

**LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD, GENERO CAMBIOS EN LAS
COMPETENCIAS A NIVEL TERRITORIAL**

Alba Liliana Beltrán Roa¹

Lisbeth Sánchez Escárraga²

Programa Maestría Protección Social

Universidad Santo Tomas

Bogotá, Colombia

En la década de los 90 se realizaron cambios normativos con la descentralización en salud, que generaron competencias a los Municipios, buscando la modernización e integralidad del sistema de salud colombiano y fortaleciendo la democracia, con mayor participación local específicamente en los entes municipales, que consistía en transferir acciones administrativas las cuales ejercía el Estado, fortaleciendo los gobiernos locales que conocen sus necesidades específicas para una eficiencia del gasto público. Este proceso tiene características las cuales buscan: traslado de competencias desde la administración central del estado a los gobiernos locales, se basa en el principio de autonomía, se asigna patrimonio para su manejo autónomo, en aras de una gestión local independiente de la administración central, sin embargo, se fortalece desde el Estado con los entes encargados de inspección, vigilancia y control.

La descentralización requirió grandes esfuerzos administrativos, financieros, culturales e institucionales en el sistema de salud colombiano a nivel municipal, teniendo en cuenta que se tienen 1101 municipios en el territorio nacional, sin embargo, se encuentran pocos estudios, investigaciones y evaluaciones a los resultados de esta.

¹ albalianabr@hotmail.com

² lisaests@gmail.com

Competencia administrativa

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, se logra identificar que el proceso de descentralización en Colombia visto desde el aspecto político, tiene sus inicios en el Frente Nacional, ya que permitía opciones diferentes al bipartidismo, la presión de los organismos internacionales, que impulsaban la descentralización como forma de democratizar y como opción para mejorar la eficiencia de la gestión pública; en el ámbito administrativo el incremento de los paros cívicos que recorría el país, reclamando mejoras en los servicios públicos y el fortalecimiento de los gobiernos locales.

El sector salud se vio influenciado por el proceso de descentralización, siendo uno de los pasos que se debían surtir; la transformación institucional, que consistía específicamente en que los hospitales públicos se transformaban en Empresas Sociales del Estado, esto implicaba transferir acciones administrativas a las empresas, con el objetivo de prestar servicios de salud en forma directa, bajo un régimen jurídico.

Atendiendo la revisión normativa encontramos que el sistema nacional de salud en Colombia, fue creado legalmente en 1973 y reglamentado en 1975, con los decretos 056 y 350, los cuales tenían como principales características la centralización de las funciones de direccionamiento, financiación y control en el Ministerio de Salud, con la administración desconcentrada de personal y de algunas instituciones, en los Servicios Seccionales de Salud, las cuales correspondían a cada departamento o niveles subnacionales, en este sistema era nula la injerencia de los entes territoriales de carácter departamental y municipal, en la dirección y operación.

En este esquema prevalecía la concentración de la dirección técnica de los servicios en las Unidades Regionales, dependientes del Ministerio de Salud, los hospitales operaban sin autonomía administrativa, los cuales eran totalmente dependientes del Ministerio, había escaso desarrollo financiero, con alto grado de inequidad y de ineficiencia se concentraba el 50% de subsidios en estratos no pobres y el 80% del gasto en los niveles I y II de atención.

Los objetivos específicos de la descentralización se reglamentaron Decreto 77 de 1987, fueron: mejorar la provisión de bienes y servicios públicos locales, transfiriendo competencias de inversión y manejo del agua potable y saneamiento ambiental, entregando a las localidades las

responsabilidades de inversión en infraestructura; construcción, dotación, mantenimiento de hospitales locales y centros de salud, políticamente se buscó profundizar la democracia en el ámbito municipal.

En aras de tener el contexto del proceso de descentralización es necesario nombrar la reforma descentralista de 1983, donde se suponía que la autonomía municipal se fortalecería en la medida en que el recaudo de los recursos propios se incrementara, posteriormente con la reforma descentralista de 1986, donde este proceso se apoya en las transferencias de competencias y recursos, pero respetando un importante margen de autonomía en la toma de decisiones a nivel local.

A partir de 1991, con la promulgación de la Constitución Política se estableció comprender e interpretar la estructura de su entorno, actuar en concordancia con los procesos territoriales y construir su propio futuro, para lo cual se incorporó la territorialidad nacional en sus políticas y evitando que su configuración obedezca solo a efectos de la lógica económica. La estructura territorial no es una simple partición del territorio nacional, sino un conjunto de relaciones complejas, en el cual las partes interactúan entre sí y con el todo, que es el Estado.

El proceso de descentralización que se ha adelantado durante la década de los 90 busco cumplir con uno de los propósitos de la Constitución de 1991, que consiste en consolidar a Colombia como una República unitaria, descentralizada y con autonomía de sus entidades territoriales.

La modernización de las estructuras políticas la cual se reglamentó con la Ley 10 de 1990, administrativas y fiscales con la Ley 60 de 1993, aunque se aclara que en el presente documento se realiza análisis en el contexto de salud. No obstante, se resalta el resultado de estas leyes que transfirieron competencias y recursos nacionales hacia los entes territoriales, asignado roles donde el Estado es representado por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, la cual solo ejercía funciones de direccionamiento, normalización y control. En cuanto a los Municipios solo asumían la responsabilidad de nivel I de atención, para ello recibían transferencias fiscales (participaciones municipales). Por otro parte los departamentos asumen la competencia sobre los niveles I y II de atención, junto con las transferencias de recursos situado fiscal, iniciando un desarrollo progresivo hacia una mayor autonomía.

Con la Ley 10 de 1990 se buscaba un nuevo modelo de salud que enfatizara en la promoción y prevención centrando en los sistemas locales de salud, los cuales debían ser liderados por los respectivos alcaldes municipales, convertir los hospitales públicos en entidades autónomas patrimonial y administrativamente dirigidas por Gerente con mayor estabilidad y formación gerencial. Al igual que crear incentivos para los funcionarios instaurando el sistema de carrera administrativa para los funcionarios públicos de la salud y garantizar su afiliación a la seguridad social.

La descentralización se entendió más como una municipalización, ya que el departamento fue desplazado en algunas competencias, ya que se pretendía el fortalecimiento de la autonomía local, respaldado esto en el periodo de autoridades territoriales de elección popular por fijación de 3 años.

Cuando se habla de descentralización surge el concepto de centralización, evidenciando las diferencias entre estos, los preceptos de la descentralización se basan en la horizontalidad, selectividad, territorialidad, concertadas. Y las directrices o políticas del centralismo son: verticalidad, generalidad y funcionalidad sectorial.

La descentralización pretende o busca el fortalecimiento local, cede el verdadero poder a las personas que realmente conocen los problemas de la región. “promueve el poder social”, impulsa el desarrollo económico y socio cultural, de las regiones más deprimidas del país, al mismo tiempo promueve la democracia, activaron el funcionamiento del sistema de transferencias, permitieron la formulación de proyectos de carácter local - regional, mejoraron los gobiernos locales a través del Programa de Desarrollo Institucional (PDI) y la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP).

