

CONTROL FISCAL, GOBERNABILIDAD, GESTIÓN Y POLÍTICA PÚBLICA



:

Generación de confianza y transparencia en la administración de lo público

POLÍTICA DE SALUD

CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA
Santiago de Cali

CONTROL FISCAL, GOBERNABILIDAD, GESTIÓN Y
POLÍTICA PÚBLICA:

Generación de confianza y transparencia en la
Administración de lo público

Política Pública de Salud

Edgar Varela Barrios
Rector Universidad del Valle

Adolfo Weybar Sinisterra Bonilla
Contralor Departamental del Valle del Cauca

Carlos Eduardo Cobo Oliveros
Director (E) Instituto Prospectiva, Innovación y Gestión del Conocimiento
de la Facultad de Ciencias de la Administración de la Universidad del Valle

Edilberto Montaña Orozco
Coordinador Académico
Instituto Prospectiva, Innovación y Gestión del Conocimiento de la Facultad
de Ciencias de la Administración de la Universidad del Valle

Jorge Antonio Quiñones Cortes
Coordinador Técnico
Director Operativo de Control Fiscal de la
Contraloría Departamental del Valle del Cauca

Autores
Jorge Antonio Quiñones Cortes
Carlos Alberto Ángel Urueña
José Gregorio Rosero
Diana Edith Paz Cano
Luis Mario Molina
Liliana Hinestroza

INDICE

1. MARCO REFERENCIAL..... 9

1.1 ANTECEDENTES..... 9

1.2. Marco Teórico 10

1.2.1 Gobernanza y gobernabilidad en las sociedades democráticas..... 10

1.2.2 Los gobiernos locales en el desarrollo social y económico 19

1.2.3. Nuevos roles de los gobiernos territoriales como promotores del desarrollo en el marco de la globalización..... 23

1.2.4 ¿Qué funciones cumplen los gobiernos territoriales en la implementación de políticas públicas? 24

1.2.5 Las políticas públicas y el desarrollo territorial..... 25

1.2.6 La evaluación en las políticas públicas..... 30

1.2.7 Funciones de la evaluación de políticas públicas 31

1.2.8 Clases de evaluación en las políticas públicas..... 32

1.3 Marco Contextual De La Salud En Colombia 35

1.3.1 Organización administrativa 36

1.3.2 Flujo de recursos 37

1.3.3 Componentes del Sistema de Salud 38

2. NORMATIVIDAD, OBJETIVOS Y FINES DE LA POLÍTICA DE LA SALUD..... 41

2.1. Lineamientos Constitucionales 41

2.2. Marco Normativo De La Salud En Colombia 44

3. DEFINICIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA Y POLÍTICA DE LA SALUD 69

3.1 ¿Qué Es La Política Pública?..... 69

3.2 ¿Qué Es La Política De La Salud?..... 70

3.2.1 Actores sociales 71

3.2.2 De los órganos de la política de la salud..... 71

3.2.3 Materialización de la Política Pública de Salud 80

3.3. Política Pública De La Salud En El Departamento Del Valle Del Cauca Y Sus Municipios 101

3.3.1 Plan de desarrollo departamental 105

3.4 Problemas Estructurales De La Salud Que Afectan El Financiamiento De Las Ips Públicas, Caso Hospital Universitario Del Valle - Huv 112

4. CONTROL FISCAL A LA GESTIÓN PÚBLICA Y LA POLÍTICA PÚBLICA DE LA SALUD 117

4.1. Hechos Relevantes..... 117

4.2 Resultado De Hallazgos..... 122

CONCLUSIONES 125

RECOMENDACIONES..... 127

REFERENCIAS.....

INDICE TABLAS

Estrategias Transversales y Objetivos..... 87

Plan de Inversiones 2015-2018..... 87

Cifras en millones de pesos de 2014..... 87

Fuentes de recursos para la salud por nivel territorial 100

INDICE GRÁFICAS

Gráfica 1. Resumen del proceso de prestación del servicio de salud..... 36

Gráfica 2. Flujo de recursos 37

Gráfico 3: el origen de las políticas públicas 71

Gráfica 4. Estructura operacional del Plan Decenal de Salud..... 94

Gráfica 5. Ejecución del Plan Decenal de Salud..... 100

Gráfica 6. Fuentes de financiación sector salud 2012-2014..... 106

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 ANTECEDENTES

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoría con Enfoque Integral -modalidad Regular y Especial- a las Empresas Sociales del Estado y a la Secretaría Departamental de Salud, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia y eficacia con que SE ADMINISTRARON los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en el área, actividad o proceso examinado.

La auditoría incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables. Esta incluyó, además, el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan el área, actividad o proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales. Los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo que reposan en los archivos de la Dirección Técnica de Infraestructura Física.

La auditoría se llevó a cabo de acuerdo con Normas de Auditoría Gubernamental Colombianas (NAGC) compatibles con las Normas Internacionales de Auditoría (NIAS) y con políticas y procedimientos de auditoría con enfoque integral prescritos por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, consecuentes con las de general aceptación. Por esto, requirió planeación y ejecución del trabajo de tal manera que el examen pueda proporcionar una base razonable para fundamentar nuestro concepto.

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1 Gobernanza y gobernabilidad en las sociedades democráticas

La transición de una visión fundamentada en la gobernabilidad hacia una mucho más compleja y sistémica que se resume en la noción de gobernanza (policéntrica y de co-responsabilidad de diferentes actores) constituye uno de los principales temas de análisis en el campo de las políticas públicas y la gestión pública, que ha sido teorizado y sistematizado por numerosos académicos (Dror, 1996; Bozeman, 1998; Peters, 2005; Mayntz, 2001, 2002; Prats, 2003; Stiglitz, 2010; Evans, 2007; Aguilar, 2009; Subirats y otros, 2008; entre otros) y centros de pensamiento a nivel global y latinoamericano (ONU, ILPES-CEPAL, CLAD, INAP, entre otros) que, por la transferencia de políticas públicas, inciden y, en algunos casos, determinan la definición de agendas de gobierno y el diseño e implementación de políticas públicas en los países y sus regiones.

El concepto de “Gobernanza” (governance) hace alusión a que el gobierno democrático tenga la capacidad institucional y gubernamental de, además de ejercer control sobre las personas y los territorios (gobernabilidad), direccionar, coordinar, articular y hacer converger preferencias e intereses de los diferentes actores sociales. Esto, por tanto, hace un llamado a superar la visión gubernamentalista del Estado como único actor responsable del desarrollo (Aguilar, 2009; Mayntz, 2001, 2002). No obstante, el Estado a través de la administración pública debe mantener su rol fundamental en el ejercicio del gobierno sobre la sociedad, en tanto que esto le permitirá corregir y hacer más efectivas las decisiones gubernamentales, para lo cual deberá cambiar sus prácticas e instrumentos para ser más productivo bajo las actuales condiciones de la economía y la política nacional y mundial (Varela y otros, 2014).

Esta nueva visión del Estado y la sociedad ha implicado cambios y reconfiguraciones en la arquitectura institucional de los países y, por ende, en la forma como se diseñan e implementan las políticas públicas. De ahí que la implementación de políticas se haya convertido en el principal problema para los gobiernos en todos sus niveles y en un asunto de interés académico que se requiere profundizar.

Lo anterior se deriva de que el Estado perdió su rol central en la ejecución de políticas y se presentó la crisis del modelo burocrático, haciendo que la tensión se centrara ya no tanto en la gestión burocrática pública, sino en la transferencia de las operaciones de implementación de políticas hacia el sector privado y el solidario (ONG, entre otros). Ciertamente, el anterior modelo jurídico que interpretaba a la implementación como algo resuelto por la expedición de leyes, reglas o elementos jurídico-administrativos, ha quedado atrás, no solo por la conocida

explicación de Majone (1987, citado por Varela, 2014) sobre el rol de la retórica en las políticas públicas, sino por el reconocimiento de que en muchas ocasiones los marcos normativos no significan *per se* que está en marcha un proceso de implementación.

Por ello, la coordinación de actores y políticas se ha convertido en un asunto clave para avanzar en la configuración de una arquitectura institucional que funcione bajo un enfoque de gobernanza, en la medida en que la ejecución de políticas se ha complejizado con la transformación de los aparatos del Estado, la ampliación del ámbito del mercado y los procesos de globalización.

El debate sobre la coordinación tiene que ver con el descentramiento y la pérdida del carácter monopólico del Estado. Este conserva parte de sus burocracias y transforma sustancialmente sus formas de operación porque el esquema dominante no es el del monopolio público, sino el de competencia regulada entre operadores públicos y privados, y aparece una figura: la asociación público-privada, o el *Public – Private Partnership*, donde el gobierno se alía con empresas del sector privado para ejecutar las políticas (Varela, 2014; Acuña, 2010).

En la literatura contemporánea de las políticas públicas y la administración pública, por *coordinación* se entiende “la articulación de la actividad ejecutada por dos o más agencias (instituciones) que buscan incrementar el valor de su servicio público por medio del trabajo conjunto (o combinado), en lugar de hacerlo por separado” (Belikow, 2007, citado por Varela, 2014, p. XXX). Los problemas de coordinación de acciones y actividades entre las autoridades y organizaciones gubernamentales encargadas de la implementación de las políticas públicas se presentan generalmente en tres dimensiones:

- Transversal, entre áreas funcionales. Además, se diferencian la coordinación interestatal y la coordinación relacional. Esta última se refiere a las interacciones entre actores sociales con base en reglas de democracia deliberativa, procedimental. Se enfrentan demandas diversas y las respuestas del Estado y de sus operadores adscritos.
- Vertical, entre los niveles de gobierno central, estatal y municipal. Este fue uno de los primeros asuntos de coordinación de políticas que emergió en el análisis teórico. Se trata de los clásicos temas federalismo, centralismo, presidencialismo, versus autonomía de las regiones, descentralización, desconcentración, etc.; temas sobre los cuales los asuntos de diseño institucional divergen mucho de un país a otro. Desde perspectivas múltiples, ello genera problemas de coordinación y, a su vez, permite la construcción de políticas y reglas para establecer la coordinación entre el nivel central, los territorios y los gobiernos locales.
- Longitudinal, entre diversos horizontes temporales (Lerda y otros, 2004, citados por Varela, 2014), que alude a la necesidad de que exista continui-

dad en algunas políticas públicas, sin pretender que estas sean estáticas en el tiempo. Por el contrario, se requiere de coordinación y evaluación concomitante que permita la retroalimentación y reconfiguración de los proyectos y estrategias, sin desdibujar sus elementos esenciales.

Una condición indispensable para la coordinación de políticas es la convergencia que debe existir entre los fines u objetivos (consensos mínimos) que tienen los actores para solucionar un problema en particular, sin desconocer que los actores por naturaleza son diferentes en sus fines, medios, racionalidades y grados de poder (Martínez, 2010). Usualmente, cuando se logran dichos consensos mínimos, los actores tienden a solucionar los problemas de manera isomórfica; esto es utilizando los mismos medios y estructuras de acción social (Powell y Dimaggio, 1999; Hannan y Freeman, 1977, citados por Varela, 2014).

Otro asunto clave para el funcionamiento eficiente del Estado bajo esquemas de gobernanza lo constituye la transversalidad tanto en el abordaje de los problemas, como en el diseño e implementación de las políticas. La transversalidad es un tópico que ha ganado fuerza en la literatura sobre implementación y, en cierta medida, supera las viejas dicotomías del tipo: Verticalidad (*Top - Down*) Vs. Horizontalidad (*Bottom - Up*).

La transversalidad abarca no solo ámbitos del gobierno y la administración pública, sino el esquema de frenos y contrapesos entre las distintas agencias que encarnan los poderes públicos (ejecutivo, legislativo, judicial, órganos de control, entes estatales autónomos, etc.). También es importante incorporar en la transversalidad, la relación con el contexto global de producción, decisionismo transespecial y evaluación en la ejecución de numerosas áreas de las políticas públicas. Este concepto, por tanto, alude a las relaciones entre actores y operadores que fracturan los antiguos esquemas de división funcional y sectorial de las tareas y competencias de las agencias públicas, reconociendo de este modo que las tipologías tradicionales de corte funcional en Ministerios, Secretarías de Despacho y agencias especializadas, tanto en el nivel central de los gobiernos como en sus ámbitos subnacionales o territoriales, se manifiestan incapaces de responder eficiente y eficazmente a las demandas sociales (Varela, 2014).

Ello es así porque la naturaleza de los problemas que abordan las políticas públicas desborda los límites jurídicos, institucionales y territoriales, y se inscriben en lógicas de interdependencia, intersectorialidad y multidisciplinariedad (Cunill, 2005; Acuña, 2010). La discusión sobre transversalidad está en la esencia misma del *Management* público porque se considera que el modelo sistémico captura adecuadamente la forma como el Estado interactúa a través de agencias, operadores o de los privados que cumplen funciones públicas, mediante mecanismos de regulación y de control. En este sentido, resulta clave el diseño insti-

tucional que resolvería en términos del “deber ser”, la eficacia y eficiencia de las respuestas de política pública.

Esta nueva arquitectura institucional que demanda la gobernanza y las nuevas formas de diseño e implementación de políticas públicas requieren, a su vez, de un modelo de gestión que vehicule la coordinación y la transversalidad para el abordaje y la solución de los problemas en la sociedad.

Este es un tema que ha sido abordado desde hace más de tres décadas por corrientes teóricas y políticas inspiradas en el ideario neoliberal que se materializó en una programática de desmonte y desmantelamiento del Estado burocrático que, en su versión más extrema, tendió hacia un “Estado mínimo” (Popper, 1945; Nozick, 1974; Hayek, 1941) que suponía que este debería ocuparse de regular y garantizar el funcionamiento de los mercados, asumiendo la provisión de transparencia, legalidad, evitando el fraude, promoviendo la desmonopolización del grueso de las funciones públicas y el tránsito de estas hacia una extendida y creciente mercantilización del mayor número posible de servicios y bienes públicos (Friedman, 1983).

Estos postulados filosóficos y políticos de facto fueron agenciados por el Consenso de Washington y estuvieron acompañados de la progresiva sustitución de la Administración Pública, por la Gerencia o el *Management* público (*New Public Management*). Este último se entendió como una adaptación del Managerialismo, dominante en el sector privado y en el discurso académico norteamericano, hacia el sector público. Sus principios básicos fueron: competitividad, innovación, desmonopolización, nuevas funciones y marcos regulatorios, radicalmente diferentes para los gobiernos, y la adopción integral de la gestión estratégica basada en resultados (Donahue, 1991; Osborne y Gaebler, 1994).

Frente a esta corriente de pensamiento anglosajón, en América Latina emergió un modelo de gerencia pública que intenta tomar en cuenta las especificidades de la formación del Estado en el subcontinente, aun cuando comparten formalmente un cuerpo de atributos que acompañan la premisa fundamental gerencialista de la Nueva Gestión Pública: la orientación a resultados, expresada en la conocida fórmula de las 3E (Eficiencia, Eficacia y Economía). Y aunque existan entre ellas diferencias de orden ideológico y conceptual –las que van de los fines a los medios– su instrumentalización no acusa grandes diferencias:

- La orientación a resultados, con medición y contractualización del desempeño, buscando mejoras sustantivas en la economía, eficiencia, eficacia y efectividad de la actuación pública, para generar valor público mediante un encadenamiento de insumos, procesos, productos, resultados e impactos.
- La calidad, entendida como la creación de una cultura transformadora que impulsa la administración pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de los ciudadanos, mediante la

estandarización y certificación de procesos conforme a normas auditadas por especialistas públicos y privados acreditados y conocedores de las mejores prácticas.

- Uso intensivo de las TIC y e-government o gobierno electrónico, como soporte para la interacción en línea con propios y extraños, mediante el desarrollo de plataformas y capacidades que integren la administración pública al ecosistema digital y se construyan nuevos canales para facilitar el acceso de la ciudadanía al gobierno, entre ellos la participación, el control de la corrupción y la rendición de cuentas (Mariñez y Valenzuela, 2013).
- La descentralización organizacional, mediante la separación de la formulación, regulación y evaluación de las políticas públicas, de la ejecución, financiación y operación de las mismas, excepto en aquellas funciones in concesionales del Estado.
- Desconcentración y delegación de funciones y responsabilidades a niveles más bajos en la pirámide organizacional, pues no todos los procesos deben ser cerrados o decididos en la cumbre organizacional, generando espacios para el enriquecimiento del trabajo, la polivalencia, la flexibilización y el trabajo en equipo, así como el establecimiento de nuevos tipos de control administrativo por resultados, control contable de costos y control social.
- Arquitecturas organizacionales más horizontales o más planas, con menos niveles jerárquicos, más cerca de los destinatarios de la actuación pública, con objetivos más homogéneos y especializados que posibiliten la medición y evaluación del desempeño.
- Empoderamiento de la gerencia media o a otros entes no gubernamentales, sociales, comunitarios o privados para una más eficiente prestación de los servicios que son función esencial del Estado, en la construcción de nuevos modelos de gobernanza democrática.
- Trabajo en red y alianzas público-privadas y con otros actores para su integración dentro del ciclo dinámico de las políticas públicas, buscando un nuevo modelo de gobernanza, entre las más importantes.
- La orientación al ciudadano-usuario, mejorando la capacidad de respuesta, superando el modelo privatista de intercambio en el cual por un precio se obtiene un producto o servicio, para avanzar a una relación de intercambio político en la cual el usuario como ciudadano pueda participar en la definición de la relación privada de intercambio.
- Transparencia, buen gobierno, rendición de cuentas (*accountability*) y responsabilización de los administradores ante la sociedad, pues en la medida que se otorgan facultades y empoderamiento a niveles inferiores de la pirámide organizativa, la profesionalización no es una condición auto-inmune a la corrupción (Subirats, 2013; Guttman, 2004).

- Participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones y control social de la gestión pública, superando el modelo de democracia representativa, para avanzar hacia una nueva ciudadanía en la cual haya inclusión, visibilidad y deliberación en el ciclo de las políticas públicas (Varela y otros, 2014).

No obstante, existe un atributo respecto del que sí existe una enorme diferencia entre el modelo anglosajón y el latinoamericano sobre la gerencia pública: la profesionalización de la función pública, que es una particularidad latinoamericana, toda vez que en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) esta no es una preocupación axial, ya que los servicios civiles fueron desarrollados hace al menos un siglo, mientras que en nuestra región ello nunca se logró, al menos en los cánones en los que los prototipos weberianos le otorgaron a esa máquina de máxima eficiencia.

El documento doctrinario del CLAD (“Una Nueva Gestión Pública para América Latina”, Madrid, 1998) sostiene que el modelo burocrático ha sido una condición de desarrollo porque en ningún país subdesarrollado se ha consolidado el modelo, evidenciando que en cambio los países desarrollados sí lo han conseguido. Por lo anterior se sostiene que toda la batería de conceptos e instrumentos que propugnan por una nueva gestión pública para América Latina no se podrá adelantar sin un cuerpo de funcionarios profesionalizados, por lo cual se propone la creación de unos cuerpos funcionariales de estirpe burocrática, a manera de *policy makers*, que le den consistencia y continuidad a las políticas públicas, como único rasgo de tipo weberiano digno de rescatar, pues con las demás características se estaría incurriendo en un anacronismo. Dicho de otra manera, la profesionalización es condición necesaria para la modernización de la gestión pública, aunque no es suficiente por sí misma para tal cometido.

