

SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACIÓN DE LOS PLANES SECTORIALES

ARTICULO DECIMOPRIMERO. -OBJETIVO: El objetivo del seguimiento, control y evaluación es verificar el cumplimiento de los fines, metas físicas y financieras de los planes sectoriales. Igualmente, el análisis y constatación de la ejecución intersectorial y regional de los recursos y su impacto, además de la evaluación de la prestación de los servicios en cuanto a calidad y cobertura, como también de los avances en el proceso de descentralización.

ARTICULO DECIMOSEGUNDO. -RESPONSABILIDAD TERRITORIAL: Las oficinas departamentales o distritales de planeación serán las responsables de las funciones de seguimiento, control intersectorial y evaluación global del desarrollo de los planes sectoriales y su impacto, en coordinación con las secretarías de salud y educación, o las dependencias que hagan sus veces.

ARTICULO DECIMOTERCERO. -RESPONSABILIDAD NACIONAL: Los Ministerios de Salud y Educación, por una parte, y la Unidad Administrativa Especial de Desarrollo Territorial del Departamento Nacional de Planeación serán las autoridades nacionales responsables del seguimiento, control y evaluación según lo estipulado en el Documento CONPES SOCIAL No. 026 del 11 de mayo de 1994.

ARTICULO DECIMOCUARTO. -VIGENCIA: La presente Resolución rige a partir de la

fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Santafé de Bogotá,

ANEXO 2

INFORMACIÓN BÁSICA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN SECTORIAL DE SALUD

<u>VARIABLE</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>DATOS</u>	<u>FUENTE</u>
1. DATOS GENERALES			
Población pobre y vulnerable (prevención de la salud)	* Proporción de población por sexo y edad	* Población por zona, sexo, raza o etnia y edad (<1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, ..., 80-85, 85 y más)	DANE Municipio
	* % de población pobre	para determinar el tamaño de las poblaciones vulnerables, menores de 1 año, menores de 5 años, mujeres en edad reproductiva, ancianos, otras	DANE NBI, SISBEN, Estratificación socio-económica Municipio
	* % de población con defectos congénitos.	* Población pobre, elegible para recibir subsidios.	
	* % de población con riesgo geográfico.	* Población con defectos congénitos.	
		* Población con riesgos geográficos.	
2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS			
Mortalidad y Natalidad	* Tasa bruta de mortalidad * Tasas de mortalidad por edad y causas	* # de defunciones por causa, sexo, edad y zona * # de defunciones	de

DANE
Regist
ro de
nacimi
entos-
Regist
radurí
a

VARIABLE	INDICADOR	DATOS	FUENTE
Morbilidad	* Tasa de mortalidad infantil	madres por edad y zona	a
	* Tasas de mortalidad materna	* # de Nacimientos poredad de la madre	
	* Tasa de Natalidad		
	* Tasa de Fecundidad	* # de consultas y hospitalizaciones de 1ª vez y total por causa, sexo, edad y zona	SIS 110 SIS 103 Municipio-Departamento SIS 12
	* Tasa de incidencia de enfermedades	* # de consultas por enfermedades contagiosas y virulentas	SISVAN ICBF
Estado nutricional	* Tasa de prevalencia de enfermedades	* # de consultas por enfermedades contagiosas y virulentas	
	* Tasa de morbilidad por enfermedades contagiosas	* # de niños menores de 1, 2, 3, 4 y 5 años con desnutrición:	
	Tasa de prevalencia de desnutrición:	- Aguda	
	* Aguda: peso para la talla	- Crónica	
	* Crónica: talla para la edad	- Global	
	* Global: peso para la edad		

3. COBERTURA, CALIDAD Y EFICIENCIA

- Cobertura

Cobertura del servicio	* % de población afiliados al servicio de salud	* # de afiliados al sistema de salud, en el régimen contributivo y subsidiado	extramural: # de personas visitadas y población
	* % de población atendida con consulta extramural	* consulta	