Teniendo en cuenta lo establecido en la Constitución de 1991: Se consolido el siguiente modelo: a. amplió la democracia participativa; b. subrayó la dimensión social de la descentralización (salud, educación y agua potable) elevó a rango constitucional las transferencias para costear aquellos servicios sociales. d. También se intentó, aunque parcialmente, fortalecer el nivel intermedio de gobierno con la elección popular de gobernadores, con las regiones autónomas y las provincias, aunque sus desarrollos los dejó a la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial que tardó 20 años en expedirse.

En consecuencia, el nivel intermedio que realmente mantuvo su vigencia fue el departamental, al que no se le asignaron funciones o competencias muy definidas.

Con la reforma 1993 se evidencia que se da continuidad al fortalecimiento al proceso de descentralización, creando el FOSYGA una nueva fuente financiera para el régimen subsidiado (subcuenta de solidaridad). Se crean aseguradoras ARS para la administración del Régimen subsidiado, las cuales actualmente se presentan como EPSS. (Empresas promotoras de Salud Subsidiada) induciendo al subsidió de oferta por subsidio de la demanda, asignado a los municipios gran parte del control operativa del aseguramiento en salud.

Con la Ley 100 del 1993, se buscaba como objetivos enmarcados en la descentralización el gestionar la creación, la contratación y ampliación del régimen subsidiado en el cual participaban los departamentos y municipios, con la suscripción de contratos tripartitos para administrar los recursos del régimen subsidiado en salud, sustituyendo progresivamente los recursos de subsidios a la oferta, por recursos de subsidios a la demanda con una directa participación de los entes subnacionales, al igual que la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado.

A los departamentos y municipios se les otorgó propiedad sobre los hospitales públicos, y responsabilidad de coordinar la provisión de los servicios de salud dentro de sus respectivas jurisdicciones. Por su parte, los hospitales públicos fueron transformados en entidades “para estatales”, con mucha mayor autonomía de gestión, un directorio conformado por miembros profesionales e integrantes de la comunidad y capacidad de competir por recursos en el mercado de los proveedores de salud. En suma, estos fueron transformados en empresas públicas de carácter social, con patrimonio propio y posibilidad de operar en el marco de las leyes contractuales del sector privado.

Teniendo en cuenta lo anterior, se presume cambiar un sistema basado en la oferta, por uno basado en incentivos a la demanda a través de los contratos celebrados entre las EPSs y los proveedores de salud. Todo lo anterior sería complementado por la definición de un estándar mínimo de salud, la acreditación voluntaria de los hospitales y EPSs.

El estado continuó la normatividad especificando las competencias de cada ente al igual la especificidad de los recursos asignados, estos criterios se contemplaron en la Ley 715 del 2001, se

crea el sistema general de participaciones, definiendo las competencias en los ejes del sistema: dirección del sector salud, prestación de servicios, salud pública, aseguramiento, distribución de los recursos para la salud.

Colombia cuando inició el proceso de descentralización y el de ahora son distintos. Son indudables los avances en participación ciudadana, en cobertura de servicios, y en infraestructura básica.

Los objetivos de la descentralización, fueron:

- Transferir a los municipios las competencias de inversión y manejo del agua potable y saneamiento ambiental. Así mismo, se les da a las localidades la responsabilidad sobre la inversión en infraestructura y mantenimiento de hospitales y centros de salud.
- Implementar un nuevo modelo de salud que enfatiza la promoción y prevención, centrado en los municipios y liderado por los alcaldes.
- Redistribuir las competencias de distribución y prestación de los servicios de salud, antes todas en manos del Ministerio de Salud. Municipios ahora estarán a cargo del nivel I, mientras el Departamento del nivel II y III. El ministerio se encargará de la producción de políticas y normas sectoriales.
- Convertir los hospitales públicos en entidades autónomas, patrimonial y administrativamente (Empresas sociales del estado). Transformación Institucional.

La situación actual, comparada con la existente hace tres décadas, muestra un cambio significativo expresado en una estructura de gobierno en la cual el nivel nacional se especializa en la orientación y coordinación general; en el manejo macroeconómico y en la creación de condiciones para la provisión de bienes y servicios de impacto global; mientras que las entidades territoriales asumen la responsabilidad de garantizar la prestación de servicios públicos locales con especial énfasis en la educación y la salud. Se recupera de este modo un papel importante del nivel local y regional en el marco de las funciones públicas.

La descentralización en Colombia se ha caracterizado por su diseño integral, el cual comprende aspectos administrativos, políticos y fiscales. Así mismo, ha sido un proceso constante

de ajuste y progreso de los diferentes instrumentos en la perspectiva de garantizar los mejores resultados. El esquema de transferencias, ahora Sistema General de Participaciones, ha venido evolucionando con el fin de garantizar el adecuado cumplimiento de los objetivos previstos. En efecto, desde mediados de la década de los ochentas, cuando se expidió el primer paquete integral de medidas descentralistas, se han producido numerosas normas dirigidas a mejorarlo y complementarlo.

Competencia financiera

En Colombia, las cuentas de salud han tenido un desarrollo más o menos continuo durante los últimos ocho años, por medio de la subdirección de Salud del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y más recientemente del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) del Ministerio de la Protección Social (MPS), lo que ha permitido una consolidación gradual de la metodología adoptada y disponer de estimativos sobre gasto y financiamiento en salud para el periodo 1993-2003.

El país no fue la excepción en el manejo de cuentas específicas para la distribución del gasto en salud, de acuerdo con Lanzeby et al. (1992), las cuentas nacionales de salud constituyen un marco dentro del cual se cuantifican los tipos de servicios y fuentes de financiamiento del gasto en atención de salud. Así concebidas, las CNS (Sistema de Cuentas Nacionales) describen la estructura de distribución y financiamiento de los servicios de salud y proveen información esencial necesaria para la formulación de políticas de salud pública y para comparaciones internacionales. Constituyen una manera de organizar, tabular y presentar la información de gastos del sector salud (Berman & Cooper, 1996).

La transformación del Sistema Nacional en Salud creado desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: salud pública; los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y el Subsistema Privado de Servicios. En este sistema la acción del Estado estaba reducida a la inspección y vigilancia, coacción y educación sobre la higiene, el ambiente y sus vinculaciones con las principales enfermedades. La salud ocupó un espacio en las constituciones políticas de la época como "salubridad pública" en la actividad industrial y profesional y como "asistencia pública" a los incapacitados para trabajar.

El desarrollo de la Seguridad Social en Colombia ha estado marcado por una fuerte diferenciación entre el sistema que cubre a los trabajadores privados, denominado seguridad social y el sistema de los funcionarios públicos, denominado previsión social. De esta manera, el Instituto de Seguros Sociales se convirtió en la única institución que, a parte de la medicina privada, en forma monopólica, cubrió durante mucho tiempo a los afiliados del sector privado.

El sistema público de previsión social en Colombia se desarrolló en forma desarticulada con otras instituciones, sin mecanismos de solidaridad, en donde se combinaron entidades de buena y mala calidad en situación permanente de quiebra. Por otra parte, a las instituciones de seguridad y de previsión social se le sumaron históricamente las cajas de compensación familiar (creadas en 1950). Estas Cajas, fueron asumiendo funciones complementarias de seguridad social en salud.