Por el contrario, en la OCDE se han demolido los servicios civiles en busca de la flexibilidad negada por el dominio de las estructuras burocráticas, a las cuales se atribuyó la causa madre de todos los males del Estado en la crisis de los 60’s y 70’s. Por ello, se puede hablar de modelos pos-burocráticos en esos contextos, mientras que en los nuestros hablamos de configuraciones neo-burocráticas en los modelos de gestión pública. Acerca de este atributo central de la profesionalización de la función pública para hacer verdadera gerencia pública, es preciso recalcar que ella se reclama en dos dimensiones:

- La objetiva: referida a las credenciales y procedimientos mediante los cuales se acreditan las calidades en términos de formación, experiencia y competencias laborales requeridos por los perfiles de los cargos, lo que además supone un proceso permanente de planeación de los recursos hu-

manos, tanto en su cantidad como en su calidad para adecuarlos a los requerimientos de las distintas dependencias, con base en las necesidades cambiantes del servicio. Sin embargo, esta característica no alude a que todos los miembros de la organización tengan título profesional –como en algunos escenarios se ha querido entender–, sino que simplemente se trata de que cada uno, según su oficio, demuestre tener las competencias y las credenciales requeridas.

- La subjetiva: orientada a garantizar el uso de criterios técnicos y objetivos de actuación y decisión por parte de los responsables, para encarar con neutralidad afectiva las situaciones relacionadas con la prestación del servicio público; es decir, independientemente de la condición partidista, de género, raza, estrato socio-económico, religión, oficio o cualquiera otra condición que se imponga al solicitante, más allá de la del ciudadano con derechos, para atender o resolver asuntos de su competencia. Esta dimensión también se orienta a que no sólo los servidores públicos sino también la propia organización adquieran una serie de atributos y valores tales como la transparencia, honestidad, responsabilidad, adhesión a valores democráticos y defensa de una ética de lo público.

Bajo esta nueva arquitectura institucional derivada de la gobernanza y dada la necesidad de implementar un nuevo modelo de gestión de lo público, los gobiernos locales en la actualidad enfrentan nuevos retos y por ende deben asumir nuevos roles. Tal como lo señala Varela (2014b), las tareas y competencias de los gobiernos locales en la actualidad van más allá de los formatos o restricciones legales y constitucionales, pues han sido transformadas de forma sustancial por las dinámicas e impactos de la globalización y las interdependencias entre grandes áreas urbanas.

Como ya se mencionó, la primera funcionalidad sobresaliente ahora es la de coordinación de políticas públicas con dinámicas de governance, que puede darse en cuatro niveles. En primer lugar, se coordina la relación entre diversos niveles de lo público-estatal. Como no hay competencias delimitadas (al menos en el caso colombiano y muchas otras partes de América Latina), el Estado nacional sigue haciendo políticas. La alta administración local, el alto management urbano, dedica una parte muy importante de su tiempo administrativo a la coordinación público-público. Básicamente, a las interrelaciones entre las agendas del gobierno local y de los temas distritales o metropolitanos, en conjunción o en interlocución, no exenta de conflictos, con el nivel subnacional territorial intermedio (en el caso colombiano, los departamentos; en otros países, las provincias, regiones autonómicas o Estados federativos).

Un segundo nivel de coordinación se da entre el gobierno local y los operadores empresariales públicos, en tanto que ahora las grandes empresas del Esta-

do actúan bajo la lógica del privatismo organizacional; es decir, se desempeñan como empresas privadas, guiadas por el ánimo de la rentabilización y el lucro, y con un grado bastante alto de autonomía, respecto a la relación Principal –Agente (Ventriss, 2002; MacCarthaigh, 2011, citados por Varela, 2014b). Por lo tanto, si las empresas públicas, bien sean de acciones, participación mixta o puramente estatales tienen autonomía para hacer política pública local, los gobiernos locales, las secretarías y las agencias municipales tienen que dedicarle un tiempo significativo a coordinar estas políticas con los operadores empresariales públicos para tratar de hacer convergentes sus esfuerzos.

Un tercer nivel de coordinación se construye con el sector empresarial y con grandes conglomerados, muchos de ellos de “clase mundial”, que juegan un papel importante en la formulación de planes estratégicos de desarrollo. Estos ámbitos no son de competencia exclusiva de las secretarías de planeación, sino de los conglomerados y grupos de interés provenientes del sector privado que piensan la región en términos de su inserción en la competitividad global y regional.

Un último nivel lo constituye la coordinación de políticas con el llamado “tercer sector”, con organizaciones no gubernamentales (ONG), asociaciones civiles de distinto tipo que, bajo este esquema, ejecutan políticas públicas. Generalmente, actúan como contratistas corporativos del Estado, participan de convocatorias públicas, licitaciones de diverso tipo y concesiones, particularmente en campos que tienen que ver con la política social y con la dotación de numerosos bienes públicos. Adicionalmente, en la coordinación de políticas públicas, existe un trabajo largo y diferenciado según sectores, con organizaciones no gubernamentales, o con el sector no empresarial privado, que se expresa en términos de la sociedad civil, que contrata u opera bienes y servicios públicos. También se presentan procesos de coordinación de políticas públicas con las propias dinámicas de organización ciudadana, particularmente, respondiendo a la interlocución participacionista, propia de las auto-organizaciones de distinto cariz, construidas en los territorios, en las comunidades, en las zonas marginadas y en las distintas esferas de la sociedad civil no empresarial.

Adicionalmente, han emergido otras funcionalidades y competencias de los gobiernos locales relacionadas con:

- Las privatizaciones y su gestión desde lo público-estatal: en estas delegaciones hacia las empresas, el sector privado, las ONG, etc., existe un fuerte trabajo que va más allá de la mera coordinación de acciones analizada en el punto anterior. En muchas grandes ciudades de Europa, Estados Unidos y América Latina se han desplegado sofisticados sistemas de evaluación y seguimiento desde el gobierno local, de los desempeños de los operadores,

así como del seguimiento mediante baterías de indicadores de las metas, desafíos, y se construyen y gestionan mecanismos de ajustes y retroalimentación. Lamentablemente, este sistema de gestión de las concesiones y de regulación de los mercados que ofertan bienes públicos y servicios de distinto tipo es bastante limitado en el contexto colombiano.

- El mercadeo de ciudades: en los últimos 20 años se ha afianzado el mercadeo urbano con perspectivas nacionales, regionales y globales, denominado city-marketing que, a la manera de estrategias de segunda línea sobre la base de las políticas o apuestas de largo plazo de planes prospectivos de posicionamiento de las ciudades, configuran acciones de carácter específico y diferenciado en diversos campos de actuación, convergentes de lo público-estatal, con distintos niveles de gestión de las esferas privadas. En este sentido, por ejemplo, se viene presentando una competencia entre las grandes ciudades para ganar ser sedes de importantes eventos de interés mundial. Estos, por tanto, son eventos planeados y diseñados por organizaciones y organismos multilaterales en los que las ciudades compiten entre sí y deben ajustarse a las reglas discrecionales que estas fijan, y cumplir con las demandas que realizan en términos de adecuación y/o construcción de infraestructura, logística, seguridad, procesos de renovación urbana (en algunos casos), movilización y coordinación de actores, entre otros. Bajo estas condiciones, los gobiernos centrales y locales deben realizar mayores esfuerzos fiscales y de cabildeo político tanto para la asignación de la sede como para el desarrollo de las actividades en caso de ganarla. De los resultados de estos procesos depende en gran parte la mayor o menor visibilización mundial a nivel político, económico y empresarial de los países y sus territorios.
- Las acciones de configuración de plataformas e infraestructuras para la competitividad global: otro frente importante que consume bastante tiempo para los gobiernos locales, dependiente de los anteriores, son las políticas de renovación y reordenamiento urbano, y, en general, los programas y proyectos de reinvención de las ciudades a partir de la ejecución de planes parciales y sectoriales. Ello se enfoca tanto en revivir los tradicionales polígonos urbanos de los centros históricos, para darle una dimensión sostenible y, de otro lado, configurar acciones y respuestas de política pública al fenómeno de la metropolización.
- Participación social y construcción de legitimidad – ciudadanía y gobernanza local: en función de las ideologías del New Public Management, se formula como un imperativo en la implementación de políticas la puesta en escena de mecanismos de rendición de cuentas (*Accountability*), control social y participación ciudadana. En un espacio práctico, la participación en la ejecución de políticas ha conllevado a formas muy diversas de terce-

rización de programas sociales, en ONG y entidades de representación y agrupamiento de las comunidades de base. Los principios de cooperación entre los territorios, el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil se fundamentan ahora en reglas de actuación al interior de organizaciones ad hoc y ex ante. La organización de las comunidades y de los grupos no se basa solo en el principio de adhesión (voluntad), sino también en el de reciprocidad (aceptación). Por ello, el mayor peso de la sociedad civil depende de su capacidad real de interlocución con los actores con mayor poder de decisión, destacándose entre ellos las administraciones públicas. Hoy es visible el alto grado de relacionamiento entre los gobiernos locales y la ciudadanía, incluyendo esquemas de atención de corte asistencialistas, extendidos a lo largo y ancho de América Latina (Varela, 2014b).

- La gestión internacional de la cooperación y la asociatividad regional y global: finalmente, vale la pena subrayar la importante concentración de esfuerzos en los temas de cooperación internacional, por parte de las autoridades locales y de las burocracias especializadas, tanto públicas como privadas o en redes de asociación público-privadas para articularse a tendencias y procesos transnacionales. Otro tópico significativo ha sido la configuración de diversas redes de articulación y cooperación global entre los gobiernos locales; algunas de ellas, propias del multilateralismo regional y urbano, tales como las asociaciones con cierta formalidad de ciudades, hasta las formas complejas de redes de ciudades globales. Muchas de ellas definen las apuestas prospectivas de carácter ambicioso, basadas en modelos de desarrollo sustentable. Estas redes han promovido nuevos temas en la agenda de las políticas locales, entre ellas, definir adecuadamente la arquitectura de los poderes multiniveles, a diferencia del viejo modelo escalar o concéntrico de tipo burocrático.

1.2.2 Los gobiernos locales en el desarrollo social y económico

El control fiscal realizado por los organismos de control en Colombia, entre ellos las contralorías, de manera constante se encuentra cuestionado por diferentes actores, entre ellos, sectores de la dirigencia política, empresarial y sectores de organizaciones no gubernamentales y sociales. Este cuestionamiento se basa, principalmente, en las fallas del diseño institucional relacionadas con la forma de elección de los representantes de estas instituciones en sus diversos niveles (nacional, departamental distrital y municipal), en el entendido de que estos funcionarios son elegidos por las instituciones que controlan (presentándose, en muchos casos, conflicto de interés) y de que los recursos para su funcionamiento provienen de estas mismas instituciones.

Por otra parte, el ejercicio del control fiscal, tal como lo plantea el artículo 267 de la Constitución Política de Colombia de 1991, se ejerce en forma posterior y selectiva, lo cual limita la capacidad de acción preventiva frente al manejo de los recursos públicos y fomenta la discrecionalidad en el ejercicio del control. Sumado, a que las entidades objeto de control superan a las contralorías en capacidad institucional y recursos financieros, técnicos y humanos.

Pese a estas anomalías, el ejercicio del control fiscal es fundamental para que las políticas públicas que se implementan en los territorios contribuyan significativamente al desarrollo y el bienestar de los grupos de interés (*stakeholders*). En este escenario resulta relevante indagar sobre el rol que cumplen la descentralización y los gobiernos de los entes territoriales (departamentos, distritos y municipios) como promotores del desarrollo social y económico de los territorios.

Para tal efecto, es importante evidenciar los elementos sustantivos del proceso de descentralización política, fiscal y administrativa ocurrido a partir de la década de 1980, en el que el municipio aparece como “un elemento cada vez más importante de la estructura político-administrativa de los países, como el centro de impulso de políticas económicas y sociales, y como órgano ejecutor o facilitador de procesos destinados a satisfacer demandas productivas y de calidad de vida de la población” (Velásquez, 1995, p. 1). Por el contrario, los departamentos, en la arquitectura institucional colombiana, aun no tienen claramente definido su rol frente al desarrollo, porque la Constitución Política de 1991 es eminentemente municipalista y deja en un limbo al nivel meso de gobierno (departamentos).

Estos fallos en la arquitectura institucional han conducido a que el modelo de departamento se encuentre en una crisis que se expresa en un débil desarrollo institucional y deterioro de la gobernabilidad (Instituto de Prospectiva, 2014). En tal sentido, los gobiernos territoriales asumen la corresponsabilidad del desarrollo, entendido este como un proceso de crecimiento económico y de cambio estructural que conduce a una mejora en el nivel de vida de la población local, en el que se pueden identificar tres dimensiones: una económica, en la que los empresarios locales usan su capacidad para organizar los factores productivos locales con niveles de productividad suficientes para ser competitivos en los mercados; otra sociocultural, en que los valores y las instituciones sirven de base al proceso de desarrollo; y, finalmente, una dimensión político-administrativa en que las políticas territoriales permiten crear un entorno económico local favorable, protegerlo de interferencias externas e impulsar el desarrollo local (Vázquez-Barquero, 1988, p. 129, citado por Boisier, 2001).

Boisier complementa la anterior definición con los planteamientos de Cuervo (1998), quien establece la naturaleza ambivalente del desarrollo económico territorial, es decir, se trata de una respuesta residual desencadenada por un vacío generado por la ausencia y el debilitamiento del gobierno nacional; también puede verse como una oportunidad creada por las nuevas y viejas virtudes de lo

local y como ámbito de construcción de procesos de desarrollo. Estos elementos son recogidos por el nuevo pacto fundacional derivado de la Constitución Política de 1991, que fortalece el proceso de descentralización, modificando con ello las relaciones entre el gobierno central, las entidades territoriales y la ciudadanía, en el marco de un nuevo proceso de modernización del Estado.

De acuerdo con Velásquez (1995), esta modernización del Estado obedeció a dos factores fundamentales: en primer lugar, un cambio en el entorno mundial caracterizado por el impacto de la tercera revolución tecnológica en los procesos productivos; la pérdida relativa de soberanía de los Estados - nación y de su función como promotores del desarrollo económico y social; las crecientes demandas de la sociedad civil por mayor autonomía local y mayor participación en la toma de decisiones y finalmente, por la privatización y mercantilización de los bienes y servicios públicos. El segundo tipo de factores tiene que ver con las condiciones sociopolíticas del país durante la década de 1980, cuando se presentaron diversas formas de protesta ciudadana como expresión del inconformismo existente por la incapacidad del Estado para responder eficientemente a las demandas sociales.

De hecho, estos mismos factores se encuentran desde el periodo del Frente Nacional (1958 - 1974) cuando este pacto político intentó resolver los problemas de la violencia sociopolítica que caracterizó el país en las décadas de 1950 y 1960. En este sentido, Varela (1999, p. 90) plantea que

(...) la descentralización es en realidad no solo una manera de racionalizar la función pública, repartir y asignar responsabilidades entre los diferentes niveles territoriales, sino que es vista como un antídoto para eliminar el recurrente fenómeno de la violencia atado, sin duda, a las desigualdades sociales (la marginalidad y la exclusión entre clases y sectores sociales) y a las diferencias en el desarrollo de las regiones.

Este contexto condujo a un necesario proceso de descentralización con un fuerte énfasis en los mecanismos de participación ciudadana como elemento central de la democracia participativa, modificando con ello el régimen político local mediante un acercamiento entre la Nación y los entes territoriales, así como entre el Estado y los ciudadanos en algunos niveles políticos de decisión.

En términos administrativos, la descentralización demandó un nuevo modelo de gestión pública inspirado en los principios de eficiencia, eficacia y economía de la gestión privada y de la autogestión de los bienes y servicios públicos por parte de la comunidad. En lo económico, el Estado siguió asumiendo las funciones de prestador de bienes y servicios y de ente regulador de la actividad económica, pero con una mayor participación del sector privado y del sector no gubernamental, y con el mercado como principal asignador de recursos. Una expresión de la nueva función del Estado es que los bienes y servicios públicos son asignados a través del subsidio a la demanda y no por medio del subsidio a la

oferta como ocurría en el modelo de Estado empresarial vigente hasta la década de 1980.

Por lo tanto, con la descentralización se asignaron nuevas competencias y recursos a los entes territoriales como estrategia para fortalecer su capacidad de promoción del desarrollo y el bienestar. Antes de la Constitución de 1991, la Nación planificaba y definía los programas y proyectos a ejecutar en los territorios, convirtiéndose en el principal agente del desarrollo a través de la prestación de servicios y la construcción de obras de infraestructura. En la actualidad, el municipio, como las demás entidades territoriales (gobernaciones y distritos), tiene derecho a elegir sus autoridades (elección popular de alcaldes y gobernadores), a ejercer unas competencias, a administrar tributos y recursos y a participar de las rentas nacionales (ESAP y Universidad de Georgetown, 2005).

Las nuevas competencias se reglamentaron en el Estatuto de Descentralización (Decretos 77 a 81 de 1987) y las Leyes 29 de 1989, 10 de 1990 y 60 de 1993 y están relacionadas con la prestación de los servicios de agua potable y saneamiento básico; construcción, mantenimiento y dotación de planteles escolares, instalaciones deportivas y centros de atención primaria en salud; dirección del sistema local de salud; asistencia técnica agropecuaria y ejecución de programas de desarrollo rural integrado; adecuación de terrenos con infraestructura vial y de servicios públicos y comunales; cofinanciación de programas de vivienda de interés social; construcción y conservación de redes viales municipales; regulación del transporte urbano; prestación de los servicios públicos domiciliarios; seguridad ciudadana y atención a grupos vulnerables a la población (Velásquez, 1995). Para garantizar el buen desempeño de los municipios en estas competencias, se implementaron medidas de fortalecimiento fiscal tanto de los ingresos propios como de las transferencias del gobierno central a través de las Leyes 14 de 1983, 12 de 1986, 60 de 1993 y 715 de 2001.

Estos recursos son asignados de manera diferente según la categoría del municipio, es por ello que desde el ámbito nacional se establecen unos criterios de distribución y destinación de los recursos, lo que implicó, por una parte, una pérdida de autonomía de los municipios que ya no cuentan con el 20% de recursos para libre destinación y, por otra, un retroceso en el proceso de descentralización, ya que concentra las competencias de los municipios de categoría 4, 5 y 6 en ejecutar, principalmente, los recursos asignados mediante el Sistema General de Participaciones (SGP) a las políticas públicas sociales que provienen del gobierno central.

Lo anterior, está relacionado con las limitaciones propias del proceso de descentralización en la medida en que evalúa el desempeño de todos los municipios con los mismos criterios técnicos de eficiencia y eficacia, independientemente de las diferencias de sus condiciones económicas, fiscales e institucionales. Un ejemplo de estas diferencias es el deficiente desarrollo institucional de los entes

locales, especialmente los más pequeños, que se expresa, por una parte, en su poca capacidad de gestión, relacionada con la profesionalización de la burocracia pública y la no incorporación del ejercicio de la planificación para asumir eficientemente las nuevas responsabilidades y, por otra, en la corrupción y el clientelismo que aún caracteriza la administración de lo público en Colombia.

Otro elemento que ha limitado la descentralización son las tensiones entre el diseño institucional propio de un Estado Social de Derecho y el modelo económico de corte neoliberal. De ahí que uno de los principales problemas que se evidenciaron del impacto de la descentralización tiene que ver con el ostensible incremento de las demandas sociales garantizadas en la nueva Constitución Política que no alcanzan a ser compensadas con los recursos fiscales propios y transferidos con que cuentan los entes territoriales.