Municipio

SIS 186
Municipio

VARIABLE	INDICADOR	DATOS	FUENTE
		asignada para servitada extramuralmente (Zona rural especialmente).	
Cobertura de servicios del plan básico	* % de niños menores de 5 años con esquema completo de vacunación * % de Personas atendidas en los diferentes proyectos	* vacunas (# de dosis aplicadas con cada uno de los biológicos) * # de niños menores de 5 años con todas las vacunas * # de personas atendidas en los diferentes programas: nutrición; prevención de enfermedades como cáncer, Tabaquismo, ceguera en menores de 15 años, enfermedades de transmisión sexual, etc.; control de presión arterial; planificación familiar; etc.	en hospitales de 2o y 3r
- Eficiencia del Sistema			
Eficiencia de las de los servicios de salud: desarrollo de la red básica de servicios, referencia	* % de personas atendidas en el 1r nivel * % de personas atendidas en hospitales de 2o y 3r	* Número de personas atendidas en el 1r nivel * Número de personas atendidas	

SIS 151

Municipio-
Departament
o
Municipio-
Departament
o

por definir

SIS 103

VARIABLE	INDICADOR	DATOS	FUENTE
y contrarreferencia el	nivel remitidos por 1r nivel * % de personas atendidas en hospitales de 2o y 3r nivel no remitidos por el 1r nivel	niveles remitidos por el 1r nivel * Número de personas atendidas en hospitales de 2o y 3r nivel no remitidos por el 1r nivel	
Eficiencia de las instituciones: descongestión de hospitales según grado	Índice de ocupación * % de ocupación por áreas de atención * % de rechazo por áreas de atención	* Días de hospitalización por área de atención. * # de días de estancia por nivel y servicios. * # de personas no atendidas según servicio	SIS 110 SIS 330

4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA MORBILIDAD

SANEAMIENTO básico	* % de viviendas con agua potable	* # total de viviendas por zona	Censo-DANE CASEN
* Disponibilidad de agua potable	* % de viviendas con alcantarillado o pososéptico	* # de viviendas con agua potable por zona	
* Disposición de excretas	* % de viviendas con servicio de recolección de basuras	* # de viviendas con alcantarillado o pososéptico	
* Recolección de desechos	* % de viviendas con energía	* # de viviendas con servicio de recolección de basuras	
		* # de viviendas con energía	

VARIABLE	INDICADOR	DATOS	FUENTE
----------	-----------	-------	--------

5. RECURSOS FÍSICOS, HUMANOS Y FINANCIEROS

RECURSOS FÍSICOS,

INFRAESTRUCTURA	* %	a. Sector Oficial	SIS 330
A	Dotación		CENSO
* Estado actual	completa o	* # de Puestos de	ECONÓ
de la	incompleta	Salud (UBAS,	MICO
infraestructura	* % en buen	Unidad Básica de	Municipio
física por nivel de	estado.	Atención en Salud)	
atención.		* # de Centros de	
		Salud (UPAS,	
		Unidades de	
		Atención Primaria	
		en Salud)	
		* # de CAMIS	
		(Centros de Atención	
		Inmediata,	
		urgencias 24 horas.	
		* # de Hospitales	
		de 1er nivel.	
		* # de Hospitales	
		de 2o nivel	
		* # de Hospitales	
		de 3er nivel	
		* # de camas de	
		hospital por nivel y	
		áreas de atención	
		(pediatría, cirugía,	
		ginecología y	Municipio
		medicina general)	
		b. Sector Privado	
		* # de Consultorios	
		de médicos	

VARIABLE	INDICADOR	DATOS	FUENTE
		* # de consultorios odontológicos * # de consultorios de especialistas (por especialidad) * # de Laboratorios clínicos * # de Consultorios de Terapia física * # de Droguerías	
RECURSOS HUMANOS	* médicos por 10.000 habitantes * enfermeras por 10.000 habitantes * auxiliares por 10.000 habitantes * médicos generales por 10.000 habitantes * médicos especialistas por 10.000 habitantes	* # de médicos generales y especialistas * # de odontólogos * # de auxiliares de odontología * # de enfermeras superiores * # de auxiliares de enfermería * # de personas de planta de personal administrativo * # de promotoras de salud * # de promotoras de saneamiento * # de trabajadora social	* # de nutricionistas * # de auxiliar de trabajadora social