Encontrando que esta estructura de financiamiento reflejaba el carácter incoherente y caótico del sistema. Cada subsistema tenía sus propios mecanismos de financiamiento, no obstante, el sistema resultaba excluyente e inequitativo en exceso. En el subsistema de seguridad social los mecanismos de financiamiento consistían en la cotización de aportes de trabajadores y patronos, en el caso del ISS y cotizaciones y aportes del presupuesto nacional (obligación patronal) en el caso de entidades de previsión social.

En la década del ochenta, los esmeros de la teoría económica empiezan a ejercer una marcada influencia en la concepción de los servicios de salud y en la atención de salud, se fue convirtiendo en la base fundamental de la formulación de políticas de salud, dándose así una tendencia a valorar la superioridad de los mecanismos del mercado, lo que con llevaba una redefinición del papel del Estado en su capacidad de intervención. Se optó entonces por sustituir, sobre todo en el área de los servicios públicos o semipúblicos, las normas, instituciones y mecanismos como la planificación, por mecanismos como la competencia, los precios y los incentivos, evidenciándose una marcada influencia del mercado.

Este predominio se reflejó en las reformas en América Latina, caracterizadas por procesos de ajuste y estabilización macroeconómica, mediante procesos de apertura de las economías, medidas de desregulación monetarias, financieras y cambiarias y de flexibilización del mercado laboral, orientadas a mejorar la competitividad y a darle una mayor vigencia al mercado como mecanismo para asegurar una mejor asignación de los recursos (Rodríguez Díaz, 2002). Estas

reformas permitieron optar por la eliminación del monopolio público de prestación de servicios de salud, incorporando, en mayor o menor medida, esquemas de competencia y mecanismos de mercado y de precios, con el propósito de aumentar la cobertura y mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios.

Durante la década de los 90's, tres procesos en particular modificaron sustancialmente en Colombia la estructura de su Sistema Nacional de Salud creado en 1975: primero llega la descentralización política y administrativa del país que tuvo un directo impacto sobre el sector salud (la Ley 10 de 1990 introdujo un nuevo arreglo de competencias y responsabilidades entre el nivel nacional y los entes territoriales). Se buscó fomentar las fuentes financieras del sector, reordenar su utilización a fin de priorizar el gasto en el primer nivel de atención. Sin embargo, no se alcanzaron grandes resultados.

Posteriormente la descentralización fiscal de la Ley 60 de 1993, donde los Municipios solo asumían la responsabilidad de nivel I de atención, para ello recibían transferencias fiscales (participaciones municipales) equivalentes al 5% de los ingresos corrientes de la Nación ICN. Por otro parte los departamentos asumen la competencia sobre los niveles I y II de atención, junto con las transferencias de recursos situado fiscal que equivale al 6% de los INC. Esta descentralización buscaba la generación de recursos nuevos para el sector, con una distribución equitativa a nivel territorial reforzando el I nivel de atención con el 43% de los recursos. Donde el municipio se encargaba de pagar los salarios y honorarios a médicos y enfermeras; otorgar subsidios a la población no cubierta; llevar a cabo inversiones en infraestructura y vacunación; además de programas de nutrición infantil y de tercera edad.

Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 60 de 1993, las fuentes de estas inversiones estaban asignadas por el Situado Fiscal, las cuales correspondían a un porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación cedidos a los departamentos, el Distrito Capital y los distritos Especiales. Estos debían distribuir estos recursos de la siguiente forma: 60% para educación, 20% para salud y el resto en cualquiera de estos sectores según las metas individuales de cobertura. Al menos la mitad de los recursos destinados a la salud debían ser transferidos al primer nivel de atención. La otra fuente de recursos para las entidades departamentales y distritales era la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación (transferencias).

Fortalecida por la nueva Constitución Política Nacional de 1991 y con la descentralización fiscal (Ley 60 de 1993) la Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud con la aprobación de la Ley 100/1993, se asignó una mayor responsabilidad de los entes territoriales (departamentos y municipios) en la prestación de los servicios de educación y salud, sino que hizo efectivo el mandato constitucional de garantizarles una mayor disponibilidad de recursos.

Esta ley intentó superar las limitaciones enfrentadas con la Ley 10 de 1990, representaba la continuidad de un esquema de subsidios la oferta. Al igual teniendo en cuenta que la Ley 60 de 1993, tropezó con dificultades en su desarrollo, no sólo por su diferencia de enfoque con respecto a la Ley 100, sino por la falta de una delimitación más precisa de competencias entre la nación y los entes territoriales en materia de acciones de la salud pública y una aplicación confusa y redundante de recursos (por ejemplo entre acciones individuales y colectivas), que fue objeto de críticas al desvirtuarse los principios de complementariedad y subsidiaridad que explícitamente se señalaron en la Ley 100, a través de estas acciones en el área de la salud pública.

La financiación que se estableció con la ley 100 al sector salud, menciona: recursos de la Cajas de Compensación Familiar, los recursos del Fondo del Seguro de Accidentes de Tránsito (FONSAT), creado por el decreto Ley 1032 de 1991, los recursos de impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras de los campos de Cusiana y Cupiagua, recursos del impuesto de valor agregado (IVA) social, destinados a la ampliación de cobertura de los grupos de madres comunitarias, porcentaje que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) para financiar las actividades de promoción y prevención en salud.

Con la ley 100 se incorporó los principios que hasta entonces resultaban muy innovadores en el contexto de América Latina: seguro social, equidad, competencia y libre elección además de los contemplados en el artículo que son eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Con el Sistema General de Seguridad Social, el cual tiene sistemas independientes con distintos modos de financiación, de organización y de oferta de los servicios, en un sistema único y universal en su aplicación. Este sistema está formado por una organización mixta constituida por dos regímenes: contributivo y el subsidiado, con iguales prestaciones de salud que deberían integrarse en su funcionamiento y tendrían una coordinación nacional y canales financieros de

solidaridad. En tanto es necesario señalar la existencia, si bien de carácter provisional, de un tercer régimen, el de la población vinculados el cual debía ser transitorio.

El régimen contributivo está destinado a quienes tiene capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, encargados de promover y efectuar el aseguramiento de toda la población según lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud (POS), a cambio de una contribución por cápita y la prestación de los servicios de salud a sus contribuyentes, utilizando para ello sus propios medios o acuerdos con entidades prestadoras.

Básicamente este régimen está basado en el esquema del viejo Instituto de Seguros Sociales para trabajadores del sector privado, se caracteriza por: acabar con el monopolio del Instituto de los Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir con empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso con otras empresas públicas o mixtas (EPS); determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de pago por capitación (UPC)); creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes del 12.% de las nóminas y reconoce a cada administradora 0,25 del valor de la UPC por cada beneficiario mes.

El régimen subsidiado tiene como finalidad esencial, organizar y garantizar la cobertura con servicios de salud a la población colombiana definida como "pobre" sin capacidad de pago, mediante la utilización de subsidios, totales o parciales por parte del Estado. Este régimen, se estructura básicamente a través de las denominadas administradoras del régimen subsidiado ARS, entidades encargadas de organizar y garantizar la prestación de servicios a la población cubierta por este régimen, el cual se reconoce según UPC.