1.2.3. Nuevos roles de los gobiernos territoriales como promotores del desarrollo en el marco de la globalización

Las transformaciones que ha sufrido la implementación de políticas públicas a cargo de los gobiernos locales son producidas, principalmente, por los cambios en los paradigmas de gobernabilidad de los territorios y las ciudades. Es así que, desde hace varias décadas, las funciones de los gobiernos locales transitan desde una perspectiva de oferta de servicios y un amplio campo de cobertura por parte de las burocracias públicas, en condiciones de monopolio y asignación no mercantil de bienes públicos y sociales, hacia un esquema abierto y diversificado por procesos de liberalización e internacionalización de la economía, con procesos de privatización y desmonopolización. Estos cambios en la geopolítica en los últimos 40 años han transformado en forma sustancial las tradicionales funciones o competencias a cargo de los gobiernos locales.

El papel de los gobiernos locales como promotores y ejecutores del desarrollo en los territorios desde una visión clásica se basó en diferenciar las competencias del nivel central (en régimen político federativo o países con arquitecturas institucionales centralizadas de tipo unitario). En ambos modelos de Estado, el asunto principal fue la delimitación de competencias a cargo de los gobiernos locales, desde una perspectiva subordinada o en ámbitos concurrentes, precisando cuáles serían las funciones propias para los gobiernos locales.

El cambio más fuerte que se ha producido con la globalización y la liberalización de los mercados, en una escala planetaria, ha sido la reemergencia del poder político de los gobiernos y las autoridades subnacionales. Esto ha transformado la forma política de subordinación que caracterizó a los territorios o regiones, frente al nivel central del Estado en el capitalismo clásico de corte industrialista. Con las reformas neoliberales, los Estados - Nación se han debilitado, cediendo espacio a formas de regulación transnacionales, multilaterales y de los mercados.

1.2.4 ¿Qué funciones cumplen los gobiernos territoriales en la implementación de políticas públicas?

Las tareas y competencias de los gobiernos locales en la actualidad trascienden las restricciones legales y constitucionales, ya que han sido transformadas por los impactos de la globalización, la interdependencia e interconectividad entre los países, regiones, sectores productivos, empresas e individuos. La primera función sobresaliente es la de coordinación de políticas públicas con dinámicas de governance en el marco del capitalismo por proyectos (Bolstanski y Chiapello, 2002). La segunda función es la coordinación de actores en la operación de las políticas públicas, dejando de ser el gran ejecutor por medio de las burocracias gubernamentales (personal de carrera administrativa).

¿Qué coordinan? En primer lugar, la relación entre diversos niveles de lo público-estatal; en otras palabras, las relaciones entre el gobierno nacional y las administraciones subnacionales. Dichas relaciones no están exentas de conflictos interinstitucionales e interorganizacionales que dificultan los procesos de implementación de políticas (planes, programas o proyectos). Igualmente, un segundo nivel importante de la coordinación de políticas se debe realizar con los operadores empresariales públicos. Un tercer nivel de coordinación se construye con el sector empresarial que juega un papel importante en la formulación de planes estratégicos de desarrollo, ya que se piensan los territorios articulados a lógicas de competitividad global y regional. Un cuarto nivel de coordinación de políticas debe realizarse con el “tercer sector” (público no estatal) que son actores relevantes en los procesos de implementación de políticas públicas.

La implementación del modelo de gestión de la Nueva Gerencia Pública (NGP) por parte de los gobiernos territoriales pretende instrumentalizar las políticas derivadas de los programas de ajuste estructural en la administración pública; esto se ha concretado en procesos de desmantelamiento parcial del rol de las burocracias gubernamentales, cuestionando la presupuestación inercial proveniente del gobierno en sus diferentes niveles hacia las instituciones gubernamentales. Parte de estas funciones en la actualidad son externalizadas para su operación a actores privados o delegadas al tercer sector. Igualmente, este modelo implica trasplantar la racionalidad instrumental con que operan las organizaciones del sector privado al sector público. Este debe ser gestionado con los principios de eficiencia, eficacia y economía. Asimismo, se evalúa la gestión de lo público con un conjunto de indicadores que estandarizan los procesos, desconociendo de paso las particularidades socioeconómicas e institucionales de los territorios.

Este modelo también reevalúa los métodos de profesionalización de la gestión pública, todo ello permeado transversalmente por la implementación y uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en función de hacer

más eficientes y transparentes los procesos, acercando al ciudadano a la administración pública (*e-government*).

En cuanto a la participación ciudadana y la construcción de legitimidad en las políticas públicas, se puede decir que en el modelo de la NGP los mecanismos de rendición de cuentas (*accountability*) de los funcionarios públicos a la ciudadanía son un imperativo categórico para el logro de la legitimidad de los gobiernos y las políticas que ejecutan. Igualmente, la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, formulación y evaluación de políticas públicas de abajo – arriba (*bottom-up*) es una condición cada vez más necesaria tanto para el buen diseño de las políticas, como para la consecución de legitimidad que se requiere por parte de los diferentes grupos de interés para la implementación y buen desarrollo de las mismas. Sumado a ello, las comunidades son las que conocen de primera mano los problemas que las aquejan y que deben ser objeto de política pública por parte de las autoridades gubernamentales.

Respecto a la cooperación internacional, se afirma que es otra función de los entes territoriales y sus aparatos de gobierno se relaciona con la gestión de recursos y asistencia técnica de países, regiones u organizaciones internacionales que posibiliten procesos de transferencia de políticas públicas, modelos de gestión y prácticas de buen gobierno, que permitan aprendizajes organizacionales e institucionales para la institucionalidad pública local.

1.2.5 Las políticas públicas y el desarrollo territorial

La política pública como subcampo disciplinar adscrito a la ciencia política, adquiere relevancia teórica y empírica en el Estado de Bienestar por el sustancial incremento de las obligaciones constitucionales frente a los ciudadanos, fundamentado en el Estado Social de Derecho. En esta concepción de Estado, el ordenamiento jurídico lo obliga a garantizarle a los ciudadanos no solo los derechos de primera generación (derecho a la vida, la libertad, la propiedad y los derechos políticos y civiles) sino también los derechos de segunda (económicos, sociales y culturales), tercera (ambientales) y cuarta generación (bioéticos) que son demandados ya no por individuos sino por colectividades. Bajo este modelo, el Estado se convierte en el motor del desarrollo económico y social a través de su papel en el diseño e implementación de políticas públicas.

Esta nueva concepción de Estado se implementó como consecuencia de la crisis del capitalismo de 1929, que se expresó en altos índices de desempleo e inflación, así como en un crecimiento económico negativo en los países industrializados. A esto se suma la extensa destrucción de la infraestructura física y la pérdida de capital humano que sufrió Europa por las dos guerras mundiales y que significó el diseño del Plan Marshall, financiado por Estados Unidos, para la reconstrucción de la infraestructura económica y física de los Estados europeos.

El periodo 1945 – 1975 se caracterizó por un importante crecimiento económico y por el incremento de la productividad del trabajo y del bienestar material de la población de los países industrializados, como resultado de un proceso de reconfiguración de la teoría económica con el Keynesianismo y la organización del trabajo con el fordismo-taylorismo. En este escenario se produjo un pacto de cooperación entre los sindicatos, los empresarios y el Estado para que se incrementara la productividad y que esto representara beneficios colectivos a través de mejoras en las condiciones laborales y salariales, así como la implementación de políticas sociales que complementaran el bienestar de los trabajadores. En este modelo, el Estado tiene la responsabilidad de diseñar, implementar y evaluar las políticas públicas.

El Estado de Bienestar entra en crisis hacia mediados de la década de 1970, entre otros factores, por los intentos de Estados Unidos por frenar la gran ola inflacionaria de comienzos de la década de 1970; la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP) decidió aumentar el precio del petróleo y la Organización de Países Árabes Exportadores de Petróleo resolvió no exportar más petróleo a las naciones que habían apoyado a Israel durante la guerra Árabe-Israelí. A partir de esta crisis se empezaron a evidenciar cambios en la organización del trabajo, los hábitos del consumidor, las configuraciones geográficas y geopolíticas, los poderes y prácticas estatales, entre otros. Las causas de esta crisis del capitalismo son explicadas, desde otras perspectivas no liberales, a partir de factores endógenos asociados con la tendencia decreciente de la tasa de ganancia.

Con la crisis del fordismo se inició una transición hacia lo que algunos autores denominan posfordismo, cuyas características principales serían la introducción de nuevas tecnologías de información; el énfasis en los tipos de consumidor (segmentación de los mercados), en contraste con el previo énfasis en las clases sociales; la intensificación de la economía de servicios y el incremento de los trabajadores de ‘cuello blanco’; así como la globalización de los mercados financieros (Jessop, 1999).

A esto corresponde la desregulación de diversas áreas en las que el Estado intervenía y profundos cambios en la organización industrial, por lo menos en los polos más desarrollados del capitalismo. El Estado dejó de ser intervencionista para asumir un papel de regular las actividades económicas y sociales donde se privilegia la inversión privada como motor del desarrollo económico y social. Esto significa que independientemente de la perspectiva de análisis, la evidencia histórica indica que en todo periodo de crisis del capitalismo es necesaria una reconfiguración del Estado y de la teoría económica, así como de la organización del trabajo y del ordenamiento jurídico institucional.

En este nuevo diseño institucional intervienen diversos actores (públicos, privados, no gubernamentales) en el ciclo de la política pública, entendida esta como

(...) un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática (Roth, 2002, p. 27).

Esta definición supone que existen tensiones entre la sociedad civil y el Estado porque los diferentes grupos de interés y de presión demandan que este resuelva situaciones socialmente problemáticas. Dichos grupos son heterogéneos y poseen diferentes grados de poder y, por tanto, tienen capacidades diferentes para incluir tales situaciones problemáticas en la agenda pública y, posteriormente, en la agenda gubernamental. En la definición también resulta evidente que hay un doble objetivo en la política pública; en primer lugar, orientar el comportamiento de los ciudadanos para lograr la cohesión social, y, en segundo lugar, modificar la situación problemática, es decir, no necesariamente hay una intención de resolverla. Se privilegia entonces un enfoque incrementalista de la política pública.

Esta definición es acorde con los principios de la democracia participativa, en la que el ciudadano, por medio de la participación directa, tiene el poder de intervenir en cualquiera de las fases del ciclo de las políticas públicas. En este sentido, el desarrollo de estas no es potestad exclusiva del Estado sino que intervienen diferentes actores públicos, privados y no gubernamentales que

(...) buscan dar sostenibilidad, coherencia, integralidad y legitimidad a las actuaciones del Estado, en un contexto donde el todopoderoso Estado de Bienestar -ámbito histórico en el cual surge el discurso de políticas públicas- es reemplazado por otras formas de organización política e intervención ciudadana en las decisiones sobre bienes colectivos” (Boussaguet y otros, 2009, p. 16).

El desarrollo de una política pública implica un proceso de identificación de la situación socialmente problemática, a partir del enfoque de un actor independiente. En este sentido, es imprescindible la intervención de los mediadores (partidos políticos, movimientos sociales, burocracia gubernamental, gremios de la producción, medios de comunicación, asociaciones civiles, etc.), entendidos como los agentes que elaboran el referencial de las políticas públicas, quienes logran decodificar la percepción del problema por parte de los actores involucrados y recodificarlo en los términos susceptibles de actuar sobre la realidad a partir de normas y criterios de intervención políticos (Jobert y Muller, 1987, p. 71, citado en Surel, 2008). En este sentido y de acuerdo con Varela (2009),

(...) los mediadores están en el origen ‘de las imágenes cognitivas que determinan la percepción del problema por los grupos presentes y la definición de las soluciones apropiadas’. De la percepción que tengan los mediadores de una situación socialmente problemática se definen sus causas y consecuencias; de lo cual a su vez depende en gran parte la manera de abordar el problema por parte del Estado y

los demás actores privados y no gubernamentales que intervienen en el ciclo de la política pública” (p. 9)

La discusión sobre una situación problemática y su modificación o solución requieren ser abordadas por el poder legislativo en las sociedades democráticas. Esto significa que una política pública necesariamente debe estar materializada en la ley, es decir, debe estar inscrita en el marco de las reglas de juego institucionales vigentes, que solo se podrían modificar a través de los mecanismos que ofrece la democracia, que en este caso sería el poder legislativo. En este sentido, los entes territoriales tienen un poder limitado en el diseño de la política pública, ya que su función es principalmente desarrollar y reconfigurar en los respectivos territorios la política pública que procede del nivel central.

Esto nos permite diferenciar dos grandes tipologías de política pública; en primer lugar, las *políticas sectoriales* que corresponden a las que implican un rango de decisión de tipo nacional que cubre a toda la sociedad en un campo de intereses de formulación, diseño e implementación de política determinado. Son ejemplos de este tipo de política, la Ley 100 de 1993, la política de educación básica (Ley 115 de 1994) y la política de educación superior (Ley 30 de 1992) (Varela, 2005).

Por su parte, las *políticas públicas territoriales*, aunque son diseñadas por una instancia del poder central, son desarrolladas y concretadas en los niveles departamental y local. Su radio de acción atraviesa muchos elementos sectoriales precisándolos, moldeándolos y, en últimas, determinándolos en su aplicación real. Este nivel de transversalidad hace necesario que este tipo de políticas tengan un mayor grado de complejidad para su implementación y análisis porque en ellas converge una gran diversidad de temas sectoriales y de actores organizacionales e institucionales.

En el actual modelo de desarrollo económico y de gestión pública, en el que intervienen diversidad de actores en la financiación, implementación y evaluación (antes, durante y después) de los planes, programas y proyectos que constituyen una política pública, la coordinación de las acciones de cada actor se convierte en un elemento central para el buen desempeño de la política pública.

Por coordinación se entiende “la articulación de la actividad ejecutada por dos o más agencias (instituciones) que buscan incrementar el valor de su servicio público por medio del trabajo conjunto (o combinado), en lugar de hacerlo por separado” (Belikow, 2007, p. 2). Los problemas de coordinación que se evidencian en el desarrollo actual de las políticas públicas tienen como trasfondo la ausencia de unos consensos mínimos entre los actores sobre los elementos básicos para lograr el desarrollo que permitan focalizar los recursos y los esfuerzos institucionales. De la misma manera, el actual diseño institucional asigna las mismas funciones a actores con diferentes capacidades, fomentando con ello ineficiencia en la asig-

nación de los recursos públicos; dilución de la responsabilidad política, técnica y financiera; y pérdida de credibilidad de la ciudadanía hacia el Estado.

Para lograr una mínima coordinación entre los diferentes niveles y agencias del Estado, es necesaria la transferencia de información clave que permita sincronizar las acciones de estos agentes (públicos, privados y no gubernamentales) para responder oportunamente a las demandas ciudadanas, mediante las políticas públicas. La coordinación no solo debe ser de carácter técnico sino también político, la cual se expresa principalmente en la construcción de planes y programas que logren integrar las decisiones y acciones de los diferentes agentes para construir una visión conjunta estratégica y de largo plazo (Varela, 2009).

La coordinación entre los niveles y agencias del Estado para el desarrollo de una política pública es aún más compleja si se tiene en cuenta que siempre existe un proceso de transferencia de políticas, ya sea desde el ámbito internacional (entre países) y transnacional (organismos multilaterales) hacia los Estados, los entes territoriales y las organizaciones, o desde el Estado central hacia los entes territoriales. La transferencia de políticas implica siempre una intencionalidad, implícita o explícita, de orientar la acción de los agentes, lo cual requiere un proceso de reconfiguración que garantice su adaptación y aplicabilidad en los diferentes contextos (Varela, 2009). Es en la fase de implementación de una política pública donde los agentes tienen mayor posibilidad de reconfigurarla a través de su campo de acción y su capital cultural, social y político que determina, en últimas, el enfoque desde el que se aborda y resuelve un problema.

Finalmente, la política pública es la que articula la relación entre la sociedad y el Estado a través de las demandas sociales y las respuestas institucionales, entendidas las instituciones como las reglas del juego en una sociedad o, más formalmente, como las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana; por consiguiente, estructuran incentivos en el intercambio humano, sea político, social y económico. El cambio institucional conforma el modo en que las sociedades evolucionan a lo largo del tiempo, por lo cual es la clave para entender el cambio histórico (North, 1993).

En este sentido, adquiere importancia el concepto de gobernabilidad porque está directamente relacionado con el grado de desarrollo institucional que alcanza una sociedad. Gobernabilidad hace referencia a la capacidad que tiene el Estado, en sus diferentes niveles, de satisfacer demandas ciudadanas y corporativas. Los gobiernos locales se desempeñan, principalmente, como operadores de las políticas públicas, dado el grado de centralización de muchas políticas y el incipiente desarrollo institucional que limitan la capacidad de reconfiguración de las mismas, asumiendo por ello prácticas isomórficas (Powell & Dimaggio, 1999).

1.2.6 La evaluación en las políticas públicas

La evaluación en las políticas públicas es un proceso sistémico (observación, análisis e interpretación de datos), orientado a la generación de nuevo conocimiento sobre una intervención pública, que haya tomado la forma de una norma, programa, plan o proyecto, para lograr un juicio de valor objetivo, respecto al impacto de los cursos de acción. De acuerdo con Salazar Vargas (2009, p. 24), de manera general se puede entender por evaluación la “(...) actividad de comparar un determinado proceso o unos resultados específicos con propósitos u objetivos previamente establecidos o planteados, para confrontar la validez de un determinado proceso”.

El objetivo de la evaluación de políticas públicas es convertirse en un insumo útil para la toma de decisiones por parte de los servidores públicos, gerentes públicos o privados y ciudadanía en general. Igualmente, la evaluación ex - post contribuye a que las organizaciones e instituciones aprendan de las experiencias y puedan desarrollar mecanismos e instrumentos que permitan un mejor diseño de cursos de acción y una mejor asignación de los recursos. Esto está en consonancia con el ejercicio de control fiscal que realizan las contralorías, en el entendido de que su función se focaliza en el control de los gastos que realizan las instituciones y organizaciones que manejen recursos públicos.

Weiss (1992) considera que la evaluación se enfoca no solo en los resultados, sino que también estudia los procesos. De todas formas, la evaluación formula juicios sobre lo deseable de las políticas públicas e intenta determinar los valores que están detrás de sus objetivos, pues el fin de estas debería ser la resolución de un problema social, definido como un contraste entre un estado de cosas observado y una expectativa valorada. El proceso de evaluación de políticas se encuentra mediado por marcos teóricos, estructura de valores (ideologías, modelos mentales, entre otros) y relaciones de poder, por lo cual no siempre es objetivo porque responde a un juego de intereses. No obstante, hay un creciente número de modelos econométricos, estadísticos y computacionales que permiten avanzar científicamente en la evaluación de políticas.

Finalmente, es importante mencionar que en esta fase del ciclo de las políticas es en el que más avances se han logrado en términos teóricos y empíricos, ya que, en la actualidad, en la mayoría de planes, programas o proyectos se realizan evaluaciones ex-ante que permiten determinar la tasa de retorno de la inversión, así como los impactos ambientales y la generación de empleo e ingresos de dichos cursos de acción.