SIS 330
MINSALU
D-
Plan
de
Cargo
s

VARIABLE	INDICADOR	DATOS	FUENTE
RECURSOS FINANCIEROS		* Participación comunitaria * # de otros	Departamento MINSALUD
* eficiencia en la captación * eficiencia en la aplicación de los recursos financieros	* relación presupuesto inversión/funcionamiento	* Rentas Nacionales: - Situado Fiscal - Transferencias * Rentas Departamentales, cedidas por Nación - Loterías - Cerveza - Licores - Chance - Registro de anotación * ECOSALUD * Aportes del departamento a través de la Asamblea * Venta de servicios * Otros (Rendimientos, donaciones, contratos)	

6. CONTROL DE GESTIÓN

Ejecución del proyecto	* % de cumplimiento en las actividades	* Información del manejador de proyectos	SIS-Red
------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------	---------

ANEXO 3

INFORMACIÓN BÁSICA PARA ELABORAR LOS PLANES DE DESCENTRALIZACIÓN Y SECTORIAL DE EDUCACIÓN

VARIABLE

FUENTE

A. INFORMACIÓN GENERAL

- POBLACIÓN DE 3 A 17 AÑOS,
POBLACIONES SIMPLES, PARA EL
DEPARTAMENTO Y POR
MUNICIPIO (URBANO -RURAL)

DANE: CENSO DE POBLACIÓN

- MATRÍCULA, DESERCIÓN, REPITENCIA Y
PROMOCIÓN POR NIVEL GRADO Y PARA
EL DEPTO. Y M/CIPIOS (URBANO-RURAL),
NÚCLEO Y PLANTEL

DANE-MEN: C-600

- TOTAL, DE DOCENTES EN EL DPTO.
Y M/CIPIOS (URBANO-RURAL),
NÚCLEO Y PLANTEL

MEN: PLANTAS DOCENTES;
DEPTO., M/CIPIOS, NÚCLEO,
PLANTEL: PLANTAS DOCENTES

- NIVEL EDUCATIVO DE LOS DOCENTES
EN EL DPTO. Y POR MUNICIPIOS

MEN: CENSO DE DOCENTES 1991
(ACTUALIZADO) DPTO.-M/CIPIOS:
HOJAS DE VIDA

- DOCENTES SEGÚN GRADO EN EL
ESCALAFÓN, PARA EL DPTO. Y
POR MUNICIPIOS, NÚCLEO Y
PLANTEL

OFICINAS SECCIONALES DE
ESCALAFÓN

- ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS Y #
DE AULAS EN DPTO. Y M/CIPIOS
(URBANO-RURAL, OFICIAL Y PRIVADO) Y
NÚCLEO

MEN-DANE: C-600
MEN: DIRECTORIO
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS
(ACTUALIZADO)

- NOMINA DOCENTES SEGÚN FUENTE
DE FINANCIACIÓN (SITUADO FISCAL,
RECURSOS PROPIOS, PLAZAS DOC.
COFINANCIADAS, ETC.,) PARA EL
DPTO. Y

FER: DOCENTES A CARGO SITUADO
FISCAL
HACIENDA DOTAL Y M/CIPAL:
DOCENTES A CARGO RECURSOS

<u>VARIABLE</u>	<u>FUENTE</u>
POR MUNICIPIO	PROPIOS Y COFINANCIACIÓN
- GASTO EN EDUCACIÓN SEGÚN FUENTE DE RECURSOS Y OBJETO DEL GASTO:	FER MEN HACIENDA DEPARTAMENTAL HACIENDA MUNICIPAL
1. NOMINA	
2. INFRAESTRUCTURA:	
MANTENIMIENTO	
CONSTRUCCIÓN	
3. DOTACIÓN:	
TEXTOS	
MOBILIARIO	
BIBLIOTECA	
S	