El tercer grupo es el denominado vinculados transitorios está destinado a aquellas personas pobres que temporalmente y por diversos motivos no se han afiliado al sistema, y su atención en salud la debe garantizar el Estado.

Es por esto, que se contempló el FOSYGA (Fondo de Seguridad y Garantía) una nueva fuente financiera, creada a fin de canalizar los recursos provenientes del incremento de la carga fiscal derivada de las nuevas contribuciones hacia la atención en salud de los grupos más pobres y vulnerables, constituyéndose, como uno de los principales instrumentos financiadores del sistema,

mediante el cual opera el vínculo de solidaridad entre los regímenes contributivo, subsidiado y vinculados.

Este fondo se manejó como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, por medio de encargo fiduciario de acuerdo con las determinaciones que sobre la utilización y distribución de sus recursos imparte el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Encontrándose conformado por cuatro cuentas: a) De compensación interna del régimen contributivo; b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud; c) De promoción de la salud; d) De seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

Posteriormente se continuo buscando fórmulas y políticas para el desempeño del sector salud y es por medio de la Ley 715 del 2001, donde los municipios deben dirigir y coordinar el sector y administrar los recursos del SGP (Sistema General de Participaciones) en su jurisdicción a través de la formulación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos de salud en consonancia con las políticas departamentales y nacionales; gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación para salud del municipio y administrar los del Fondo Local de Salud; financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de los más pobres y ejecutar de manera eficiente los recursos destinados para este objetivo; y promover la afiliación al Régimen Contributivo del SGP en su localidad.

La ampliación de cobertura a la población pobre, a través de subsidios a la demanda realizados con recursos propios de cada entidad territorial, se financia mediante ingresos corrientes de libre destinación cuando se garantice su continuidad por lo menos durante 5 años. Esta ampliación también se puede financiar con recursos del FOSYGA, la distribución de los recursos de la participación, para prestar el servicio de salud a la población pobre no cubiertos con subsidios a la demanda (los llamados vinculados), se realiza con los recursos del SGP en salud, restando lo destinado a los subsidios a la demanda y a la salud pública. Evidenciándose que la ampliación de cobertura a cargo ingresos corrientes de libre destinación y garantizando su continuidad por lo menos durante 5 años, no arrojó los resultados esperados.

Paralelo a la transformación del sistema de salud, llegó una etapa de negociaciones financieras y de dar prioridad al orden público en las relaciones entre Nación y gobiernos regionales. El gobierno nacional utilizó buena parte de los proyectos regionales para negociar con

el Congreso las reformas necesarias. Así los representantes de las regiones se mostraban descentralistas en su tierra.

En los últimos años la reforma del Sistema Nacional de Regalías, que busca aumentar la equidad territorial al distribuir los recursos por todo el país y no solo en las regiones productoras. Hasta el momento el complejo diseño ha limitado la ejecución de los recursos, sin embargo, actualmente se trata de garantizar la distribución equitativa en todo el territorio nacional.

En el proceso de descentralización que ha tenido cambios en su financiación, en el transcurso de los años, no hay evidencias contundentes en ningún sentido, pero podría pensarse que la corrupción se reproduce en todos los niveles y que las medidas tomadas no han sido suficientes. Es claro que se necesitan mayores controles allí donde se manejan recursos.

Competencias culturales e institucionales

1973-1975. Implementación legal y reglamentación de la centralización en el Ministerio de Salud. Se observó una nula injerencia de los entes territoriales de nivel departamental y municipal, en la dirección u operación. Con los Decretos 65 y 350 de 1975, los hospitales operaban sin autonomía administrativa alguna, dependían enteramente del Ministerio, con inadecuado manejo de los recursos, los cuales se concentraban en el 50% de los subsidios en estratos no pobres y el 80% del gasto en niveles II y III, fomentando mayor inequidad en un país, de por sí muy desigual.

En este periodo la regulación o rectoría del sistema está a cargo del Ministerio de Salud y los Servicios Seccionales de Salud, siendo un sistema de salud vertical, en sus inicios operan como un Sistema de beneficencia y operan los Seguros Sociales.

Camino hacia la descentralización:

Ley 10 de 1990 y 60 de 1993. Por medio de las cuales se transfieren recursos y competencias a los órdenes territoriales, además, dan funciones de direccionamiento y control al Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud. A los municipios les corresponde hacerse cargo del primer nivel de atención, para lo cual cuentan con transferencias fiscales. Departamentos se encargan del nivel II y II.

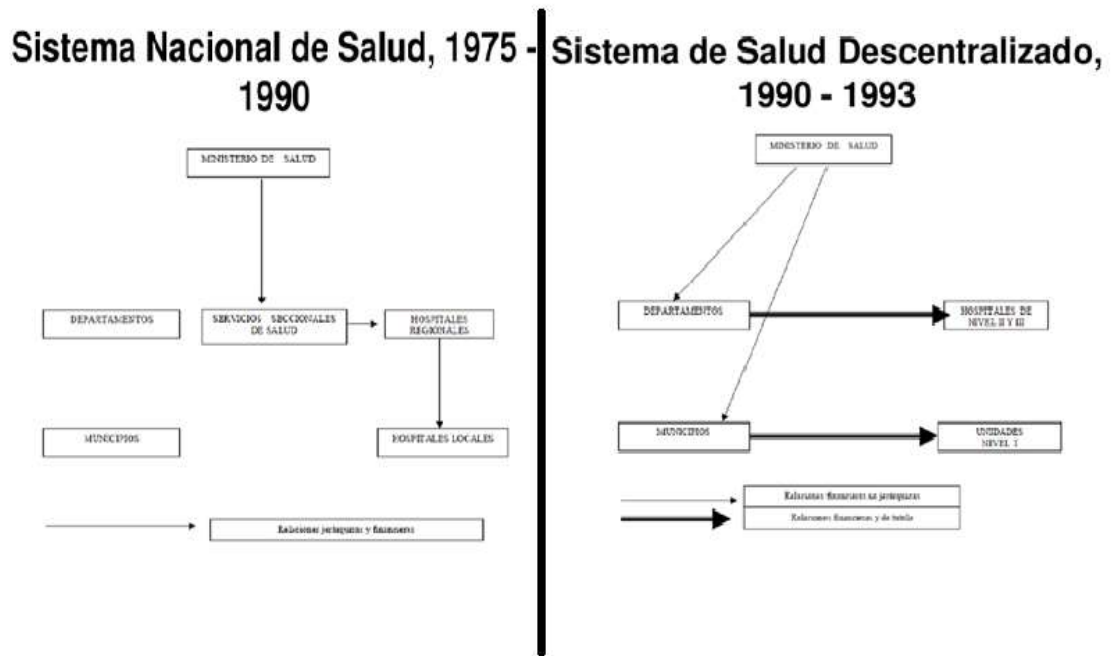
En términos generales, la descentralización genera más recursos para el sector de la salud, enfatizando sobre una distribución equitativa de los recursos y dando prioridad al nivel I. Estos son los primeros pasos hacia una mayor autonomía hospitalaria.

Ley 60 de 1993, define en el Artículo 30 la focalización de los servicios sociales como el proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobre y vulnerable, para esto el COMPES Social, definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de Beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales.