1.2.7 Funciones de la evaluación de políticas públicas

El objetivo principal de evaluar los “cursos de acción” del Estado es proporcionar información oportuna y confiable acerca del impacto o desempeño de las políticas públicas, permitiendo con ello identificar las divergencias entre el desempeño de las políticas y el objetivo esperado, para contribuir de esta manera a las soluciones de situaciones socialmente problemáticas que se han convertido en elementos sustanciales de la agenda pública. De igual forma, entre las etapas del ciclo de la política pública, no siempre lo que se diseña, se implementa y por ende se evalúa, ya que en cualquiera de estas fases intervienen diferentes actores que tienen preferencias, racionalidades e intereses divergentes, sumado a los problemas relacionados con la coordinación de actores y políticas, así como los “ruidos” que se presentan en los flujos de comunicación, que distorsionan la información, afectando la toma de decisiones.

Weiss (1992) divide las funciones de la evaluación en dos áreas: el proceso de toma de decisiones y el aprendizaje organizacional. Respecto al primero, en la bibliografía académica existen diferentes teorías, enfoques y metodologías que aportan al análisis del proceso de toma de decisiones. En este sentido, uno de los enfoques más destacados es el de Herbert Simon (1947), quien realiza un aporte significativo a la teoría organizacional, ya que para la década de 1940 en la que publica su célebre libro “El comportamiento administrativo” es el primer teórico, proveniente de la economía, que indaga sobre el proceso de toma de decisiones por parte de los cuadros administrativos en un mundo práctico mediado por la incertidumbre. Para ello, construye un modelo fundamentado en la racionalidad limitada, cuyos supuestos básicos cuestionan el criterio de racionalidad absoluta dominante en la teoría económica. Este autor retoma los aportes de la psicología social sobre las limitaciones de los mecanismos humanos en la toma de decisiones.

La combinación de estos dos enfoques teóricos hace que la propuesta de Simon tenga un alto grado de pragmatismo. Sus postulados principales se resumen a continuación: asume el individualismo metodológico; reconoce que en la interacción social existen estructuras que condicionan la toma de decisiones, lo que significa que se tienen en cuenta las decisiones anteriores que se toman en las organizaciones y que siempre están mediadas por la incertidumbre; igualmente, reconoce que existe información asimétrica (costos de transacción) y que el individuo no posee todo el conocimiento ni el tiempo para procesar la información disponible.

Este autor también plantea que en la sociedad y en las organizaciones es fundamental la cooperación, ya que la actividad administrativa es grupal y, por lo tanto, la organización quita al individuo una parte de su autoría decisoria y la sustituye por un proceso organizativo de toma de decisiones. Bajo este enfoque, las

decisiones no son óptimas sino razonables o satisfactorias, construyendo dos tipologías de decisiones: programadas y no programadas (Delgado Moreno, 2010).

Por otra parte, de acuerdo con Subirats, Knoepfel, Larrue, & Varonne (2008) y Salazar Vargas (2009), los principales criterios para evaluar las políticas públicas son:

- a. Efectividad: analiza si los impactos se producen de la manera prevista por los programas de actuación político-administrativa (PPA), los planes de acción, los outputs producidos.
- b. Eficacia: se relaciona con los *outcomes* observables con los objetivos planteados, es decir ¿Ha sucedido lo que se había planificado?
- c. Eficiencia en la asignación de recursos: compara los outputs con los recursos invertidos ¿Se ha hecho todo de la mejor manera posible? Además de estos criterios que se concentran en los efectos de la política pública, durante la evaluación se puede proceder a un análisis de la pertinencia de los cursos de acción – relación entre los objetivos de los PPA y el problema político a resolver- y de la eficiencia productiva de los procesos administrativos que conducen a los actos formales –relación entre los outputs y los recursos destinados a un programa.
- d. Equidad en la asignación de los recursos y distribución de los beneficios: este es un principio fundamental del Estado Social de Derecho en los regímenes democráticos, que se materializa, en gran parte, por medio de las políticas públicas sociales. Concretamente, con las políticas compensatorias que tienen como principio aplicar criterios redistributivos, reconociendo los desajustes generados por decisiones políticas previas y corrigiendo las fallas del mercado como macro-institución que en el capitalismo asigna los recursos disponibles en la sociedad y distribuye las cargas y beneficios de la cooperación social (Rawls, 2006; Sen, 2010)
- e. Costos y satisfacción real de los beneficiarios: la implementación de los cursos de acción requiere que los gobiernos tengan capacidad fiscal y voluntad política. No obstante, bajo la lógica de la racionalidad limitada, cuantificar los costos y beneficios de una política pública es un ejercicio que enfrenta serias limitaciones, en tanto, a pesar de los grandes avances de metodologías cuantitativas a las que se puede recurrir, es prácticamente imposible identificar la totalidad de los efectos o impactos que una política puede generar en el conjunto de la sociedad.

1.2.8 Clases de evaluación en las políticas públicas

Según Salazar Vargas (2009), existen, por lo menos, las siguientes seis formas de evaluar políticas públicas: 1. Recurrir a los medios. 2. Los resultados. 3. La

eficiencia. 4. El impacto. 5. Las satisfacciones de los usuarios y 6. La evaluación participativa. La primera, evaluación de medios, confronta los objetivos de la política con los medios puestos a su disposición. Ello implica la formulación de los objetivos y la determinación de los medios que fueron puestos a disposición en un tiempo y en un espacio determinado. El contraste de esas dos dimensiones (objetivos contra resultados) permite establecer la forma más simple para evaluar una política pública.

La segunda clase de evaluación, de resultados, tiende a ser la más utilizada por las instituciones al término de cada vigencia, ya que permite la contrastación entre lo que se programó y lo que se ejecutó (objetivos versus realizaciones), tanto a nivel presupuestal como en lo que respecta a la toma de decisiones.

Por su parte, la tercera clase de evaluación, de eficiencia, permite identificar el costo de la consecución de unos resultados determinados, por medio de la contrastación entre los objetivos de la política con las acciones emprendidas que fueron necesarias para obtener esos objetivos. Esta clase de evaluación tiene un componente cualitativo mayor que las demás. Por su parte, la evaluación de impacto permite establecer los cambios que produce la política del Estado en los comportamientos de los individuos y de los grupos.

La evaluación de satisfacción es un intento más reciente de evaluación de políticas. Con ella se busca observar en qué medida los que recibieron los efectos de una determinada política consideran que sus problemas se resolvieron, sus demandas fueron satisfechas o sus necesidades fueron atendidas, con lo cual reconoce la subjetividad relacionada con las diferencias de carácter cultural, social, geográfica, tecnológica e incluso ecológica.

Finalmente, la evaluación participativa busca romper con el esquema en el que son unos “expertos” quienes a puerta cerrada o desde su escritorio, adelantan la evaluación de una política pública. Por ende, esta clase de evaluación busca combinar las tres partes diferentes comprometidas en el proceso:

- Los expertos externos: como el punto de vista no comprometido.
- La administración pública: como el punto de vista comprometido (aquellos que por haber ejecutado la política, tienen también el derecho a decir qué pasó en la cotidianidad de los problemas de flujo de fondos, de manejo de personal, de recursos, etc.).
- Los usuarios: como el punto de vista de los afectados (quienes realmente reciben los beneficios o los perjuicios de la política pública).

En la actualidad, la tendencia es hacer que los ejercicios de evaluación de políticas públicas incorporen al menos estos tres grupos de participantes, lo cual es, sin duda, un elemento importante, no tanto porque ninguna de estas por sí sola sea o no la correcta, sino porque tanto la visión de los usuarios, como la de

la administración, o la de los expertos, es individualmente sesgada y al poner las tres en relación, se incrementa la posibilidad de obtener una mejor representación de la realidad que se busca comprender.

Finalmente, existen otros enfoques para la evaluación de las políticas públicas, como por ejemplo los cinco descritos por Eric Monnier (citado por Salazar Vargas, 2009), que dan muestra de la pluralidad de opciones desarrolladas por los evaluadores, debido a la complejidad de su objeto de trabajo:

- El enfoque a partir de los objetivos oficiales es el más antiguo y consiste en partir de los objetivos del programa para contestar la siguiente pregunta: ¿En qué medida el programa ha producido los efectos esperados? Este enfoque genera numerosas dificultades en la medida en que la descripción de objetivos formulados con claridad y bien jerarquizados, pertenecen –en la mayoría de los casos– al mito de la decisión puramente racional o de racionalidad absoluta.
- Un segundo enfoque escoge privilegiar los medios utilizados; en este, la cuestión es identificar si dichos medios han sido desplegados de manera óptima. Este enfoque tiende a ser más operacional y las intenciones de los autores–actores del programa quedan en el centro del proceso de evaluación.
- Algunos investigadores han propuesto eliminar completamente el hecho de tomar en cuenta los objetivos iniciales en el dispositivo de evaluación, de manera que se puedan concentrar en el estudio de los efectos del programa, ya sean aquellos previstos o no por los promotores de la política pública. El problema es ¿Cómo apreciar los resultados? Este interrogante se busca resolver mediante la intervención de las “necesidades fundamentales” de la población.
- En el enfoque de los procesos lo que se trata es de poner en marcha una perspectiva global del proceso político, que incluya los cambios en los objetivos, las negociaciones sobre los medios y, de manera general, todo eso hace que la puesta en marcha de la política pública se aleje de la descripción abstracta que se podía hacer de ella inicialmente. Fuertemente influida por el análisis del sistema, la puesta en marcha de este enfoque es bastante compleja, dada la heterogeneidad de las variables consideradas.
- Un último enfoque rompe explícitamente con el punto de vista de los decisores, al proponer hacer de la evaluación un proceso nunca acabado de aprendizaje colectivo y de búsqueda pluralista de solución a los problemas sociales. En este caso, el conjunto de los decisores y de los usuarios, así como su sistema de valores, “se concibe como un sistema abierto en el cual se integra la evaluación y sus objetivos, evolucionando también a medida de su desarrollo” (Monnier, 2002, p. 106.). Complementa este aspecto el pro-

fesor Müller (2002), al aseverar que el enfoque pluralista toma mucho más en cuenta los límites de las teorías de la decisión: incertidumbre en cuanto a la racionalidad y coherencia de los objetivos iniciales, incluidos los mecanismos de percepción propios de los diferentes actores, incertidumbre en cuanto al encadenamiento de las secuencias del proceso decisional, incertidumbre en cuanto a las fronteras mismas del sistema de decisión.

Este enfoque tiene otro aspecto atractivo: permite romper con la tentación permanente de juzgar los resultados de una política pública a través de la mirada del decisor. Es en esta perspectiva que Bruno Jobert y Philippe Warin proponen evaluar las políticas públicas “desde abajo”: “Si las políticas públicas no están hechas por profesionales y por hombres políticos, ¿Acaso, no hay que evaluarlas a partir de los criterios de juicio de a quienes están destinadas?”.

Salazar Vargas, (2009) señala que el único riesgo de este enfoque es olvidar que las políticas públicas se elaboran en una sociedad jerarquizada en la que no necesariamente se les asigna un peso determinante a los usuarios directos de la política. Atractiva a priori, la propuesta de confrontación pluralista de los intereses en juego tiene el riesgo evidente de chocar con numerosos actores, quienes no tienen ningún interés en el proceso.

1.3 MARCO CONTEXTUAL DE LA SALUD EN COLOMBIA

Los modelos económicos presentes en los países en vía de desarrollo, a finales del Siglo XX, han ubicado la salud no como un derecho humano de carácter universal conexo a la vida, sino como un servicio. Así lo concibe la Constitución Política de Colombia de 1991, en cuyo artículo 49 define “*La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental*”. A partir de este postulado de naturaleza constitucional, se reglamenta el “servicio” de salud en Colombia a través de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015 y demás normas reglamentarias.

La estructura regulativa del servicio de salud en Colombia deviene de un modelo mixto: **Bismarck-Beveridge**, caracterizado por el establecimiento de un plan obligatorio de salud POS (En Colombia, hasta el año 2012 se tenía un POS contributivo y un POS subsidiado), un sistema de aseguramiento a través de las compañías de seguros o su equivalente, en el caso colombiano las Entidades Promotoras de Salud (EPS), una política de compromiso con la cobertura universal financiada por impuestos progresivos según volumen de ingreso del asegurado y flujo de recursos mediante contratos mixtos (capitación – evento).

En las anteriores condiciones, el servicio de salud, aunque está tutelado por el Estado, a partir de la Ley 100 de 1993, deviene una estructura compleja de la cual forman parte el Estado como órgano de direccionamiento, vigilancia, control y prestación del servicio; los usuarios del servicio organizados en regímenes (subsidiado, contributivo, especial) y quienes mantienen la condición de excluidos del servicio (población pobre no cubierta); y las Entidades Promotoras de Salud EPS (públicas y privadas), en su papel de intermediario financiero promotor y administrador del sistema. En estas condiciones, el servicio de salud se ha convertido en una actividad de mercado en la que se gestan procesos de financiamiento, administración y servicios regulados por la política pública de salud.

Por lo descrito anteriormente, en este apartado se describe la organización administrativa, el flujo de recursos y los componentes del sistema de salud.

1.3.1 Organización administrativa

La ley 715 de 2001 establece las competencias nacionales y territoriales en materia de salud; así mismo, a partir del direccionamiento estratégico nacional, se establece la organización del servicio delegando la prestación del mismo a las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud –IPS- tanto públicas (ESE) como privadas, y la administración y promoción a las Entidades Promotoras de Salud EPS, una de naturaleza pública y las demás de naturaleza privada. El siguiente esquema muestra el resumen del proceso de prestación del servicio:

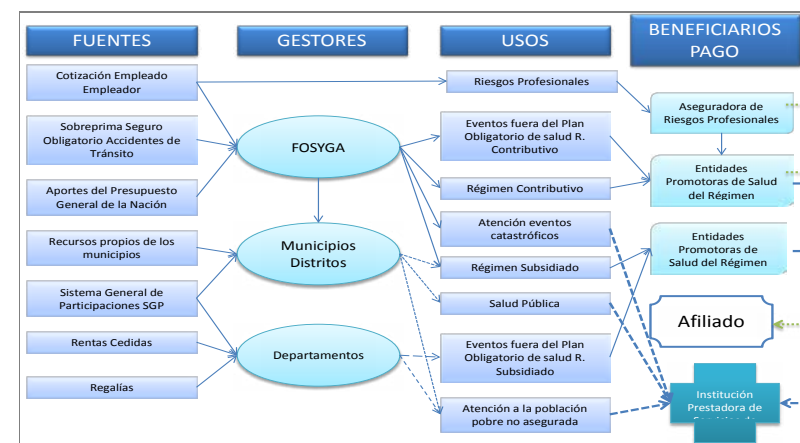


Fuente: López, 2015

La complejidad de las interrelaciones planteadas en la gráfica precedente constituye la señal de las grandes dificultades y barreras de acceso al servicio, por lo que el direccionamiento estratégico también se vuelve complejo y encuentra dentro de sus mayores retos la implementación de sistemas de información únicos que faciliten la conectividad y conductividad, así como la calidad de la información útil para la toma de decisiones que permitan un acceso de calidad.

1.3.2 Flujo de recursos

La Procuraduría General de la Nación (Ministerio Público), con la colaboración de la Agencia para el Desarrollo Internacional USAID y en el marco del programa de Derechos Humanos, realizó el siguiente esquema del flujo de recursos, que responde a lo prescrito en la Ley 100 de 1993:



Fuente: Procuraduría General de la Nación, citado por López, 2015.

El flujo de recursos fue modificado en el artículo 31 de la Ley 1438 y el proceso de giros para el régimen subsidiado fue establecido de la siguiente forma: “**Artículo 31. Mecanismo de recaudo y giro de los recursos del Régimen Subsidiado.** El Gobierno Nacional diseñará un sistema de administración de recursos y podrá contratar un mecanismo financiero para recaudar y girar directamente los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud, incluidos los del Sistema General de Participaciones y los recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993(recursos administrados por Cajas de Compensación Familiar). En el caso del esfuerzo propio territorial el mecanismo financiero se podrá contratar con el sistema financiero y/o los Institutos de Fomento y Desarrollo Regional (INFIS).

A pesar de la reforma aquí citada, las Empresas Sociales del Estado –ESE, en su papel de prestadores del servicio de naturaleza pública, afrontan en la actualidad su más fuerte crisis de liquidez originada precisamente en el flujo de recursos, situación que es objeto de análisis en capítulos posteriores (Problemas estructurales de la salud que afectan el funcionamiento de las ESE, caso HUV).

1.3.3 Componentes del Sistema de Salud

En una propuesta desarrollada por López (2015), se han establecido una serie de interrelaciones en las que se definen los siguientes componentes del sistema de salud:

Componente	Actores	Funciones y productos
Usuarios del servicio	Población: Pacientes P. Sanas expuestas al riesgo	Autocuidado, uso del servicio, hábitos de vida saludables, acudir y/o consultar ante síntomas de enfermedad
Regulación	Público Privado	Estudio análisis y diseño de Normas, Códigos, Protocolos, ética y valores
Organización – Seguros y/o aseguramiento	Estado, promotores, prestadores, profesionales, supervisores y financiadores	Interacción de actores y funciones
Formadores	Organizaciones públicas y privadas de educación en salud.	Provisión de capital humano para el cuidado, la prevención, recuperación de la salud e investigación sanitaria
Profesionales	Médicos, enfermeras, farmacéutas, Odontólogos, Biomédicos Fisioterapeutas, bacteriólogos, entre otros	Prestar el servicio preventivo y curativo – investigación (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación)
Supervisión y vigilancia	Públicos, organizaciones profesionales,	Vigilancia epidemiológica y de salud pública, protocolos de calidad, uso de recursos, observancia normativa, medicamentos.
Investigadores	Profesionales de la salud y otras áreas	IID en salud
Financiación	Estado (impuesto) Instituciones (aportes, donaciones, ayudas mutuales) Usuarios (cuotas y copagos)	Provisión del flujo de recursos (pago por capitación, por evento, por tarifa, copagos, prepagos, cuotas, entre otros)
Calidad	Responsables del servicio	Establecer los protocolos que permitan resguardar la salud de la población mediante acciones preventivas y recuperativas.
Instituciones e infraestructura	Estado, Aseguradoras, Promotoras, Prestadoras Supervisoras, hospitales, Proveedores de insumos, medicamentos y apoyo diagnóstico	Prestar el servicio en términos de calidad, eficiencia y eficacia
Tecnología	Todos los actores	Uso eficiente y eficaz en la calidad de los servicios.

Fuente: López, 2015.

De la tabla anterior se colige la importancia de una política pública de salud centrada en la persona (sana y enferma) y su condición de agente activo, dinámico, presente en el proceso y con responsabilidades de “Autocuidado, uso del servicio, hábitos de vida saludables, acudir y/o consultar ante síntomas de enfermedad”.

En las posibles interrelaciones que hacen posible la materialización de la política pública de salud, en el desarrollo del marco contextual aquí planteado, se observan aspectos a fortalecer que vale la pena mencionar para eliminar las barreras de acceso al sistema de salud. Por lo anterior, se describen a continuación las citadas barreras y los aspectos que se pueden mejorar en las interrelaciones para reducirlas al máximo:

Barrera de acceso al sistema:

- Afiliación y multiafiliación.
- Vencimiento de contratos entre EPS y prestador.
- Autorizaciones para procedimientos (telefónicas).
- Escasa tecnología en los sistemas de referencia y contra referencia, así como información de capacidad instalada disponible.
- Heteronomía de los profesionales de salud ante disposiciones del POS.
- Ruralidad, educación, infraestructura.

Aspectos a fortalecer:

- Tecnología.
- Compromiso de los usuarios, instituciones, profesionales y demás actores ejecutantes de la política pública de salud.
- Fortalecimiento del flujo de recursos.
- Garantía de calidad.