<u>INDICADOR</u>	<u>VARIABLE</u>	<u>FUENTE</u>
B. INDICADORES DE COBERTURA:		
- TASAS NETAS Y BRUTAS DE ESCOLARIZACIÓN POR NIVEL PARA EL DEPARTAMENTO Y POR MUNICIPIOS (URBANO Y RURAL)	POBLACIÓN DE 3 A 17 AÑOS PARA EL DPTO. Y POR M/CIPIOS (URBANO Y RURAL)	DANE: CENSO DE POBLACIÓN
- TASAS DE EXTRA EDAD POR GRADO PARA EL DEPTO. Y POR M/CIPIOS (URBANO Y RURAL)	MATRÍCULA POR GRADO Y EDAD SIMPLE PARA EL DPTO. Y M/CIPIOS (URBANO- RURAL) (OFICIAL Y PRIVADO)	MEN-DANE: C-600

INDICADOR	VARIABLE	FUENTE
C. INDICADORES DE EFICIENCIA		
<u>INTERNA:</u>		
- TASA DE DESERCIÓN POR GRADO Y NIVEL PARA EL DEPARTAMENTO Y M/CIPIOS (RURAL-URBANO)	DESERTORES POR GRADO Y NIVEL PARA EL DEPTO. Y M/CIPIOS (URBANO-RURAL)	MEN-DANE: C-600
- TASA DE PROMOCIÓN POR GRADO Y NIVEL PARA DEPTO. Y MUNICIPIOS (RURAL-URBANO)	ALUMNOS PROMOVIDOS POR GRADO Y NIVEL PARA EL DEPTO. Y M/CIPIOS (URBANO-RURAL) ALUMNOS REPITENTES POR GRADO Y NIVEL PARA EL DEPTO. Y LOS M/CIPIOS (URBANO- RURAL)	MEN-DANE: C-600
- TASA DE REPITENCIA POR GRADO Y NIVEL PARA EL DEPTO. Y LOS M/CIPIOS (URBANO-RURAL)		MEN-DANE: C-600
D. <u>INDICADORES DE CALIDAD:</u>		
	PUNTAJES ICFES	
- PUNTAJES PLANTELES OFICIAL-PRIVADO	PUNTAJES PRUEBAS LENGUAJE Y MATEMÁTICAS GRADOS 3,5,7 Y 9	ICFES: EXÁMENES DE ESTADO MEN: PRUEBAS DE SABER
- LOGRO ACADÉMICO EN EL DEPARTAMENTO		
E. <u>INDICADORES DE LOS DOCENTES:</u>		
- NIVEL EDUCATIVO DE LOS DOCENTES	PORCENTAJE DE DOCENTES EN CADA NIVEL EDUCATIVO, PARA EL DEPTO. Y M/CIPIOS (URBANO-RURAL)	MEN: CENSO DE DOCENTES 1991 (ACTUALIZADO) DPTO.- M/CIPIOS: HOJAS DE VIDA.
- DISTRIBUCIÓN DE LOS DOCENTES POR GRADO EN EL ESCALAFÓN		OFICINA

INDICADOR	VARIABLE	FUENTE
- RELACIÓN ALUMNO/DOCENTE PARA EL DEPARTAMENTO Y LOS MUNICIPIOS, NÚCLEO, PLANTEL (URBANO-RURAL)	TOTAL, DE DOCENTES Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO EN EL ESCALAFÓN ALUMNOS MATRICULADOS Y # DE DOCENTES PARA EL DEPTO. Y M/CIPIOS, NÚCLEO Y PLANTEL (URBANO-RURAL)	SECCIONAL DE ESCALAFÓN. MEN-DANE: C-600 MEN, DEPTO., M/CIPIOS: PLANTA DOCENTE