Con la Reforma de Ley 100 de 1993; se crea FOSYGA, EPS y ARS's como nuevas aseguradoras, hoy EPS del régimen subsidiado. introduce una nueva estrategia de mercado: sustitución de subsidios de oferta por subsidios de demanda, asigna a los municipios el control operativo sobre el aseguramiento en salud, integración vertical, ruptura manejo territorial. Conservación negocios rentables como medicamentos.

Dentro de objetivos de la descentralización, se definió: convertir los hospitales públicos en entidades autónomas, patrimonial y administrativamente (Empresas sociales del estado). Transformación Institucional. Configurándose como el cambio más representativo para Colombia durante el proceso de cambio (de centralización a descentralización). Las demás reformas de importancia, corresponden en su mayoría a alteraciones de la ley y redistribución de presupuesto.

Figura 1. Sistema Nacional de Salud



Fuente: Ministerio de Salud, Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud.

Se precisaron las características de la Empresas Sociales del Estado: personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio propio, sometidas a un régimen jurídico especial (régimen de contratación privada) y la posibilidad de mejorar los procesos de infraestructura (edificios, biotecnología).

Según el Ministerio de Salud, en el programa de mejoramiento de servicios de salud, los hospitales que se convirtieron en Empresas Sociales del Estado en el año 1999, fue:

Tabla 1. Hospitales Convertidos en ESE 1999.

<i>Nivel de complejidad</i>	Hospitales	ESE	Participación
<i>I</i>	507	337	66%
<i>II</i>	125	120	96%
<i>III</i>	28	23	82%

Fuente: Ministerio de Salud, Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud.

El cambio en la operación de las instituciones en el País, a partir de la descentralización se ha caracterizado por presentar constantes ajustes en las competencias de acuerdo a la asignación de los recursos, ahora Sistema General de Participaciones, ha venido evolucionando con el fin de garantizar el adecuado cumplimiento de los objetivos. Aunque es evidente el debilitamiento de las instituciones públicas y el fortalecimiento de las instituciones privadas o intermediarias.

Percepción de los actores de Sistema General de Seguridad Social en Salud, acerca de la descentralización.

Para el presente análisis, no solo se quiso mencionar como se surtió el proceso de descentralización y su alcance en la asignación de competencias a cada uno de las instituciones que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud, también se incluyó el metodología de entrevista presentándose el análisis de cada uno de los entrevistados, teniendo en cuenta su rol dentro del sistema y los efectos de la descentralización, iniciando con el ente rector el Ministerio de salud y Protección Social, entrevistando a Ex Ministro, a nivel Municipal se entrevistó a las Secretarías de Salud Local y a nivel institucional en Empresa Sociales de Estado de I Nivel, se entrevistó jefe de enfermería, a continuación de presenta el análisis producto de las entrevistas realizadas:

Desde el Ente Rector

- Se concebía la descentralización en salud de acuerdo a los cambios gubernamentales que se surtían en el país, teniendo en cuenta las elecciones de alcaldes municipales democráticamente, pero fue con la llegada de la Ley 100 de 1993, la cual estipuló la organización política administrativa del sector salud en el país, de esta se desprende un cambio trascendental en el manejo y administración de recursos, para el entrevistado quien estuvo como ente rector del Ministerio de Salud, la descentralización se requería en el sistema de salud Colombiano.
- Frente al interrogante del propósito que se buscaba con la descentralización en salud en Colombia, la perspectiva del entrevistado, es que el alcance es parcial, si bien es cierto,

se asignaron competencias al nivel nacional, departamental y municipal, estos no estaban preparados técnicamente para ejercer las competencias administrativas, técnicas y manejo de recursos.

- En relación a las ambigüedades en la asignación de competencias, se ha observado que si existe contradicciones en varios ámbitos como: en los entes Territoriales a nivel departamental y municipal, y escala en la normatividad teniendo en cuenta que la Ley 60 del 1993, expedida por el mismo Congreso de la República, y se expide seis meses después la Ley 100 de 1993, son dos leyes, que eran contradictorias, entonces se inicia un gran proceso de transformación del sector salud, y posteriormente con la Ley 715 del 2001, con la cual se aumentaron las contradicciones respecto a la asignación de competencias y recursos, donde se debía fortalecer las entidades territoriales y municipales.

- Las principales debilidades de los procesos de descentralización en los municipios, radicaron en el tema de las capacidades locales y la falta de claridad en la rectoría y gobernabilidad, entre el nivel nacional y las entidades territoriales y hasta donde se va delegar esas funciones: dirección, supervisión, inspección y control.

- En la reorganización administrativa no se tuvo en cuenta las características poblacionales, geográficas de cada Municipio, los criterios a tener en cuenta fue su categorización fiscal según Ministerio de Hacienda, distritos especiales, municipios de 1, 2, 3, 4,5 y 6, pero estos no dan respuesta para determinar la capacidad de asumir la administración de salud pública de APS, en los municipios, siendo uno de los pilares de sistema de salud del Municipio.

- De acuerdo a los grandes cambios administrativos y financieros que tuvo el sistema de salud de Colombia en los últimos años, con el proceso de descentralización, no se han realizado evaluaciones de la gestión de este proceso con cada uno de los actores del sistema como aseguradores, entidades de vigilancia y control, agremiaciones, Ministerio, Congreso de la República la misma Corte Constitucional este tema no lo toca, en las sentencias se encuentra el derecho a la salud, pero este tema no se menciona, con llevando a la pérdida de credibilidad de la población al sector salud, por esto se debe cambiar el modelo de atención en salud.

Desde el Ente Municipal

- Desde la perspectiva de la Secretaria Local del Municipio de Puente Nacional del Departamento de Santander, se puede evidenciar que los Municipios tienen asignadas competencias que no son coherentes con la asignación de recursos financieros y el manejo de estos.
- Encontrando limitaciones para contratación de recurso humano idóneo para el manejo integral municipal, al igual que para la prestación de servicios con una cobertura adecuada a Población pobre no asegurada.
- Básicamente se puede leer en el sistema que los Municipios pasaron de ser entes rectores en su localidad, a administradores de pocos recursos, pero con más necesidades en la calidad en prestación de servicios, política de salud pública, sin respaldo administrativo para la ejecución de funciones de las Secretarías Locales.
- Continúa la falta de control y vigilancia a la gestión y disponibilidad de las EPS, por parte del Estado, en la prestación de servicios a sus usuarios, repercutiendo en las autoridades Municipales las cuales no tienen recursos propios y autonomía para sancionar las EPS o aseguradoras.
- No se cumplió el proceso de descentralización de acuerdo al propósito de la Constitución, como quiera, que no fue un proceso técnico administrativo, se puede concluir que fue un proceso administrativo donde se asignaron competencias, pero financieramente se limitaron los recursos para autonomía del Municipio, y se no se dado la importancia de garantizar las herramientas técnicas para el manejo del Sistema de Seguridad Social en salud de cada Municipio, con la falta de acompañamiento y asistencia técnica, al personal de cada Local, desde el Departamento o Ministerio de Salud.
- Queda un gran interrogante a la gestión de los entes Departamentales frente a la disponibilidad técnica que se debe garantizar a los Municipios asignados.
- Se puede concluir que paso todo lo contrario, se disminuyó el manejo de los recursos a los Municipios considerablemente, aunque según nos ha demostrado la historia el Estado tuvo que asumir el pago directo a las EPS, ya que la corrupción y desviación de recursos en algunos municipios, requirieron una intervención del Estado, sin embargo si analizamos las consecuencias de esta intervención, es que los Municipios no tienen recursos propios por ende no se observa gestión en las necesidades de la población de cada

Municipio.