2. NORMATIVIDAD, OBJETIVOS Y FINES DE LA POLÍTICA DE LA SALUD

2.1. LINEAMIENTOS CONSTITUCIONALES

La Constitución Política de Colombia (CPC) establece en el artículo 1°:

ART. 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Por su parte, el artículo 49 de la CPC establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Por mandato constitucional, el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto

público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación; lo anterior de conformidad con el artículo 366 de la CPC.

Mediante la ley 100 de 1993 se desarrolla la intervención del Estado, lo cual está estipulado en el artículo 154 de la siguiente manera: el Estado intervendrá en el servicio público de seguridad social en salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

- Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en el artículo 2º y 153 de esta ley;
- Asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia;
- Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la seguridad social en salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud;
- Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la seguridad social en salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país;
- Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la ley;
- Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad;
- Evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes, y
- Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de seguridad social en salud, como parte fundamental del gasto público social

Así mismo, el artículo 153 de la misma ley contempla lo siguiente:

ARTÍCULO. 153.-Fundamentos del servicio público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del sistema general de seguridad social en salud las siguientes:

- **Equidad.** El sistema general de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financia-

miento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa.

- **Obligatoriedad.** La afiliación al sistema general de seguridad social en salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o capacidad de pago.
- **Protección integral.** El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud.
- **Libre escogencia.** El sistema general de seguridad social en salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acogedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta ley.
- **Autonomía de las instituciones.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente ley.
- **Descentralización administrativa.** La organización del sistema general de seguridad social en salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.
- **Participación social.** El sistema general de seguridad social en salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del sistema general de seguridad social en salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.
- **Concertación.** El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los

consejos nacional, departamentales, distritales y municipales de seguridad social en salud.

- **Calidad.** El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

2.2. MARCO NORMATIVO DE LA SALUD EN COLOMBIA

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Ley	10	1962	Por lo cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología	Ejercicio profesional
Ley	14	1962	Por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía	Ejercicio profesional
Ley	23	1962	Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de químico farmacéutico y se dictan otras disposiciones	Ejercicio profesional
Ley	9	1979	Por la cual se dictan Medidas Sanitarias	Medidas sanitarias
Ley	23	1981	Por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica	Ejercicio profesional
Ley	84	1989	Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Protección de los Animales y se crean unas contravenciones y se regula lo referente a su procedimiento y competencia	Zoonosis

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Ley	35	1989	Sobre ética del odontólogo colombiano	Ejercicio profesional
Ley	50	1990	Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo	Laboral
Ley	10	1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. (descentralización del sector salud)	SGSSS
Ley	100	1993	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	SGSSS
Ley	124	1994	Por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad	Medidas sanitarias
Ley	212	1995	Por la cual se Reglamenta la Profesión de Químico Farmacéutico y se dictan otras disposiciones	Ejercicio profesional
Ley	266	1996	Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones	Ejercicio profesional
Ley	361	1997	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones	Discapacidad
Ley	691	2001	Mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad en Colombia	Inclusión

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Ley	715	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.	Distribución de recursos y competencias
Ley	711	2001	Por la cual se reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética.	Ejercicio profesional
Ley	919	2001	Por medio de la cual se prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico	Medidas sanitarias
Ley	766	2002	Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre asistencia en caso de accidente nuclear o emergencia radiológica	Medidas sanitarias
Ley	972	2005	Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida	ECAT
Ley	982	2005	Por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para personas sordas y sordo ciegas	Inclusión
Ley	1027	2006	Por medio de la cual Colombia declara el día 7 de mayo como el día de los huérfanos del SIDA	Inclusión

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Ley	1122	2007	“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	SGSSS
Ley	1176	2007	Por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de Constitución Política	Distribución de recursos y competencias
Ley	1145	2007	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones	Inclusión
Ley	1122	2007	Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen de epilepsia	Inclusión
Ley	1164	2007	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud	Ejercicio profesional
Ley	1220	2008	Por la cual se aumentan penas para los delitos contra la salud pública de que trata el CP	Medidas sanitarias
Ley	1252	2008	Por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental, referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones	Medidas sanitarias

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Ley	1255	2008	Por la cual se declara de interés social nacional y como prioridad sanitaria la creación de un programa que preserve el estado sanitario de país libre de Influenza Aviar, así como el control y erradicación de la enfermedad del Newcastle en el territorio nacional y se dictan otras medidas encaminadas a fortalecer el desarrollo del sector avícola nacional	Medidas sanitarias
Ley	1259	2008	Por medio de la cual se instaure en el territorio nacional la aplicación del comparendo ambiental a los infractores de las normas de aseo, limpieza y recolección de escombros	Medidas sanitarias
Ley	1275	2009	Por medio de la cual se establecen lineamientos de Política Pública Nacional para las personas que presentan enanismo y se dictan otras disposiciones	Inclusión
Ley	1346	2009	Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006	Inclusión
Ley	1355	2009	Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles	Inclusión

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Ley	1315	2009	Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención	Inclusión
Ley	1335	2009	Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana	Infancia y adolescencia
Ley	1450	2011	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo	Planeación
Ley	1438	2011	Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud	SGSSS
Ley	1437	2011	Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo	D. Administrativo
Ley	1566	2012	Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas	Inclusión
Ley	1562	2012	Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional	Riesgos laborales
Ley	1616	2013	Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones	Inclusión

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Ley	1438	2014	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	SGSSS
Ley	1751	2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones	SGSSS
Ley	55	2015	Por el cual se reglamenta la afiliación de estudiantes al Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones	Inclusión
DECRETOS				
Decreto	1950	1964	Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1962, sobre ejercicio de la profesión de Químico - Farmaceuta y se dictan otras disposiciones	
Decreto	2811	1974	Por el cual se dicta el Código Nacional de Recursos Naturales Renovables y de Protección al Medio Ambiente	
Decreto	1541	1978	Aguas no marítimas	
Decreto	1002	1978	por el cual se reglamentan las Leyes 10 de 1962 y 52 de 1964 y se dictan otras disposiciones sobre Odontología	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	2858	1981	Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 56 del Decreto - Ley 2811 de 1974 y se modifica el Decreto 1541 de 1978	
Decreto	3192	1983	Por el cual se reglamenta parcialmente el Título V de la Ley 09 de 1979, en lo referente a fábricas de alcohol y bebidas alcohólicas, elaboración, hidratación, envase, distribución, exportación, importación y venta de estos productos y se establecen mecanismos de control en el territorio nacional	
Decreto	2162	1983	Por el cual se reglamenta parcialmente el título V de la ley 09 de 1979, en cuanto a producción, procesamiento, transporte y expendio de los productos cárnicos procesados	
Decreto	614	1984	Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de Salud Ocupacional en el país	
Decreto	561	1984	Por el cual se reglamenta parcialmente el Título V de la Ley 09 de 1979, en cuanto a captura, procesamiento,	
Decreto	1594	1984	Usos del agua y residuos líquidos	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	2257	1986	Por el cual se Reglamentan Parcialmente los Títulos VII y XI de la Ley 09 de 1979, en cuanto a investigación, Prevención y Control de la Zoonosis	
Decreto	2314	1986	Por el cual se reglamentan los regímenes de registros sanitarios, y de vigilancia y control sanitario y publicidad de los productos Fito terapéuticos	
Decreto	1070	1990	Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1962, artículo 6o. y parcialmente la Ley 17 de 1974	
Decreto	786	1990	Por el cual se reglamenta parcialmente el título ix de la ley 09 de 1979, en cuanto a la práctica de autopsias clínicas y médico -legales, así como viscerotomías y se dictan otras disposiciones	
Decreto	283	1990	Por el cual se reglamenta el almacenamiento, manejo, transporte, distribución de combustibles líquidos derivados del petróleo y el transporte por carro tanques de petróleo crudo	
Decreto	560	1991	Por el cual se establecen normas para el control económico financiero de las instituciones sin ánimo de lucro del subsector privado del sistema de salud	
Decreto	1843	1991	Por el cual se reglamentan parcialmente los títulos III, V,VI, VII y XI de la ley 09 de 1979, sobre uso y manejo de plaguicidas	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	1088	1991	Por el cual se expide el Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular y los establecimientos en los que se elaboren y comercialicen dichos insumos y se dictan otras disposiciones	
Decreto	412	1992	Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones	
Decreto	269	1993	Por medio del cual se crea y reglamenta el Comité Distrital de Apoyo a la Lactancia Materna	
Decreto	1772	1994	Por el cual se reglamente la afiliación y las cotizaciones al Sistema de Riesgos Profesionales	
Decreto	365	1994	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 3192 de 1983 y se dictan otras disposiciones sobre la materia.	
Decreto	1769	1994	Por el cual se reglamenta el artículo 90 del Decreto 1298 de 1984	
Decreto	1832	1994	Por el cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales	
Decreto	1875	1994	Por el cual se reglamenta el registro de los títulos en el área de la salud, expedidos por las Instituciones de Educación Superior.	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	367	1995	Por el cual se adopta el reglamento para la concesión de la administración, operación, mantenimiento de los cementerios y horno crematorio de propiedad del Distrito Capital.	
Decreto	948	1995	Por el cual se reglamentan, parcialmente, la Ley 23 de 1973, los artículos 33, 73, 74, 75 y 76 del Decreto - Ley 2811 de 1974; los artículos 41, 42, 43, 44, 45, 48 y 49 de la Ley 9 de 1979; y la Ley 99 de 1993, en relación con la prevención y control de la contaminación atmosférica y la protección de la calidad del aire.	
Decreto	677	1995	Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia.	
Decreto	1890	1995	Por el cual se reglamentan los artículos 130 y 236 de la Ley 100 de 1993.	
Decreto	1530	1996	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 100 de 1993 y el Decreto Ley 1295	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	201	1996	Por el cual se modifica el Decreto número 367 del 7 de julio de 1995, por el cual se adopta el reglamento para la concesión de la administración, operación y mantenimiento de los cementerios y hornos crematorios de propiedad del Distrito Capital.	
Decreto	547	1996	Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 09 de 1979, en cuanto a la expedición del registro Sanitario y a las condiciones sanitarias de producción, empaque y comercialización, al control de la sal para consumo humano y se dictan otras disposiciones sobre la materia	
Decreto	1944	1996	Por el cual se reglamenta la fortificación de la harina de trigo y se establecen las condiciones de comercialización, rotulado, vigilancia y control.	
Decreto	2240	1996	Por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud	
Decreto	1543	1997	Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el VIH y otras ETS	
Decreto	3075	1997	Por la cual se reglamenta parcialmente la Ley 9 de 1979 y se dictan otras disposiciones.	
Decreto	1171	1997	Por el cual se reglamentan los artículos 50, 51 de la Ley 23 de 1981.	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	2111	1997	Por el cual se reglamentan las disposiciones referentes a licencias de construcción y urbanismo, al ejercicio de la curaduría urbana, y las sanciones urbanísticas	
Decreto	1543	1997	Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).	
Decreto	219	1998	Por el cual se reglamentan parcialmente los regímenes sanitarios de control de	
Decreto	337	1998	Por el cual se dictan disposiciones sobre recursos naturales utilizados en preparaciones farmacéuticas, y se amplía el plazo establecido en el artículo 1o. del Decreto 341 de 1997	
Decreto	1545	1998	Por el cual se reglamentan parcialmente los Regímenes Sanitarios, del Control de Calidad y de Vigilancia de los Productos de aseo, higiene y limpieza de uso doméstico y se dictan otras disposiciones	
Decreto	1281	2002	Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación de los servicios de salud a la población del país	
Decreto	1669	2002	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	1713	2002	Por el cual se reglamenta la Ley 142 de 1994, la Ley 632 de 2000 y la Ley 689 de 2001, en relación con la prestación del servicio público de aseo, y el Decreto Ley 2811 de 1974 y la Ley 99 de 1993 en relación con la Gestión Integral de Residuos Sólidos	
Decreto	2676	2002	Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares	
Decreto	2287	2003	Por el cual se reglamenta el uso del Carné de Salud Infantil como requisito de ingreso a los establecimientos educativos y de bienestar	
Decreto	2090	2003	Por el cual se definen las actividades de alto riesgo para la salud del trabajador y se modifican y señalan las condiciones, requisitos y beneficios del régimen de pensiones de los trabajadores que laboran en dichas actividades	
Decreto	2112	2003	Por el cual se reglamenta la acreditación y certificación de los laboratorios públicos y privados que practican pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN y se dictan otras disposiciones	
Decreto	515	2004	Por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS	
Decreto	332	2004	Por el cual se modifica el artículo 50 del Decreto 616 de 2006	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	2266	2004	Por el cual se reglamentan los regímenes de registros sanitarios, y de vigilancia y control sanitario y publicidad de los productos fitoterapéuticos	
Decreto	3553	2004	Por el cual se modifica el Decreto 2266 de 2004 y se dictan otras disposiciones	
Decreto	3554	2004	Por el cual se regula el régimen de registro sanitario, vigilancia y control sanitario de los medicamentos homeopáticos para uso humano y se dictan otras disposiciones	
Decreto	4725	2005	Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano	
Decreto	2200	2005	Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones	
Decreto	1538	2005	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997	
Decreto	3010	2005	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 515 de 2004	
Decreto	3880	2005	Por el cual se modifican parcialmente los Decretos 515 de 2004, 506 de 2005, 3010 de 2005 y se dictan otras disposiciones	
Decreto	4126	2005	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000, modificado por el Decreto	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	838	2005	Por el cual se modifica el Decreto 1713 de 2002 sobre disposición final de residuos sólidos y se dictan otras disposiciones	
Decreto	4299	2005	Por el cual se reglamenta el artículo 61 de la Ley 812 de 2003 y se establecen	
Decreto	1737	2005	Por el cual se reglamenta la preparación, distribución, dispensación, comercialización, etiquetado, rotulado y empaque de los medicamentos homeopáticos magistrales y oficinales y se dictan otras disposiciones	
Decreto	3050	2005	Por el cual se reglamenta el expendio de medicamentos	
Decreto	315	2006	Por el cual se adopta el Plan Maestro de Abastecimiento de alimentos y seguridad alimentaria para Bogotá Distrito Capital y se dictan otras disposiciones	
Decreto	3518	2006	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones	
Decreto	1011	2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud	
Decreto	2086	2006	Por la cual se establece el procedimiento acelerado de evaluación de solicitudes de registro sanitario para medicamentos por razones de interés público o salud pública y se dictan otras disposiciones	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	4664	2006	Por el cual se modifica el Decreto 1737 de 2005 y se dictan otras disposiciones	
Decreto	616	2006	Por el cual se expide el Reglamento Técnico sobre los requisitos que debe cumplir la leche para el consumo humano que se obtenga, procese, envase, transporte, comercializa, expendia, importe o exporte en el país	
Decreto	1861	2006	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 3554 de 2004 y se dictan otras disposiciones	
Decreto	1945	2006	Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 23 de 1962 y 212 de 1995, y se dictan otras disposiciones	
Decreto	2330	2006	Por el cual se modifica el Decreto 2200 de 2005 y se dictan otras disposiciones	
Decreto	2838	2006	por el cual se modifica parcialmente el Decreto 616 de 2006 y se dictan otras disposiciones	
Decreto	318	2006	Por el cual se adopta el Plan Maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá Distrito Capital	
Decreto	3249	2006	Por el cual se reglamenta la fabricación, comercialización, envase, rotulado o etiquetado, régimen de registro sanitario, de control de calidad, de vigilancia sanitaria y control sanitario de los suplementos dietarios, se dictan otras disposiciones y se deroga el Decreto 3636 de 2005	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	3518	2006	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones	
Decreto	122	2007	Por el cual se establece la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud y se derogan las disposiciones contrarias	
Decreto	1500	2007	Por el cual se establece el reglamento técnico a través del cual se crea el Sistema Oficial de Inspección, Vigilancia y Control de la Carne, Productos Cárnicos Comestibles y Derivados Cárnicos Destinados para el Consumo Humano y los requisitos sanitarios y de inocuidad que se deben cumplir en su producción primaria, beneficio, desposte, despiece, procesamiento, almacenamiento, transporte, comercialización, expendio, importación o exportación	
Decreto	1698	2007	Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas	
Decreto	4840	2007	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000, modificado por el Decreto 2763 de 2001 y el Decreto 1669 de 2002, sobre la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares	
Decreto	4972	2007	Por el cual se reglamentan las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	574	2007	Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas	
Decreto	1575	2007	Por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano.	
Decreto	1030	2007	Por el cual se expide el Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular y los establecimientos en los que se elaboran y comercialicen dichos insumos y se dictan otras disposiciones	
Decreto	411	2008	Por el cual se establecen restricciones especiales al consumo de estupefacientes, sustancias psicoactivas y tóxicas, en el Distrito Capital de Bogotá, y se dictan otras disposiciones	
Decreto	456	2008	Por el cual se reforma el Plan de Gestión Ambiental del DC	
Decreto	313	2008	Por la cual se reglamente parcialmente las leyes 715 del 2001, 1122 del 2007 y 1176 del 2007	
Decreto	460	2008	Por el cual se actualiza el Consejo Distrital de Política Social	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	456	2008	Por el cual se reforma el Plan de Gestión Ambiental del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones	
Decreto	4671	2008	Por medio de la cual se amplían los plazos señalados en el Decreto 860 del 2008	
Decreto	2353	2008	Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas	
Decreto	3556	2008	Por el cual se modifica el Decreto 515 de 2004, “por el cual se define el Sistema de habilitación de las Entidades Administradoras de Régimen Subsidiado, ARS, (hoy Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado -EPS’S)”	
Decreto	1453	2009	Por el cual se declara la existencia de una situación de desastre nacional	
Decreto	4131	2009	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1500 de 2007, modificado por los Decretos 2965 de 2008 y 2380 de 2009.	
Decreto	516	2009	Por el cual se adopta el Manual de Direccionamiento Estratégico para las Comunicaciones del Distrito Capital	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	3275	2009	Por el cual se modifica el artículo 1o y se adiciona un párrafo al artículo 18 del Decreto 4725 de 2005	
Decreto	1453	2009	Por el cual se declara la existencia de una situación de desastre nacional	
Decreto	176	2009	Por medio del cual se adoptan disposiciones especiales para atender la situación de Desastre Nacional declarada mediante el Decreto 1453 del 28 de abril de 2009, expedido por el Gobierno Nacional, para conjurar la crisis e impedir la extensión de sus efectos en el Distrito Capital	
Decreto	335	2009	Por medio del cual se modifica parcialmente el Decreto Distrital 187 de 2002, se derogan los Decretos Distritales 400 de 2001 y 188 de 2002 y se establecen algunas disposiciones frente a los usos de alto impacto referidos a prostitución y actividades afines	
Decreto	120	2010	Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol	
Decreto	166	2010	Por el cual se adopta la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	456	2010	Por el cual se complementa el Plan Maestro para el Manejo Integral de Residuos Sólidos (Decreto Distrital 312 de 2006), mediante la adopción de las normas urbanísticas y arquitectónicas para la implantación y regularización de bodegas privadas de reciclaje de residuos sólidos no peligrosos, no afectas al servicio público de aseo, en el Distrito Capital	
Decreto	2086	2010	Por el cual se establece el procedimiento acelerado de evaluación de solicitudes de registro sanitario para medicamentos por razones de interés público o salud pública y se dictan otras disposiciones	
Decreto	3951	2010	Por el cual reglamentará la organización del Sistema Nacional de Discapacidad	
Decreto	126	2010	Por el cual se dictan disposiciones en materia de inspección; vigilancia y control de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	
Decreto	4811	2010	Por el cual se reglamente parcialmente la Ley 1393 del 2010	
Decreto	589	2010	Por el cual se adiciona un párrafo al artículo 30 del Decreto 3771 de 2007, modificado por el artículo primero del Decreto 4943 de 2009	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	1673	2010	Por el cual se modifica el artículo 50 del Decreto 616 de 2006	
Decreto	2923	2011	Por el cual se establece el Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Profesionales	
Decreto	596	2011	Por medio de la cual se adopta la Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011- 2023”	
Decreto	225	2011	Por el cual se delega la función y la responsabilidad de la aplicación del Comparendo Ambiental en Bogotá, Distrito Capital	
Decreto	2734	2012	Por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia	
Decreto	1686	2012	Por el cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que se deben cumplir para la fabricación, exportación, importación de bebidas alcohólicas para el consumo humano	
Decreto	19	2012	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios en la administración pública	
Decreto	734	2012	Por el cual se reglamente el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública	

Tipo	Número	Años	Contenido	Tema
Constitución Política		1991	Constitución Política de Colombia	
Decreto	196	2013	Por la cual se fija el procedimiento y los criterios de distribución y asignación de los recursos del SGP para salud población pobre	
Decreto	85	2013	Por medio del cual se ordena adecuar en el distrito capital el Centro Ecológico Distrital de Protección y Bienestar animal	
Decreto			2763 de 2001 y el Decreto 1669 de 2002, sobre la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.	
Decreto	723	2013	Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones.	

3. DEFINICIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA Y POLÍTICA DE LA SALUD

3.1 ¿QUÉ ES LA POLÍTICA PÚBLICA?

Las políticas públicas se definen como la respuesta que el Estado puede dar a las demandas de la sociedad en forma de normas, instituciones, prestaciones, bienes públicos o servicios. A esta definición, se le pueden añadir las siguientes, que son expuestas por distintos autores:

Una política pública de excelencia corresponde a aquellos cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado. Una política pública de calidad incluirá orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados (SINACOF, AÑO XXX, p. XXX)

Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener (Velásquez, 2009, p. XXX).

Las políticas son orientaciones o directrices, que rigen la actuación de una persona o entidad en un asunto o campo determinado; las políticas públicas son generalmente mecanismos de gestión de los asuntos públicos, se expresan en: 1) Disposiciones legales y jurídicas, 2) Planes programas y proyectos, 3) La mano invisible del mercado (los contratos), 4) Los patrones culturales (Gómez, 2005, p. XXX).

La política pública designa la existencia de un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios

o acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática (Roth, 2002, p. XXX).

Para la formulación de la política pública, el profesor Roth en su libro *Perspectivas Teóricas para el Análisis de las Políticas: ¿De la razón científica al arte retórico?* establece un marco, dividido en cinco fases, del ciclo de política en el cual identifica una serie de actividades y actores principales:

Marco del ciclo de política: actividades y actores principales

Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas...

Tabla 1. El marco del ciclo de política: actividades y actores principales

FASE I	FASE II	FASE III	FASE IV	FASE V
Identificación e institucionalización de un problema	Formulación de soluciones o acciones	Toma de decisión	Implementación	Evaluación
Actividades Valores, acontecimientos, intereses, demandas y agenda pública.	Actividades Elaboración y valoración de respuestas, selección de criterios.	Actividades Encontrar una coalición mayoritaria, legitimación.	Actividades Ejecución, gestión, efectos concretos.	Actividades Reacciones, juicio sobre los efectos, medición, valoración, propuestas de reajuste.
Actores Partidos, movimientos sociales, gremios, medios, políticos, administración pública, ONG, etc.	Actores Parlamentos, gremios, administración pública, organizaciones políticas y sociales, ONG, etc.	Actores Parlamentos, presidente, ministro, gobernador, alcalde, etc.	Actores Administración pública, ONG, empresa privada, etc.	Actores Medios, expertos, administración pública, responsables políticos, organizaciones políticas y sociales, gremios, afectados, ONG, etc.

Fuente: Elaboración propia.

2.2 Las teorías de la elección racional y del Public Choice

Fuente: Roth, A. (año del libro).

3.2 ¿QUÉ ES LA POLÍTICA DE LA SALUD?

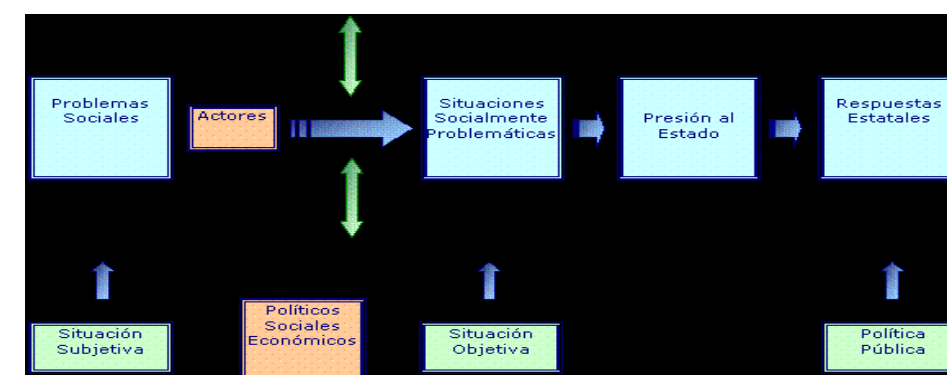
En el tema de las políticas públicas para la salud, Carlos Salazar (2002, p. XXX) propone que

(...) Una Política Pública es “*el conjunto de sucesivas respuestas del Estado frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas*”, es decir, hace referencia al conjunto de decisiones y acciones destinadas a la resolución de los problemas políticos, que envuelven la actividad política, entendiendo por esta “*un conjunto de procedimientos formales e informales que expresan relaciones de poder y se destinan a la resolución pacífica de conflictos en cuanto a bienes públicos*”.

En este orden de ideas, es claro que una Política Pública, desde cierto punto de vista, constituye en sí misma una actividad por medio de la cual la sociedad reflexiona y cuestiona la validez de sus instituciones, y por ende también de sus

normas y comportamientos; tal cuestionamiento se suscita en la medida o nivel de empoderamiento de los diferentes actores sociales, de manera que a través del diseño y formulación de una Política Pública se puedan apropiar de la capacidad para cambiar aquellas “*situaciones consideradas socialmente como problemáticas*”.

Gráfico 1: el origen de las políticas públicas



Fuente: Salazar (2002)

La política de salud, materializada con la Ley 100 de 1993 Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, está inmersa en la política social y sus lineamientos se encuentran definidos en el Plan Decenal de Salud 2012 - 2021, que debe ser adoptado por los entes territoriales en cumplimiento de las condiciones y exigencias del mundo actual y atendiendo las necesidades reales de la comunidad.

3.2.1 Actores sociales

3.2.2 De los órganos de la política de la salud

3.2.2.1 Organismos de dirección, vigilancia y control

a) Los Ministerios de Salud

Son funciones del Ministerio de Salud además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, especialmente en la Ley 10 de 1990, el Decreto ley 2164 de 1992 y la Ley 60 de 1993, las siguientes:

- Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.
- Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
- Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
- Formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
- Elaborar los estudios y propuestas que requiera el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el ejercicio de sus funciones.
- Ejercer la adecuada supervisión, vigilancia y control de todas las entidades comprendidas en los literales b) a h) del artículo 181 de la presente ley y de las direcciones seccional, distrital y local de salud, excepto la Superintendencia Nacional de Salud.
- El Ministerio de Salud reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema de seguridad social de salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento.

b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y Comisión de Regulación en Salud (CRES)

- Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
- Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
- Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente ley. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
- Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.
- Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.
- Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.
- Establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada.
- Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.
- Recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.
- Adoptar su propio reglamento.
- Las demás que le sean asignadas por ley.

c) La Superintendencia Nacional en Salud

- Vigilar el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales relacionadas con la organización y funcionamiento de los diferentes tipos de Entidades Promotoras de Salud, en especial su régimen tarifario y la calidad del servicio.
- Autorizar la constitución y expedir el certificado de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud.
- Velar por el cumplimiento de las normas relacionadas con la eficiencia y control de gestión de las entidades de seguridad y la previsión social.
- Velar por el adecuado financiamiento y aplicación de los recursos públicos del Sistema de Seguridad Social en Salud.

- Velar porque las entidades promotoras y prestadoras de servicios cumplan con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, incluyendo la auditoría médica.
- Velar porque no se presente evasión y elusión de los aportes por parte de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud; en tal sentido podrá solicitar la información necesaria a las entidades rectoras del régimen general de pensiones, a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a las entidades recaudadoras territoriales y a otras entidades que reciban contribuciones sobre la nómina.
- Velar, de conformidad con las disposiciones legales, por la oportuna y eficiente explotación de los arbitrios rentísticos que se obtengan de los monopolios de loterías, apuestas permanentes y demás juegos de suerte y azar, cualquiera sea la modalidad de explotación utilizada.
- Velar, de conformidad con las disposiciones legales, por la oportuna y adecuada liquidación, recaudo, giro, transferencia, cobro y utilización de los recursos fiscales y demás arbitrios rentísticos, cualquiera que sea su origen, con destinación a la prestación de los servicios de salud.
- Velar por la eficiente y oportuna liquidación, cobro, giro y aplicación de los recursos provenientes del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito.
- Velar por la adecuada y oportuna liquidación, cobro, giro y transferencia del impuesto al consumo de cervezas y sifones destinados al Sector Salud y verificar el cálculo de la base gravable de conformidad con las disposiciones legales.
- Velar por que las empresas o fábricas productoras de licores liquiden y giren adecuada y oportunamente el valor del impuesto con destino a la prestación de los servicios de salud, de conformidad con las disposiciones legales.
- Velar por la oportuna y eficiente liquidación, cobro, giro y liquidación del porcentaje de los recursos provenientes de Impuesto de Registro y Anotación, correspondiente a los servicios de salud.
- Velar porque los agentes e intermediarios de los planes complementarios y el plan básico de salud adelanten sus operaciones dentro del principio de la transparencia frente al usuario garantizando, igualmente, la seguridad en sus relaciones con las Entidades Promotoras de Salud en cuanto al manejo de recursos pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Asegurar el cumplimiento de las obligaciones especiales a cargo de los sujetos pasivos de impuestos con destinación a la prestación de los servicios de salud y asistencia pública, de conformidad con las disposiciones legales.

- Dar posesión al Revisor Fiscal de las entidades promotoras, y prestadoras de salud, cuando se cerciore acerca del carácter, la idoneidad y la experiencia del peticionario y, expedir la correspondiente acta de posesión, la cual será exigida por las Cámaras de Comercio, para efectos de la inscripción en el registro mercantil del nombramiento de los revisores fiscales. El Ministerio de Salud definirá aquellos casos, excepcionales, en los cuales la correspondiente Institución Prestadora de Servicios no requiera revisor fiscal.
- Velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen, de suerte que les permita, a través de elementos de juicio claros y objetivos, escoger las mejores opciones del mercado.
- Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros e indicadores de las entidades sometidas a su control, en los que se demuestre la situación de cada una de estas y la del sector en su conjunto.
- Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia previsional y prestacional de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las instituciones de utilidad común que contraten con el Estado.
- Resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencias en el sector de la salud.
- Practicar visitas de Inspección a las entidades vigiladas con el fin de obtener un conocimiento integral de su situación financiera, del manejo de los negocios, o de aspectos especiales que se requieran, para lo cual se podrán recepcionar declaraciones, allegar documentos y utilizar los demás medios de prueba legalmente admitidos.
- Interrogar bajo juramento y con observancia de las formalidades previstas para esta clase de pruebas en el Código de Procedimiento Civil, a cualquier persona cuyo testimonio pueda resultar útil para el esclarecimiento de los hechos durante el desarrollo de sus funciones. En desarrollo de esta facultad podrá exigir la comparecencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el Código de Procedimiento Civil.
- Impartir las instrucciones que considere necesarias sobre la manera como los revisores fiscales, auditores fiscales, auditores internos y contadores de los sujetos de inspección y vigilancia deben ejercer su función de colaboración con la Superintendencia.
- Imponer a las instituciones respecto de las cuales tenga funciones de inspección y vigilancia, a los administradores, empleados revisor fiscal de las mismas, previa solicitud de explicaciones, multas sucesivas hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sanción a favor del Tesoro Nacional, cuando desobedezcan las instrucciones u órde-

nes que imparta la Superintendencia. Esta facultad excluye conforme a las disposiciones legales a los funcionarios de elección popular.

- Imponer en desarrollo de sus funciones, las siguientes sanciones: a) Amonestación escrita; b) Multas sucesivas graduadas según la gravedad de la falta, a los representantes legales y demás funcionarios de las entidades vigiladas, entre cien (100) y mil (1.000) salarios mínimos diarios legales vigentes en la fecha de expedición de la resolución sancionatoria, y c) Multas sucesivas a las entidades y organismos vigilados hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios mínimos diarios legales vigentes en la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.
- Sancionar con multas sucesivas hasta de mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía:
 - * A los empleadores que incurran en cualesquiera de las siguientes conductas: no inscribir en una entidad promotora de salud todas las personas con las que tenga vinculación laboral; no pagar cumplidamente los aportes de salud; no descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio; no girar oportunamente los aportes y cotizaciones a la Entidad Promotora de Salud de acuerdo con el reglamento; no informar las novedades laborales de sus trabajadores y no garantizar un medio ambiente laboral sano que permita prevenir riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad social industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social;
 - * A las entidades públicas o privadas que presten el servicio de salud, independientemente del sector a que pertenezcan, que no suministren la atención inicial de urgencias a cualquier persona que lo necesite, sea cual fuere su capacidad de pago;
 - * A las empresas promotoras de salud que no cumplan cualquiera de las siguientes funciones: promover la afiliación de grupos de población no cubierta por la seguridad social; organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud; aceptar como afiliado a toda persona que solicite afiliación y cumpla los requisitos de ley; definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado o su familia; remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa afiliación del trabajador y su familia, a las noveda-

des laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios; establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios y las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

- * A las entidades que no manejen los recursos de la seguridad social, originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema, en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad;
 - * A las Entidades Promotoras de Salud que en forma unilateral, terminen la relación contractual con sus afiliados o nieguen la afiliación a quien desee ingresar al régimen garantizando el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario de conformidad con el reglamento;
 - * A las entidades que celebren acuerdos o convenios o realicen prácticas y decisiones concertadas que directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
 - * A las entidades o personas que pretendan adulterar la base de liquidación con el objeto de evadir total o parcialmente el pago de sus obligaciones en materia de salud;
 - * A los empleadores que atenten contra el derecho a la libre escogencia de Entidad Promotora de Salud respecto a sus trabajadores;
 - * A las entidades promotoras de salud que no adelanten los procesos para la implantación de sistemas de costos y facturación o que no se sometan a las normas en materia de información pública a terceros, con el objeto de garantizar la transparencia y competencia necesaria dentro del sistema, y
 - * A las entidades que no acaten el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud que expida el Gobierno Nacional .
- Solicitar a la autoridad competente de las instituciones objeto de inspección y vigilancia o a la Procuraduría General de la Nación la iniciación de los procesos disciplinarios contra los servidores de aquellas, que hayan incurrido en conductas presuntamente sancionables.
 - Expedir el reglamento a que deben sujetarse las entidades vigiladas en relación con sus programas publicitarios con el propósito de ajustarlos a las normas vigentes, a la realidad jurídica y económica del servicio promovido y para prevenir la propaganda comercial que tienda a establecer competencia desleal.

- Recaudar y liquidar las contribuciones que corresponda sufragar a las entidades sometidas a inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y
- Las demás que conforme a las disposiciones legales pueda desarrollar. Parágrafo. El Gobierno Nacional podrá delegar total o parcialmente la inspección y vigilancia de las Entidades Promotoras de Salud en los jefes de las entidades territoriales.

3.2.2.2 Los organismos de administración y financiación

a) Las Entidades Promotoras de Salud

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.

- Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
- Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
- Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
- Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
- Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

- Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

b) Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, y las direcciones seccional, distrital y municipal de salud

Además de las funciones previstas en las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993, estas tendrán las siguientes funciones:

- Preparar los estudios y propuestas que requiera el Consejo territorial de Seguridad Social de Salud en el ejercicio de sus funciones.
- Preparar para consideración del Consejo territorial de Seguridad Social en Salud los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios del régimen subsidiado en el área de su jurisdicción y orientar su puesta en marcha.
- Administrar los recursos del subsidio para la población más pobre y vulnerable en los términos previstos en la presente ley, con los controles previstos en el numeral 7 del artículo 153.
- La inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.
- Velar por el cumplimiento de las normas sobre pasivo prestacional de los trabajadores de la salud en su respectiva jurisdicción.

c) El fondo de solidaridad y garantía

Ley 100

ARTÍCULO 218. Creación y operación del fondo. Créase el fondo de solidaridad y garantía, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el estatuto general de la contratación de la administración pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.

El consejo nacional de seguridad social en salud determinará los criterios de utilización y distribución de sus recursos.

ARTÍCULO 219. Estructura del fondo. El fondo tendrá las siguientes subcuentas independientes:

- De compensación interna del régimen contributivo;
- De solidaridad del régimen de subsidios en salud;
- De promoción de la salud, y
- Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, según el artículo 167 de esta ley.

3.2.2.3 Las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, mixtas o privadas

Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

3.2.2.4 Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud

3.2.2.5 Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados

3.2.2.6 Los beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud en todas sus modalidades

3.2.2.7 Los comités de participación comunitaria “Copacos” creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud

3.2.3 Materialización de la Política Pública de Salud

Por mandato constitucional (Arts. 339 al 343), se ha establecido que las políticas públicas, en este caso la de la salud, se expresan en planes de desarrollo, cuya estructura, forma y alcance están regulados por la ley orgánica de planeación –Ley 152 de 1994- y su interpretación ha sido establecida por jurisprudencias a través de diversas sentencias de la Corte Constitucional.

3.2.3.1 Plan Nacional de Desarrollo

El del Plan Nacional de Desarrollo 2015 al 2018 “*Todos por un nuevo país*”, del presidente Juan Manuel Santos se basa en 3 pilares que son:

La paz: el Plan refleja la voluntad política del gobierno para construir una paz sostenible bajo un enfoque de goce efectivo de derechos.

La equidad: el Plan contempla una visión de desarrollo humano integral en una sociedad con oportunidades para todos.

Equidad y Educación: el Plan asume la educación como el más poderoso instrumento de igualdad social y crecimiento económico en el largo plazo, con una visión orientada a cerrar brechas en acceso y calidad al sistema educativo, entre individuos, grupos poblacionales y entre regiones, acercando al país a altos estándares internacionales y logrando la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos.

Para su cumplimiento, se incorporaron las siguientes estrategias transversales que son:

- Competitividad e infraestructura estratégica
- Movilidad social
- Transformación del campo
- Seguridad, justicia y democracia para la construcción de la paz
- Buen gobierno
- Crecimiento verde

Dentro de la estrategia movilidad social, se tienen contemplados, como mecanismo para garantizar el cumplimiento del Plan Estratégico, los siguientes objetivos:

Definir la política de atención integral de salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, lo cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones de salud, en el marco de sus competencias y funciones. Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques:

- Atención Primaria en Salud (APS)
- Salud familiar
- Articulación de las actividades individuales y colectivas
- Enfoque poblacional y diferencial

Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicio, el desarrollo del talento humano, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimientos y revisión.