F. INDICADORES DE RECURSOS FINANCIEROS Y COSTOS:

- FINANCIACIÓN DE LA NOMINADOcente SEGÚN FUENTE DE RECURSOS, DEPTO. Y M/CIPIOS	NOMINA DOCENTES SEGÚN FUENTE DE FINANCIACIÓN, DEPTO. Y M/CIPIOS	FER: DOCENTES A CARGO SITUADO FISCAL HA. DPTAL Y M/CIPAL: DOCENTES RECURSOS PROPIOS Y DE COFINANCIACIÓN
- COMPOSICIÓN DEL GASTO SEGÚN FUENTE Y OBJETO DEL GASTO, PARA EL DEPTO. Y POR M/CIPIOS	GASTO EN EDUCACIÓN SEGÚN FUENTE DE RECURSOS Y OBJETO DEL GASTO: 1. NOMINA 2. INFRAESTRUCTURA: MANTENIMIENTO	FER MEN HACIENDA DOTAL HACIENDA M/CIPAL

INDICADOR	VARIABLE	FUENTE
	CONSTRUCCIÓN 3.DOTACIÓN: TEXTOS MOBILIARIO BIBLIOTECAS LABORATORIO S	
- PARTICIPACIÓN DE LOS NIVELES TERRITORIALES Y EL NIVEL CENTRAL EN EL GASTO PUBLICO EN EDUCACIÓNEN EL DEPTO. Y LOS M/CIPIOS	GASTO PUBLICO EN EDUCACIÓN SEGÚN FUENTE DE RECURSOS	FER MEN HACIENDA DPTAL HACIENDA M/CIPAL
- COSTOS POR ALUMNO, NIVEL, DEPTO.Y M/CIPIOS	GASTO PUBLICO Y MATRICULA POR NIVEL EDUCATIVO, DEPTO. Y M/CIPIOS	MEN-DANE: C-600 FER, HDA DPTO. Y M/CIPIOS
<u>G. INDICADORES DE RECURSOS FÍSICOS:</u>		
DISTRIBUCIÓN DE LOS PLANTELES EDUCATIVOS DEL DEPTO. POR M/CIPIOS (URBANO-RURAL) Y NÚCLEO	TOTAL, DE PLANTELES EDUCATIVOS EN EL DPTO. Y POR M/CIPIOS (URBANO-RURAL, OFICIAL Y PRIVADO) Y NÚCLEO	MEN-DANE: C-600 MEN: DIRECTORIO ESTABLECIMIENT OOS EDUCATIVOS
		MEN-DANE: C-600
DISTRIBUCIÓN DE LAS AULAS DEL DEPTO. POR M/CIPIOS (URBANO-RURAL), NÚCLEO Y PLANTEL	TOTAL, DE AULAS POR PLANTEL, NÚCLEO, MUNICIPIO Y DEPTO.	MEN-DANE: C-600 MEN:
RELACIÓN ALUMNOS/AULA PARA EL DEPTO. Y LOS M/CIPIOS (URBANO-RURAL), NÚCLEO Y PLANTEL	# DE AULAS PARA EL DEPTO. Y M/CIPIO, NÚCLEO Y PLANTEL (URBANO-RURAL)	DIRECTORIO ESTABLECIMIENT OS MEN-DEPTO.- M/CIPIOS:

INDICADOR

VARIABLE

**FUE
NTE
PLANTA
DOCEN
TE**

H. INDICADORES DE SEGUIMIENTO

YEVALUACIÓN:

EJECUCIÓN METAS DE COBERTURA, CALIDAD Y EFICIENCIA

TASAS NETAS Y BRUTAS DE ESCOLARIZACIÓN, PROMOCIÓN, REPITENCIA Y DESERCIÓN E INDICADORES DE CALIDAD EN EL PERIODO T Y TASAS E INDICADORES EXPRESADOS EN EL DIAGNOSTICO

DANE: CENSO DE POBLACIÓN

MEN-DANE: C-600