- La percepción de la Secretaría Municipal es que las competencias se centralizaron aún más en el ente Departamental y el Nacional.
- Desde la competencia de la Secretaria Municipal, si se han encuentran ambigüedades y contradicciones, ya que el Municipio se siente no como autoridad en salud de su Municipio, sino como una extensión del ente Departamental, el cual ha sido ausente frente al acompañamiento técnico que debe realizar.
- Se concluye una situación que es reiterativa en nuestro país, y es la queja diaria de todas las localidades, el Estado emite políticas, normas, lineamientos los cuales contienen pilares esenciales para mejorar la calidad del sistema de salud, sin embargo, no tiene un diagnostico poblacional que permita identificar y realizar excepciones que son típicas de nuestras regiones, departamentos, municipio y sector rural, limitando las acciones prioritarias para cada localidad.
- La percepción de las secretarías es que estas no cuentan con las capacidades administrativas por deficiencias en talento humano e idóneo para las funciones de estas, en cuento a la capacidad financiera estas son totalmente limitadas y las técnicas han estado debilitadas por la falta de asistencia técnica y acompañamiento continuo que debe realizar el Departamento y el Ministerio.
- Aunque con la Ley 715 de 2001, se estipulaba que para los Municipio de 5 y 6 categoría las actividades de IVC iban a estar cargo del Departamento, esto se cumple parcialmente, ya que el Departamento asigna el personal para esta función, este no tiene la disponibilidad inmediata, porque está asignado a varios Municipios por provincia, los viáticos de transporte los debe garantizar el Municipio, recursos que no se encuentran asignados, sino por el contrario el Municipio de disponerlos de recursos propios, con llevándonos a un interrogante sobre los recursos y la gestión de estos en los entes Departamentales.
- La sobrecarga de las Direcciones Municipales, están absorbiendo las atenciones de usuarios que deben hacer propiamente cada asegurador con su población, con el fin de que los secretarios se dediquen a su gestión propia del cargo y emitir políticas en salud.
- Se puede concluir que los Municipios de nuestros territorios se encuentran solos, en su desarrollo de competencias, ya que el acompañamiento Departamental es insuficiente

frente a los interrogantes del Municipio al igual el Ministerio debe fortalecer, socializar como puede accederse a asistencia técnica, y no que quede solo en auditorias esporádicas y reporte de indicadores de gestión que no van más allá de la retroalimentación y acompañamiento en la administración del Sistema de Salud de un Municipio.

- Este análisis abre la puerta para otros estudios frente a la gestión, competencia y destinación de actividades de asistencia técnica de los entes Departamentales, frente a sus Municipios, y si estas acciones tienen respaldo de asignación de recursos, teniendo en cuenta las auditorias integrales que la Superintendencia Nacional de Salud realiza a estas secretarías.

Desde la Empresa Social del Estado - Hospital Municipal

- La perspectiva de la entrevistada la cual se ha desempeñado como jefe de enfermería del hospital, del municipio de Puente Nacional, antes y después del proceso de descentralización del Municipio, es negativa frente al proceso surtido y el impacto que tuvo el hospital al transformarse como Empresa Social del Estado, donde se disminuyó su capacidad instalada, los servicios habilitados por ser solo primer nivel, según de red de provincia.

- Frente a la auto sostenibilidad que deben garantizar las ESE, el manejo político que se le ha permitido a las EPS, ha conllevado a la falta de recursos por la prestación de servicios de salud, siendo las directamente responsables del déficit de las ESE.

- La entrevistada manifiesta la grave situación que se vive actualmente el sector rural, del municipio por las condiciones geográficas, la poca demanda inducida, programas de salud pública y la gestión de las EPS ante su población, y solo se ha limitado a las actividades que se realizan del desde Plan de Intervenciones Colectivas que realiza la Secretaría de Salud Pública y el hospital.

Conclusiones:

- El proceso de descentralización se debía surtir en el país de acuerdo a la transformación del nivel central, departamental y municipal en el ámbito político administrativo, concibiéndose la descentralización para el sector salud con la Ley 10 de

1990 la cual estableció el proceso, y con aprobándose con la Constitución Política del 1991, pero es con la Ley 60 en 1993, donde se estipularon las reglas para la descentralización en educación, salud y saneamiento, sin embargo los cambios fundamentales se estipularon con la Ley 100 de 1993, transformando las entidades como descentralizadas y abriendo la puerta al sistema de salud al sector privado, mediante la función de aseguradores a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y requiriendo la auto sostenibilidad de Empresas Sociales del Estado o Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), sin embargo los resultados actuales reflejan en algunos actores del sector salud, el evidente riesgo financiero y deficiencia en la prestación de servicios de salud.

- Con la descentralización del sector salud se quiso dar competencias a nivel vertical a los entes territoriales departamentales y municipales, pero en este proceso no se tuvo en cuenta criterios claves como: se asignaron las mismas competencias a los municipios independientemente de su categoría, se asignaron competencias a departamentos y municipios no preparados técnicamente para ejercer sus funciones, se fragmento la atención en salud de la población en entidades aseguradoras y prestadoras IPS, no bajo el principio de integralidad, falta de control y vigilancia de ente Superintendencia Nacional de Salud, manejo político corrupto en departamentos y municipios, por debilidades en la intervención de entidades como Superintendencia Nacional de Salud, Procuraduría General de la Nación y Contraloría General de la Nación, estos factores han conllevando a intervención y liquidación a entidades, y afectación en la atención de la población.

- Se esperaba que la descentralización mejorara la calidad de vida y estado de salud de la población, garantizando la accesibilidad, oportunidad, integralidad y calidad de los servicios, sin embargo después de 20 años no se puede visibilizar resultados satisfactorios en la población, al contrario actualmente el sistema de salud colombiano se encuentra en crisis por la falta de seguimiento a los aseguradores y prestadores de servicios de salud, como quiera que los municipios y hasta los departamentos no tienen competencias claras para vigilar en cada territorio, adicionalmente los resultados en mortalidad materna, infantil, esquema completo de esquema de vacunación en menores de cinco años y transmisión vertical de VIH, todavía no se ha logrado llegar a resultados óptimos que midan

el impacto en disminuir los riesgos en salud.