La anterior actividad estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, que, además, deberá realizar la adaptación de la política a los ámbitos territoriales de acuerdo a las características poblacionales y con una amplia participación de los actores del sector salud.

Crear una entidad para el manejo de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que será del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. Dicha entidad tendrá las siguientes funciones, que en ningún caso pueden ser las mismas que les competen a las EPS:

- Administrar los recursos del sistema (Fosyga, FONSAET, pólizas de seguros en salud, copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan contributivo etc.)
- Efectuar el reconocimiento y pago de las unidades de pago por capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud.
- Realizar los pagos, efectuar giros directos, a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.
- Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.
- Desarrollar los mecanismos establecidos en los artículos 41 del Decreto Ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013.
- Administrar la información propia de sus operaciones
- Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

Las entidades territoriales en el respectivo fondo local, distrital o departamental en salud deberán presupuestar y ejecutar los recursos destinados al régimen subsidiado en salud sin situación de fondos; estas entidades serán las respon-

sables de gestionar el giro de estos recursos, en caso de que no se haga, deberá responder por los recursos no girados además de las sanciones a que haya lugar por la omisión.

Los recursos del Presupuesto General de la Nación destinados al financiamiento del SGSSS se presupuestarán como transferencia para ser trasladados a la entidad.

Los recursos administrados por la Entidad harán unidad de caja excepto los recursos de propiedad de las entidades territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada.

La Entidad tendrá domicilio en Bogotá, D.C., sus ingresos estarán conformados por los aportes del Presupuesto General de la Nación definidos a través de la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la Entidad. Los gastos requeridos para el desarrollo del objeto de la Entidad se financiarán con un porcentaje de hasta el cero coma cinco por ciento (0,5%) de los recursos administrados con situación de fondos.

La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo a lo contemplado en el Artículo 67 del Plan Nacional de Desarrollo, tendrá a su cargo la administración de los siguientes recursos:

- Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud del componente de subsidios a la demanda propiedad de las entidades territoriales, en los términos del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los cuales se contabilizarán individualmente a nombre de las entidades territoriales.
- Los recursos del Sistema General de Participaciones que financian FONSAET.
- Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar (novedosos y localizados) que explota, administra y recauda Coljuegos de propiedad de las entidades territoriales destinadas a financiar el aseguramiento, los cuales se contabilizarán individualmente a nombre de las entidades territoriales.
- Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluidos los intereses, recaudados por las Entidades Promotoras de Salud. Las cotizaciones de los afiliados a los regímenes especiales y de excepción con vinculación laboral adicional respecto de la cual estén obligados a contribuir al SGSSS y el aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales a que hacen referencia el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y el parágrafo del artículo 57 de la Ley 30 de 1992.

- Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
- Los recursos del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) destinados al SGSSS, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012, la Ley 1739 de 2014 y las normas que modifiquen, adicionen o sustituyan estas disposiciones, los cuales serán transferidos a la Entidad, entendiéndose así ejecutados.
- Los recursos del Presupuesto General de la Nación asignados para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, los cuales serán girados directamente a la Entidad por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados.
- Los recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley 1393 de 2010.
- Los recursos del Fonsat creado por el Decreto Ley 1032 de 1991.
- Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra en adición a ella.
- Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009.
- Los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar, diferentes a los que hace referencia el literal c, rentas cedidas de salud y demás recursos generados a favor de las entidades territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado, incluidos los impuestos al consumo que la Ley destina a dicho régimen, serán girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la Entidad. La entidad territorial titular de los recursos gestionará y verificará que la transferencia se realice conforme a la Ley. Este recurso se contabilizará en cuentas individuales a nombre de las Entidades Territoriales propietarias del recurso.
- Los copagos que por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo paguen los destinatarios de tales servicios.
- Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del Sistema y sus excedentes.
- Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Entidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), los cuales serán transferidos directamente a la Unidad sin operación presupuestal.
- Los demás recursos que se destinen a la financiación del aseguramiento obligatorio en salud, de acuerdo con la Ley o el reglamento.
- Los demás que en función a su naturaleza recaudaba

Estos recursos se destinarán a:

- El reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos. El Gobierno Nacional reglamentará, entre otras cosas, el procedimiento de revisión periódico de la incapacidad por parte de las EPS, el momento de calificación definitiva, y las situaciones de abuso del derecho que generen la suspensión del pago de esas incapacidades.
- El pago de las indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011.
- El pago de los gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina.
- El pago de los gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 que financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente.
- El fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias. Este gasto se hará siempre y cuando, en la respectiva vigencia, se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud.
- A la financiación de los programas de promoción y prevención en el marco de los usos definidos en el artículo 222 de la Ley 100 de 1993.
- A la inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 119 de la Ley 1438 de 2011.
- Al pago de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios, que venían siendo financiados con recursos del Fosyga.
- Las medidas de atención de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para la cual los recursos asignados para el efecto serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas a su cargo.
- A las finalidades señaladas en los artículos 41 del Decreto Ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013. Este gasto se hará, siempre y cuando, en la respectiva vigencia, se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud.
- A cubrir los gastos de administración, funcionamiento y operación de la entidad.

- Las demás destinaciones que haya definido la Ley con cargo a los recursos del Fosyga y del FONSAET.
- El pago de los gastos e inversiones requeridas que se deriven de la declaratoria de las emergencias sanitarias y/o eventos catastróficos en el país.

Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos. El MSPS, establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios medicamentos, insumos y dispositivos. Los precios resultantes de las negociaciones centralizadas serán obligatorios para los proveedores y compradores de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud y estos no podrán transarlos por encima de aquellos precios. El Gobierno Nacional podrá acudir subsidiariamente a la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos.

Registros sanitarios de medicamentos y dispositivos médicos: de acuerdo a lo señalado en el artículo 72 de la ley 1753 del 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará, con base en la evaluación que realice el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), los precios de los medicamentos y dispositivos, que serán requisitos para la expedición del correspondiente registro sanitario y/o su renovación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). El MSPS creará una tasa administradora para las personas naturales y/o jurídicas que comercialicen en el país medicamentos y/o dispositivos médicos, la cual incluirá el valor por el servicio prestado.

Establecer reglas para el proceso de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud ante el Fosyga o la entidad que asuma sus funciones, fijando el término de 3 años para efectuar reclamaciones o recobros a partir de la prestación del servicio. La caducidad de la acción legal que corresponda se contará a partir de la fecha de la última comunicación de glosa impuesta en los procesos ordinarios de radicación, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) o quien este designe. En el caso de los recobros y reclamaciones que hayan sido glosados por el Fosyga y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción legal que corresponda, sólo se exigirá para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, los cuales serán determinados por el MSPS. Para tales efectos, las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas (Artículo 73, ley 1753 de 2015, Plan Nacional del Desarrollo 2014 – 2018).

Para el cumplimiento del objetivo “mejorar las condiciones de salud”, se tiene proyectado invertir de acuerdo al Plan Nacional de Inversiones Públicas 2015 al 2018, la suma \$57.859.472 millones de pesos, cuyas fuentes de financiación serán las siguientes de acuerdo a los contemplado en el Artículo 5 “Plan de Inver-

siones y presupuesto plurianuales” ley 1753 de 2015 por el cual se expide el Plan Nacional del Desarrollo 2014 al 2018:

Estrategias Transversales y Objetivos
Plan de Inversiones 2015-2018
Cifras en millones de pesos de 2014

CENTRAL	DESCENTRALIZADO	E. TERRITORIALES	PRIVADO	SGP	SGR	TOTAL
13.823.197		3.993.967	10.797.457	28.723.097	521.754	57.859.472

Es de resaltar que el Plan de Inversión 2015 al 2018 está proyectado en \$703.935.263 billones de pesos de los cuales 44% (\$310.437.580 billones de pesos), están destinados para cumplir con la estrategia “Movilidad social”, lo que representa la inversión más significativa en comparación con las sumas destinadas a cumplir con las otras estrategias. Dentro de la estrategia mencionada, el valor destinado para cumplir con el objetivo “mejorar las condiciones de salud” representa el 19% siendo el tercer valor más significativo de inversión.

Como se puede observar, la mayor fuente de inversión para el cumplimiento del objetivo proviene del Sistema General de Participaciones (SGP), representado en el 50%, seguido del nivel Central con el 24% y la menor fuente de inversión del Sistema General de Regalías del 0,9%

Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014

El Plan Nacional de Desarrollo 2010 al 2014 “Prosperidad para Todos” contempla tres pilares que son:

Crecimiento sostenido basado en una economía más competitiva, más productiva y más innovadora, y con sectores dinámicos que jalonan el crecimiento.

Igualdad de oportunidades que nivele el terreno de juego, que garantice que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitirán labrar su propio destino, independientemente de su género, etnia, posición social o lugar de origen.

Consolidar la paz en todo el territorio, con la consolidación de la seguridad, la plena vigencia de los Derechos Humanos y el funcionamiento eficaz de la justicia

Para el cumplimiento de estos pilares se trazan los siguientes ejes transversales:

- Buen gobierno

- Innovación
- Relevancia internacional
- Sostenibilidad ambiental

Dentro del pilar *Igualdad de Oportunidades*, se tiene contemplada la estrategia Política Integral de Desarrollo y Protección Social, que tiene como uno de sus objetivos “Acceso y calidad en salud universal y sostenible”. Con este se busca garantizar la cobertura universal del aseguramiento en salud a través de los dos regímenes de financiamiento (contributivo y subsidiado), y lograr en el plazo establecido la unificación de sus planes de beneficios. Lo anterior, en condiciones de sostenibilidad financiera y reduciendo los niveles de evasión y elusión. El sistema deberá adicionalmente garantizar mejores niveles de acceso y calidad, y mejorar el desempeño de las instituciones a cargo del manejo del riesgo financiero y de la prestación de los servicios (Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014).

Para cumplir con el objetivo mencionado, se propone desarrollar las siguientes estrategias:

- Promover una vida saludable.
- Brindar atención oportuna y con calidad a los usuarios.
- Consolidar el aseguramiento – avanzar en la unificación de planes de beneficios y regular los servicios no cubiertos por el plan de beneficios.
- Garantizar la sostenibilidad financiera y operativa de los regímenes contributivo y subsidiado.

Durante el cuatrenio 2010 al 2014, de acuerdo al informe de gestión presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social al congreso de la República, se cumplieron las siguientes estrategias:

La Corte Constitucional, al declarar exequible en 2014 la Ley Estatutaria de Salud aprobada en 2013 por el Congreso de la República, consagra a la salud como un derecho fundamental que no puede restringirse. En este mismo marco, y con el fin de garantizar el acceso con calidad a este derecho, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló las siguientes estrategias: las soluciones directas para la gente, el fortalecimiento institucional y la sostenibilidad financiera del sistema.

- En relación con la gente, la cobertura de aseguramiento del sistema se mantuvo en promedio en 96%. Esta cifra, considerada técnicamente como un cubrimiento universal, se logró por la afiliación de 2,5 millones más de personas en comparación con las que existían al comienzo del gobierno actual. Lo anterior implica 1,5 millones de nuevos afiliados en el régimen

contributivo y 1 millón en el régimen subsidiado, con el inmenso esfuerzo en inversión que ello implica, no sólo ante el crecimiento de la población colombiana, sino ante la actualización anual del valor de la Unidad de Pago por Capitación–UPC que se reconoce por cada afiliado (Informe de Actividades 2010 – 2014 Sector Administrativo de Salud y Protección Social). Por otra parte, se lograron menos barreras de acceso, en especial por las medidas de portabilidad y movilidad. Gracias a la portabilidad, los colombianos pueden acceder a los servicios de salud a través de su misma Entidad Promotora de Salud-EPS en cualquier municipio del país. En cuanto a la movilidad, los colombianos de niveles I y II del sistema de identificación de beneficiarios-SISBEN pueden moverse entre el régimen subsidiado y el contributivo sin cambiar de EPS. Además, con la unificación del plan de beneficios vigente desde el segundo semestre de 2012, millones de colombianos del régimen subsidiado pueden acceder a miles de tecnologías en salud que antes sólo estaban disponibles para el régimen contributivo. Esto significa que todos los colombianos ahora tienen el mismo Plan de Beneficios (POS), sin diferencias de clases.

- Fortalecimiento institucional: el sector salud y protección social fue el de mayores cambios institucionales. En noviembre de 2011 se creó el Ministerio de Salud y Protección Social escindiéndose del anterior Ministerio de la Protección Social. Además, en obediencia de la Ley 1438, se creó en 2012 el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud–IETS. Por otra parte, se reestructuraron el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos–INVIMA, el Instituto Nacional de Salud–INS y la Superintendencia Nacional de Salud. Todo ello con el fin de fortalecer el sector en materia de salud y trasladando algunas competencias y procesos a otros sectores administrativos como el de Hacienda. El Ministerio también ha buscado fortalecer las Instituciones Prestadoras de Salud- IPS, particularmente las públicas. Entre 2011 y 2013 se invirtieron más de 200 mil millones para la dotación e infraestructura de los hospitales públicos y los centros de salud de 500 municipios.
- En el frente financiero del sistema de salud, la crítica situación amenazaba su sostenibilidad. Así, los esfuerzos realizados han buscado la construcción de un sistema sostenible y capaz de atender las necesidades de la población, destacándose el control del gasto y un flujo más eficiente de los recursos. Las acciones inicialmente se centraron en disminuir el crecimiento de los recobros, logrando que el gasto corriente pasara de 2,4 billones en 2010 a 1,7 billones en 2013.
- Las medidas principales que comprenden toda esta estrategia de estabilización tienen que ver con el establecimiento de valores máximos de recobro (VMR), el control de precios de medicamentos, la determinación y pago de

deudas en el subsidiado con recursos de cuentas maestras y otras fuentes, el pago de deudas de NO POS por el Fosyga a las EPS, el giro directo en el subsidiado a hospitales y de los cobros a las IPS, la compra de cartera a hospitales públicos y privados y la habilitación de recursos nuevos del Presupuesto General de la Nación (PGN) para el régimen subsidiado.

- Una de las medidas más exitosas ha consistido en el giro directo de los recursos de la Nación que acumuló, a primer semestre de 2014, \$10,8 billones llegando a miles de instituciones de salud tanto públicas como privadas. En promedio, más del 70% de los giros de la Nación están llegando directamente a las IPS y de manera oportuna (5 días). Otra medida exitosa ha consistido en la compra de cartera que alcanza \$451 mil millones, mejorando la situación financiera de 182 IPS a lo largo del país.
- En lo que tiene que ver con medicamentos, 8.600 cuentan con valores máximos de cobro con ahorros superiores al billón de pesos. Por otra parte, y en aplicación de la política farmacéutica (Conpes 155 de 2012), 900 medicamentos se encuentran bajo control directo de precios. Gracias a esta medida, que utiliza como referente los precios internacionales, se estiman ahorros de 40% en promedio.
- A pesar de los anteriores logros, quedan algunos retos para los próximos meses. Se ha avanzado en un modelo para la salud en las zonas dispersas, especialmente en Guainía, pero se espera consolidar este tipo de ajustes requeridos por el sistema, no sólo en este frente sino en los que los que tienen que ver con la política de medicamentos, la afiliación, el recaudo de los recursos, las deudas de las EPS liquidadas y el saneamiento contable. En el mediano plazo, se visualiza la necesidad de efectuar mayores cambios en la operación, financiamiento y el control de los recursos del sistema. Por otra parte, es fundamental emprender una política integral para los hospitales públicos acompañada de una ambiciosa inversión en infraestructura. Finalmente, es importante fortalecer la política del talento humano en salud propendiendo por la formalización laboral.

3.2.3.2 Plan Decenal

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su

entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

Como la salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.

El PDSP se enmarca en el derecho fundamental a la salud establecido en la Constitución Política de 1991 (Congreso de la República de Colombia, 1991) y en la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, en la Ley 1450 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011).

Líneas operativas

El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con su función rectora otorgada por el Decreto 4107 de 2011 (Presidencia de la República de Colombia, 2011), desde la gobernabilidad y rectoría en salud, la articulación de la respuesta sectorial para garantizar servicios de salud para todos, y en aras de la consolidación efectiva de la participación social en las decisiones, ejecución y control social de la salud y la generación de sinergias sectoriales público privadas para incidir en los determinantes sociales, asume los retos en el mediano y largo plazo a través del fortalecimiento de la planificación de la salud en los territorios en función de resultados, conexión con la asignación de las fuentes de recursos y actores responsables de la gestión sectorial, transectorial y comunitaria, y define las orientaciones operativas de las acciones a través de las siguientes líneas de acción:

Línea de promoción de la salud

Reúne las acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su con-

junto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio y así las condiciones de calidad de la vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de su vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta línea incluye acciones de:

- Formulación de políticas públicas
- Movilización social
- Generación de entornos saludables
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Participación ciudadana
- Educación en salud
-

Línea de gestión del riesgo en salud

Reúne las acciones que sobre una población específica con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones. Esto para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y severidad) de un evento o de los eventos a través de una secuencia de actividades que incluye evaluación de riesgo, desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo. Las amenazas pueden estar causadas por el medio ambiente, la actividad laboral, la tecnología, los comportamientos humanos, la epidemiología poblacional y los factores biológicos de las personas, entre otros. En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de esa enfermedad, su evolución negativa o su complicación. Esta línea incluye acciones de:

- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial
- Modificación del riesgo
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de la atención
- Coordinación administrativa – técnica de los servicios y planes

Línea de gestión de la salud pública

Reúne las acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia y administración y fiscalización de recursos. Orienta la integración de manera coordinada y efectiva, de las acciones de todos los actores que operan en el territorio y garantiza el cumplimiento del rol de cada uno, armonizando los servicios de atención médica con las acciones de control realizadas sobre los determinantes de la salud por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, públicos y privados. Esta línea incluye acciones de:

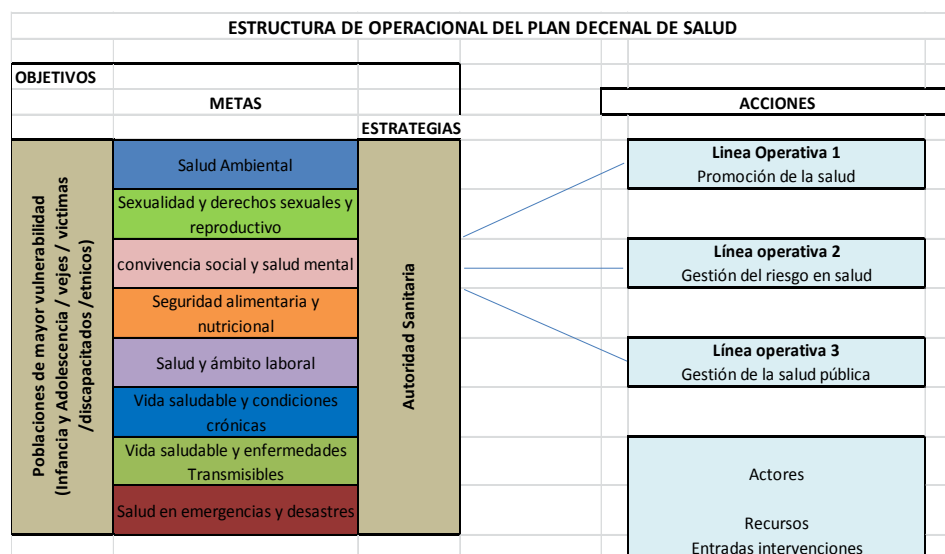
- Conducción
- Sostenibilidad del financiamiento
- Garantía del aseguramiento
- Fiscalización
- Intervenciones colectivas
- Movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía

Objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021

- Alcanzar mayor equidad en salud
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población
- Cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables
-

Estructura de Operación del Plan Decenal de Salud

El Plan Decenal presenta una estructura de operación en la cual están contenidos e identificados los objetivos, las metas y las estrategias; así mismo identifica las acciones y líneas de operación.