- Las competencias asignadas a los municipios y departamentos de acuerdo a la percepción que tiene los entrevistados no fueron coherentes frente a la asignación de recursos según Ley 715 de 2001, recortando recursos para su funcionamiento, evidenciándose en falta de recurso humano idóneo, debilidades en las acciones que se deben realizar desde salud pública, no autoridad sanitaria, política APS (atención primaria en salud), y falta de asistencia técnica a red de prestadores de servicios de salud del territorio.
- Con la descentralización se distribuyó la red de prestadores en cada territorio, en los niveles de complejidad I, II y III, no permitiendo garantizar a la población la accesibilidad oportuna según la demanda, ya que no se tuvo en cuenta la georreferenciación, zonas rurales dispersas, capacidad instalada que tienen los hospitales y oferta de especialidades, dificultado el proceso de referencia y contrareferencia.
- Siendo la descentralización el proceso más importante en los últimos años en el sector salud, preocupa que, desde el Ministerio de Salud y Protección Social, no se tenga resultados cualitativos y cuantitativos de este proceso y seguimiento en los departamentos y municipios frente a las competencias asignadas.
- En los municipios la descentralización en salud, originó cambios que mejoraron las condiciones de vida de la población y otros que no fueron los esperados, entre los cambios que impactaron las competencias del ente local, fue la disminución de los recursos a la población vinculada, la cual con la Ley 715 de 2001, tuvo un recorte representativo, ya que la meta del Estado es cobertura del 100% a la población vulnerable al régimen subsidiado, meta que no se ha podido cumplir ya que cada vez más existe población vulnerable por las condiciones políticas y sociales de nuestro país, con llevando a asumir parte de los costos de los servicios de salud a las Empresas Sociales del Estado.
- Es evidente que con la descentralización se buscó fortalecer la red de prestadores

de servicios según los niveles de complejidad habilitados, observándose que en hospitales de primer nivel, según habilitación de servicios básicos, se disminuyó la capacidad instalada, no teniendo en cuenta la ubicación geográfica y su área de influencia, infraestructura y recursos físicos, acarreado la no utilización de la infraestructura de las ESE, las cuales en algunos casos están subutilizadas y deteriorándose progresivamente.

- La conformación de redes en algunos territorios, no tuvo en cuenta la ubicación geográfica como consecuencia la población tienen que desplazarse a la ESE (nivel II) de la Regional, que no se encuentran ubicadas en vías nacionales sino intermedias, con llevando aumento en distancia a ESE (nivel III) de alta complejidad.

- Los avances importantes para garantizar el estado de salud de la población, fue la implementación y fortalecimiento de la salud pública como política, de acuerdo a las dimensiones identificadas del municipio, interviniendo a la población de riesgo, y al joven en educación en estilos de vida saludable, permitiendo al municipio monitorear los indicadores que son objetivos del milenio (ODM) y las metas del plan decenal, sin embargo, a la fecha los resultados de estos no son los esperados por la falta de personal idóneo para la ejecución de estas actividades.

- Según los resultados de este análisis, se hace imperativo la presencia del estado y el departamento mediante asistencia técnica con el municipio, con el fin de incluir como políticas, programas y proyectos encaminados a la protección y atención integral en salud a la primera infancia, infancia y salud materna, como quiera que el acceso a los servicios se deben fortalecerse mediante la atención primaria en salud, teniendo en cuenta las características de la población del municipio y mejorar el estado de salud.

- Este análisis pretende llamar la atención de los actores del sector salud, con el fin de que se realicen acciones y estrategias desde los niveles gubernamentales departamentales y locales, para fortalecer la capacidad técnica, mejorar la atención primaria en salud, incentivar un modelo de atención integral de salud, mejorar el acceso a los servicios, de forma oportuna, eficaz y con calidad, con la reorganización de los servicios

y de las acciones de salud pública con enfoque de caracterización de territorios.

Bibliografía

- Aguilar Idañez, M. J. & AnderEgg, E. (1994). *Evaluación de Servicios y Programas de Salud*. Lumen Humanitas.
https://ayudacontextos.files.wordpress.com/2018/04/libro_eval_book.pdf
- Anda C. 1997. *Administración y calidad*. Editorial Limusa.
- Ander Egg, E. (1993). *Metodología y Practica del Desarrollo de la Comunidad*. Lumen Hvmanitas,
- Ander Egg, E. (1996). *Como Elaborar un Proyecto* (13 Edición). Lumen Hvmanitas.
- Arévalo, C. J. (2002). *Diseño de Proyectos de Investigación y Acción*. CEISEP.
- Barberena Nisimblat, V. (2013). *Descentralización en Colombia: 25 años preparando el territorio para la paz*. Razón Pública. <https://razonpublica.com/descentralizacion-en-colombia-25-anos-preparando-el-territorio-para-la-paz/>
- Barón Leguizamón, G. (2007). Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003. Composición y tendencias. *Revista de Salud Pública*, 9(2), 167-179.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n2/v9n2a02.pdf>
- Briones, G. (1980). *La Formulación de Problemas de Investigación Social*. Universidad de los Andes.
- Camacho Montoya, M. (2001). *Dirija su Hospital*. Centro de Gestión Hospitalario.
- Camacho Montoya, M. (2002). *Presupuesto y Costos en Instituciones de Salud*. Centro de Gestión Hospitalario.
- Cardona, J. (2002). Documento de Trabajo Modulo Organización y Desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Salud, Primer Semestre, Especialización Alta Gerencia del Sistema

General de Seguridad Social en Salud. Escuela de Administración de Administración Pública, ESAP.

Carvajal Burbano, A. (1997). *Diagnostico y Plan de Desarrollo participativo*. Universidad del Valle.

Cifuentes Noyes, A., Correa Henao, N. R., González, J. I., González Salas, E. A., Jaramillo Pérez, I., León Moncayo, H., Ochoa, D., Restrepo, D. & Rojas, F. (1994). *Diez años de descentralización. Resultados y Perspectivas*. Editorial Kinte.

Colmenares, L. A. (2002). Documento de Trabajo Modulo Gerencia Financiera y Estatal del SGSSS, Segundo Semestre, Especialización Alta Gerencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Escuela de Administración de Administración Pública, ESAP.

Comisión Económica para América y el Caribe [CEPAL]. (2011). *Descentralización de servicios esenciales. Los casos de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México en salud, educación, residuos, seguridad y fomento*. Naciones Unidas CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3835-descentralizacion-servicios-esenciales-casos-brasil-chile-colombia-costa-rica>

Constitución Política de Colombia [C.P.]. (1991). Secretaría de Senado. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Cope Robert, G. (1991). *El Plan Estratégico. Haga que la Gente Participe*. Legis.

Decreto 056 de 2015. *Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT y las condiciones de cobertura. Reconocimiento y pago de los servicios de salud. indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito. eventos catastróficos de origen natural. eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del FOSYGA y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT*. (26 de enero de 2016). <https://ahc.org.co/wp-content/uploads/2017/08/DECRETO-No-056-DE-2015-MINSALUD-FUNCIONAMIENTO-SUBCUENTA-ECAT-FOSYGA.pdf>

Decreto 77 de 1987. *Por el cual se expide el estatuto de descentralización en beneficio de los municipios.* (15 de enero de 1987).

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3455>

Decreto 350 de 2013. *Por el cual se establece la estructura de la Dirección Nacional de Bomberos, se determina las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones.* (04 de marzo de 2013).

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52140>

Gómez de Moreno, G. & Moreno García, J. (1999). *El Abogado de la Seguridad Social*. Editorial Planeta.

Harrington H. (1997). *Administración total del mejoramiento continuo, la nueva generación*. Editorial McGraw Hill.

Helena Linero, M. (2011). *Presentación Descentralización en Colombia*. [Slideshare]. Universidad Popular del Cesar. <https://es.slideshare.net/marlinero/descentralizacin-en-colombia>

Heller, Robert, (1998). *El Arte de Gestionar los Cambios*. Biblioteca Esencial del Ejecutivo, Grijalbo, 1998.

Ishikawa, K. 1988. *¿Qué es el control total de calidad?; la modalidad japonesa*. Editorial Norma. Bogotá.

Kotler, P. (2001). *Dirección del Marketing*. Edición Milenio.

Lasso, F. (2004). *Incidencia del gasto público social sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza*. Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD). https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/eventos/archivos/IncidenciadelGPS_0.pdf

Lautier, B. (2005). *Las condiciones políticas de la universalización de la protección social en América Latina*. IEDES, Universidad de Paris I.

Legis (2001). *Cartilla de Seguridad Social y Pensiones*. Legis.

Lerma, H. D. (1999). *Metodología de la Investigación*. Universidad Tecnológica de Pereira.

Ley 10 de 1990. *Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.* (10 de enero de 1990).
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf

Ley 100 de 1993. *Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.* (23 de diciembre de 1993). Diario Oficial No. 41.148.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Ley 60 de 1993. *Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.* (12 de agosto de 1993).
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200060%20DE%201993.pdf

Ley 715 de 2001. *Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.* (21 de diciembre de 2001).
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf

López, V L. (2021, 03 de junio). *Seguridad social: Desarrollo a través del tiempo.* Universidad de Antioquia.
http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/24888/mod_resource/content/0/La_seguridad_social_a_traves_del_tiempo_1_.pdf

MacGraw Hill. (1998). *Serie Servicio al Cliente.* (Tomos 1, 2, 3 y 4). MacGraw Hill.

Mateus C. L. (2002). *Modulo de Investigación Social II.* Escuela Superior de Administración Pública ESAP.

Ministerio de Economía y Finanzas de Perú. (2002). *Procesos de descentralización en Latinoamérica: Colombia, México, Perú y Chile.* Dirección General de Asuntos

Económicos y Sociales, Ministerio de Economía y Finanzas de Perú.
<https://www.bivica.org/file/view/id/3075>

Ministerio de Salud (1995). *Cartilla Como Organizar el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud*. Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (1997). *Cartilla el a b c del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud*. Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (1998). *Cartilla el Componente de Salud en el Programa de Gobierno Municipal*. Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2001). *Cartilla el Componente de Salud en el Programa de Gobierno Municipal*. Ministerio de Salud.

Molina Lozano, J. (2002). Documento de Trabajo Modulo Mejoramiento continuo de la Calidad en el SGSSS, Segundo Semestre, Especialización Alta Gerencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Escuela de Administración de Administración Pública, ESAP.

Norma Técnica Colombiana [ICONTEC]. (2021, 03 de junio). *Antecedentes en Colombia*. Norma Técnica Colombiana ICONTEC. <https://acreditacionensalud.org.co/antecedentes-en-colombia/>

Pening Gaviria, J. P. (2003). Evaluación del proceso de descentralización en Colombia. *Revista Economía y Desarrollo*, 2(1), 124.
http://atlasflacma.weebly.com/uploads/5/0/5/0/5050016/evaluacion_de_la_descentralizac_in_en_colombia.pdf

Pening Gaviria, Jean Phillipe (2003). Evaluación del proceso de descentralización en Colombia. *Revista Economía y Desarrollo*, 2(1). 124-149.
http://atlasflacma.weebly.com/uploads/5/0/5/0/5050016/evaluacion_de_la_descentralizac_in_en_colombia.pdf

Plan Local De Salud Secretaria Local de Salud, Alcaldía Municipal, 2000.

Presentación La descentralización de los Servicios en Colombia - Enrique Peñaloza Quintero – Universidad Javeriana.

Presentación La descentralización de los Servicios en Colombia — Universidad Javeriana.

Puente Nacional (2001). *Plan de Desarrollo. Puente Nacional Compromiso de Todos, 2001 – 2003*. Alcaldía Municipal de Puente Nacional.

Réinales Londoño, J. & Castro Díaz, J. A. (2002). Documento de Trabajo Modulo Diagnostico en Salud, Primer Semestre, Especialización Alta Gerencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Escuela de Administración de Administración Pública, ESAP.

Restrepo, D. I. (1992). *Descentralización y neoliberalismo*. Fondo Editorial CEIR Realidad Municipal.

Restrepo, D. I. (2002). *El Futuro de la descentralización en Colombia*. Ponencia presentada en el IV Encuentro Colombia Hacia la Paz: El Futuro de la Descentralización: Experiencias de Quince Años y Pers-pectivas. Ginebra, Suiza: 7 a 9 de febrero.

Restrepo, Darío I. (1992). *Descentralización y neoliberalismo*. Fondo Editorial CEIR Realidad Municipal.

Restrepo, Darío I. (2002). *El Futuro de la descentralización en Colombia*. Ponencia presentada en el IV Encuentro Colombia Hacia la Paz: El Futuro de la Descentralización: Experiencias de Quince Años y Pers-pectivas. Ginebra, Suiza: 7 a 9 de febrero.

Rodríguez Díaz, (2002). *Documento de Trabajo Modulo Gerencia Pública del SGSSS y Evaluación de la Gestión, Segundo Semestre, Especialización Alta Gerencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Escuela de Administración de Administración Pública, ESAP.

Rodríguez Mesa, R. (1999). *La Seguridad Social en Colombia*. Legis.

Rodríguez Pazarro, A. N. (1997). *Guía para la Elaboración de Proyectos de Investigación Social*. Universidad del Valle.

Sabino, C. A. (1985). *El Proceso de la Investigación*. El Cid.

Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (Sexta Edición). Mc Graw Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Sánchez Torres, F. J. (2006). *Descentralización y progreso en el acceso a los servicios sociales de educación, salud y agua y alcantarillado*. Universidad de los Andes. <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/7995>

Thornton, P. B. (1992). *Lecciones Gerenciales*. Fondo Editorial Legis.

Vergara, C. H. (2005). *Antecedentes de la Protección Social en Colombia*. Iniciativa de Formación en Gerencia Social para la Protección Social.

Invitados a entrevista:

- Ex Ministro de Salud. Dr. Augusto Galán Sarmiento, médico cardiólogo, de la Escuela Colombiana de Medicina, magister en Administración pública de la Escuela de Gobierno John F. Kennedy de Harvard. Estudios complementarios en economía de la Salud, de la Universidad del Rosario. Se ha desempeñado como Ministro de Salud y embajador de Colombia ante la UNESCO, dirigente gremial de entidades aseguradoras en salud y de entidades hospitalarias. Consultor del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. Asesor de diversos agentes del Sistema de Seguridad Social en Salud. Extenso ejercicio de la cardiología. Amplia experiencia en el diseño, implementación y administración de políticas públicas de salud y seguridad social. }
- Ex Secretarías de Salud Local Erika Rojas, Yubely Peña (profesionales del área de la salud) del Municipio de Puente Nacional (Santander), en las vigencias.....
- Jefe de enfermería Blanca Mendoza de la ESE Hospital San Antonio del Municipio de Puente Nacional (Santander).