Fuente: Plan Decenal de Salud 2012 - 2021

Dimensiones del Plan Decenal de Salud

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 busca “lograr la equidad en salud y el desarrollo humano” de todos los colombianos mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

Cada dimensión, a su vez, desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas).

1. Dimensión Salud Ambiental

Conjunto de acciones que buscan materializar el derecho al ambiente sano para favorecer y promover calidad de vida de la población actual y futuras generaciones, a través de estrategias enmarcadas en dos componentes: hábitat saludable y situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.

2. Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles

Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

- Modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos,
- Atención integral en salud de las *enfermedades no transmisibles*.

3. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten el despliegue de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

- Promover la salud mental y la convivencia.
- Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

4. Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad en las diferentes etapas del ciclo de vida, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

- Disponibilidad y acceso a los alimentos,
- Consumo y aprovechamiento biológico,
- Inocuidad y calidad de los alimentos.

5. Dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos

Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten promover las condiciones para el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas, grupos y comunidades durante todo su ciclo vital, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

- Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género,
- Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.

6. Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten materializar el derecho a vivir libre de enfermedades transmisibles en todos los ciclos de la vida y entornos donde viven las personas, familias y comunidades, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

- Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas,
- Enfermedades inmunoprevenibles y
- Condiciones y situaciones endo-epidémicas.

7. Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres

Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que propenden por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias y desastres, mediante estrategias orientadas a reducir la exposición y propender la accesibilidad integral, y enmarcadas en los siguientes componentes:

- Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres,
- Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres.

8. Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar protección de la salud y el fomento de las intervenciones que modifiquen positivamente las situaciones y condiciones para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

- La seguridad y salud en el trabajo,
- La atención de situaciones prevalentes de origen laboral.

1. Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos. Cabe aclarar que en el interior de las ocho dimensiones prioritarias se desarrollan acciones afirmativas que complementan estas orientaciones transversales. Las acciones transversales a las poblaciones que presentan mayor vulnerabilidad se enmarcan en los siguientes componentes:

- Niños, niñas y adolescentes,
- Grupos étnicos,
- Personas en situación de discapacidad,
- Adulto mayor, y
- Personas víctimas del conflicto armado.

2. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud

Conjunto de acciones sectoriales y comunitarias encaminadas a recuperar las capacidades básicas de la autoridad sanitaria en la nación y territorios para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector, a través de estrategias enmarcadas en el siguiente componente:

- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.

Respuesta del sistema de salud a las condiciones de salud de la población colombiana

La universalidad del aseguramiento en salud, la garantía de portabilidad de prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, la garantía de una red de servicios de salud que brinde la atención básica y compleja en todas las regiones bajo un modelo integral de prestaciones de servicios preventivos, asistenciales y colectivos, y la unificación del Plan de Beneficios (POS), entre otros, son los principales propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud definido

por la Ley 100 de 1993 y demás normas que han introducido modificaciones a la reforma del sistema de salud en los años siguientes. Sin embargo, determinantes de orden socioeconómico –empleo y crecimiento económico–, han impedido alcanzar la cobertura universal y la equiparación de los planes de salud (Programa de Organización y Gestión de Sistemas de Servicios de Salud, OPS, 2002).

La red prestadora de servicios de salud

La red prestadora de servicios de salud pública, privada y mixta está conformada por 56.800 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, el 62.1% de la red es de baja complejidad con 35.282, el 32.8% es de media complejidad con 18.650 y el 5% es de alta complejidad con 2.868. Ocho de cada diez IPS del país son privadas, concentrándose más del 90% de ellas en las áreas metropolitanas (Registro de Prestadores de Servicios de Salud – REPSS a diciembre de 2012).

Según la ENS (2007), la oferta de instituciones de salud pública y privada es más amplia en los municipios de categoría especial, 1, 2 y 3 que en las categorías 4, 5 y 6. El predominio de la oferta en los municipios de categoría 6 son las instituciones públicas y la escasa presencia de prestadores privados, sobre todo aquellos que cuentan con servicios de hospitalización (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

El total de disponibilidad de camas declaradas a 2012, son 139.646, distribuidas en la red pública 57.582, en la red privada 78.968 y en la red mixta 2.500; para una razón 2.96 camas por 1000 habitantes para el país; que se corresponde con el índice internacional establecido por la OMS de 2.5 ± 0.4 camas por 1000 habitantes. Sin embargo, la distribución de este índice es de 1.2 en la red pública, en contraste con la red privada que cuenta con 1.68 camas por 1000 habitantes. La red mixta cuenta con 272 IPS y una razón de 0.05 por 1000 personas, la mayor parte concentradas en la zona Caribe.

La red de Prestadores de Servicios de Salud Indígena – IPSI- consta de 92 Instituciones ubicadas en 24 departamentos para atender a 1.392.623 indígenas según proyección DANE a 2012. El 53% de las IPSI se encuentran en los territorios que concentran el 60% de la población (25 IPSI en La Guajira, 13 en Nariño y 9 en Cauca), mientras que en los departamentos de población mayoritariamente indígena (Amazonas, Guainía, Vaupés y Vichada), apenas alcanzan siete IPSI (REPSS, 2012).

Responsabilidades de los actores en el PDSP, 2012 - 2021

El plan identifica los actores y les establece responsabilidades; como actores identifica a la Nación, departamentos, distritos, municipios categoría especial 1,

2 y 3, municipios categoría 4, 5, 6, Entidades Promotoras de Salud EPS, Instituciones Prestadoras de Salud IPS, Administradoras de Riesgos Laborales ARL y la Comunidad.

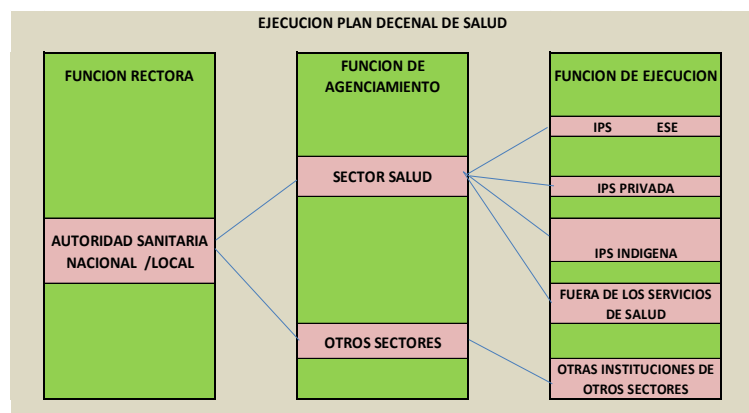
En cuanto a las instituciones prestadoras de salud IPS, el plan establece las siguientes responsabilidades:

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, frente al PDSP, asumir las siguientes responsabilidades:

- Adoptar y aplicar las políticas y normas establecidas para el cumplimiento de las metas del PDSP.
- Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.
- Coordinar con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las metas y las acciones a cumplir en el marco del PDSP.
- Incorporar los indicadores para medir logros en salud.
- Generar la información requerida por el sistema de información de salud.
- 6. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos.
- Generar la información requerida por el sistema de información de salud.
- Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.
- Desarrollar cultura del Buen Gobierno, de manejo de información financiera y contable de los recursos de salud y de rendición de cuentas de los resultados en salud de acuerdo a la normatividad vigente.

Ejecución del Plan Decenal

El plan Decenal de Salud se ejecutará en los niveles nacional, territorial y local de acuerdo a sus competencias y obligaciones.



Fuente: Plan Decenal de Salud

Financiación del Plan Decenal en Salud

El Plan se financiará con recursos provenientes de:

- Presupuesto General de la Nación
- Sistema general de Participaciones
- Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga
- Recursos del esfuerzo propio territorial
- Recursos de las Cajas de Compensación Familiar
- Otros recursos: SOAT y ARL
-

Las fuentes de financiación para la salud en Colombia por niveles territoriales se detallan a continuación:

Fuentes de recursos para la salud por nivel territorial

FUENTE DE RECURSOS PARA LA SALUD POR NIVEL TERRITORIAL		
NIVEL NACIONAL	NIVEL DEPARTAMENTAL	NIVEL MUNICIPAL
Sistema General de Participaciones	Rentas Cedidas	Recursos propios del municipio
Transferencias del Ministerio de Salud	Recursos propios del departamento	
Recursos Ordinarios del Presupuesto nacional	Recursos de Capital	
Fondo de solidaridad y Garantía Fosyga		

Fuente: Plan Decenal de Salud

3.3. POLÍTICA PÚBLICA DE LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA Y SUS MUNICIPIOS

Plan departamental de salud 2012-2015

La resolución 425 de 2008 en su artículo 2º define: “El plan de salud territorial es equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y municipios, por tanto, es parte integral de la dimensión social del plan de desarrollo territorial y se rige en lo pertinente, en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo” Ley 152 de 1994.

Registro de prestadores de servicios de salud

De acuerdo al registro especial de prestadores de servicios de salud, para el mes de abril de 2012, se encontraban habilitados 5.530 Prestadores de Servicios de Salud en el Valle del Cauca, con sus respectivas sedes, distribuidos así:

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: 1.947 (387 públicas, 1.559 privadas, 1 mixta).
- Profesionales independientes: 3.439
- Instituciones con objeto social diferente: 81
- Instituciones de transporte especial de pacientes: 63

De las 387 instituciones de carácter público pertenecen a la Red Pública 368, distribuidos así: 42 centros de salud, 271 puestos de salud y 55 instituciones sedes principales.

Afiliación al Sistema de Salud

Según proyecciones de población del Censo DANE 2005, la cobertura de aseguramiento para el departamento al 2011 fue de 90,8 de los cuales 50,73% pertenecían a régimen contributivo y 40,02% al régimen subsidiado. El comportamiento de la afiliación en la última década ha ido incrementando gradualmente teniendo en el 2002 una cobertura del 61.9% en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los dos regímenes llegando al 90.8% en el 2011. 1772356, 40,02% 2246710, 50,73% 409276, 9,24% Subsidiado Contributivo sin Aseguramiento.

Componente estratégico del plan

Visión del Plan Territorial de Salud

En el año 2015, la población del Valle del Cauca ha mejorado de manera integral su situación de salud, a través del fortalecimiento de las capacidades sociales e institucionales y la movilización social e intersectorial de todos los agentes de cambio de la salud.

Misión del Plan Territorial de Salud

Gestión departamental del aseguramiento, la prestación de servicios las emergencias y desastres, la salud pública, la salud territorial, y demás procesos intersectoriales determinantes de cambio de la salud de la población del Valle del Cauca; basada en intervenciones orientadas de manera especial hacia la Atención Primaria en Salud-APS, con adherencia territorial y situacional a sus valores, principios y elementos esenciales.

Propósitos del Plan Territorial de Salud

Son propósitos del Plan Departamental de Salud Pública del Departamento del Valle del Cauca los siguientes: 1. Mejorar el estado de salud de la población vallecaucana. 2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad. 3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional, la transición demográfica y el cambio climático. 4. Disminuir las inequidades en salud de la población vallecaucana.

Enfoques del Plan Territorial de Salud

El Plan Departamental de Salud Pública integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Vallecaucano. En este sentido, el Plan Territorial de Salud Pública debe entenderse como el producto de la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales.

Para ello se articulan los siguientes enfoques, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población:

Enfoque poblacional diferencial

Se entiende por enfoque poblacional las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general y con criterio diferencial que buscan mejorar la salud de la población y modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, según género, etnias, personas en condiciones de desplazamiento y víctimas del conflicto armado, para evitar el incremento de la carga de la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad.

Enfoque de determinantes

Los determinantes son un conjunto de factores que inciden de forma directa e indirecta en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. El enfoque de determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.

Enfoque de gestión social del riesgo

El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de estos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

Principios del Plan Territorial de Salud

Los principios que guían el Plan Departamental de Salud Pública son los siguientes:

- **Universalidad:** es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

- **Equidad:** la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y, por lo tanto, ninguna sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social de vulnerabilidad o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.
- **Calidad:** es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.
- **Eficiencia:** es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.
- **Responsabilidad:** es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.
- **Participación social y comunitaria:** es la intervención de la comunidad en la organización, planeación, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del Plan de Salud. Se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de la población, y que estas se concreten en los planes de salud territoriales.
- **Intersectorialidad:** es la interrelación y articulación de los distintos actores intra e intersectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

Líneas de política del Plan Territorial de Salud

Se definen las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud: 1. La promoción de la salud y la calidad de vida. 2. La prevención de los riesgos. 3. La recuperación y superación de los daños en la salud. 4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento. 5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Departamental de Salud Pública.

Ejes programáticos del plan territorial de salud

El Plan Departamental de Salud del Valle del Cauca está integrado por los siguientes ejes programáticos:

- Aseguramiento
- Prestación y desarrollo de servicios en salud
- Salud pública
- Promoción social
- Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales
- Emergencias y desastres
- Gestión territorial

3.3.1 Plan de desarrollo departamental

La Gobernación del Valle del Cauca en el periodo 2012-2014 ejecutó recursos en inversión en el sector salud por \$821.900.732.902.00, distribuidos por fuente de financiación de la siguiente manera:

FUENTE DE FINANCIACION	TOTAL PERIODO 2012-2014		
	PRESUPUESTADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
INGRESOS DE LIBRE DESTINACION	14.079.999.999	10.899.869.026	77,41%
RENTAS CEDIDAS	327.826.574.438	270.546.751.890	82,53%
ESTAMPILLA PROHOSPITAL	83.927.471.805	83.581.791.356	99,59%
ESTAMPILLA PROSALUD	13.370.992.822		0,00%
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	429.873.936.345	320.721.314.364	74,61%
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	119.641.534.533	61.694.210.297	51,57%
EMERGENCIA SOCIAL	76.413.337.572	56.349.047.846	73,74%
OTRAS FUENTES DE FINANCIACION	37.951.005.902	18.107.748.123	47,71%
TOTAL INVERSION SECTOR SALUD	1.103.084.853.416	821.900.732.902	74,51%

Fuente: Subsecretaría de Presupuesto, Finanzas Públicas y Estudios Económicos

De acuerdo con la información evaluada, en el trienio se ejecutó el 74.51% de los recursos aprobados en el presupuesto de la administración central del departamento.

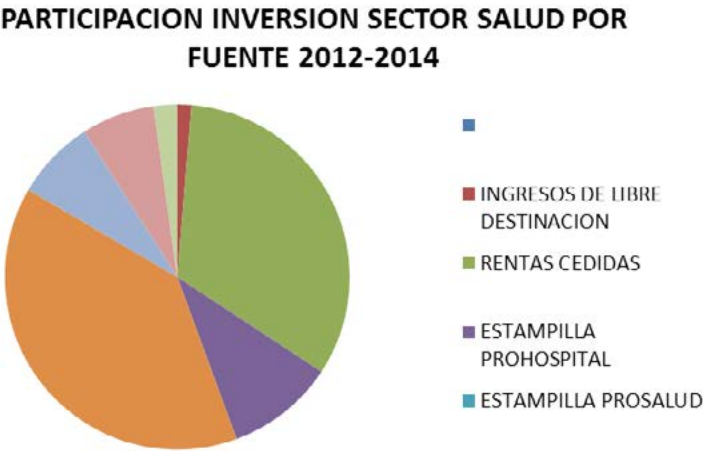
El siguiente cuadro ilustra la participación de cada fuente de financiación en la inversión en el Sector Salud para el Departamento del Valle del Cauca en el periodo 2012-2014:

FUENTE DE FINANCIACION	PARTICIPACION POR FUENTE
INGRESOS DE LIBRE DESTINACION	1,33%
RENTAS CEDIDAS	32,92%
ESTAMPILLA PROHOSPITAL	10,17%
ESTAMPILLA PROSALUD	0,00%
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	39,02%
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	7,51%
EMERGENCIA SOCIAL	6,86%
OTRAS FUENTES DE FINANCIACION	2,20%
TOTAL INVERSION SECTOR SALUD	100,00%

Fuente: XXX

La fuente de financiación de mayor ejecución y que más recursos aportó a la inversión social en el departamento fueron en su orden Sistema General de Participaciones con el 39.02%, Rentas Cedidas con el 32.92%, Estampillas Prohospital con el 10.17%, el Ministerio de la Protección Social (Ministerio de Salud) con el 7.51% y recursos de la Emergencia Social con el 6.86%; entre recursos de libre destinación y otras fuentes, la Secretaría de Salud Departamental ejecutó el 3.53% del total.

El siguiente gráfico ilustra la participación de las diferentes fuentes de financiación en la inversión realizada en el periodo 2012-2014, por la administración central del departamento.



Fuente: XXX

Es de anotar que la Estampilla Prosalud presupuestó ejecutar recursos por \$13.370.992.822 y hasta diciembre 31 de 2014 no había ejecutado ningún recurso.

Con los anteriores recursos, la administración Central del Departamento y la Secretaría de Salud Departamental avanzaron en el cumplimiento del Plan de Desarrollo 2012-2015 “Vallecaucanos Hagámoslo Bien”, con lo que se obtuvieron los siguientes resultados en las metas:

METAS	<50		>=50 y <75		>=75		TOTAL METAS	CALIFICACION SOBRE 100
	CANT	%	CANT	%	CANT	%		
METAS PRODUCTO	21	17,8	22	18,6	75	63,6	118	75,98
METAS RESULTADO	9	28,1%	4	12,5%	19	59,4%	32	66.11

Fuente: XX

El cuadro anterior muestra cómo el 17.8% de las metas producto tienen en los tres años de ejecución del plan, avance inferior al 50%, el 18.6% presentan avance entre el 50% y el 75% y el 63.6% presentan avances igual o superior al 75%. En general, las metas producto de acuerdo a las ponderaciones asignadas presentan un avance de cumplimiento del 75.98%.

El comportamiento de las metas resultado en el avance a diciembre 31 de 2014, presentan el 28.1 % con cumplimiento inferior al 50%, 12.5% con cumplimiento entre el 50 y el 75% y el 59.4% con cumplimientos iguales o superiores al 75%. En el consolidado de estas metas alcanzan un cumplimiento del 66.1% para los tres años de ejecución del Plan de Desarrollo.

El avance por meta resultado se presenta en el siguiente cuadro:

META	DESCRIPCIÓN	% AVANCE DIC 2014
MR 21113	Disminuir en cuatro puntos la razón de mortalidad materna con respecto a la línea de base al 2015. LB 2010.	100,00
MR 21114	Mantener la prevalencia del VIH por debajo del 1% en población de 15 a 49 años, durante el periodo de gobierno. (Línea base 2010) Línea base nacional 0.99%	100,00
MR 21115	Reducir en un punto la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 20 años, con respecto a la línea de base, en el periodo de gobierno. Línea base 2009.	100,00

META	DESCRIPCIÓN	% AVANCE DIC 2014
MR 21116	Reducir en tres puntos la tasa de incidencia de sífilis congénita por 1.000 nacidos con respecto a la línea de base (2010), en el período de gobierno.	66,67
MR 21117	Disminuir en 3 puntos la tasa específica de fecundidad registrada en el grupo de 10 a 19 años en el Departamento, con respecto a la línea de base, al 2015.	0,00
MR 21118	Disminuir en 2 puntos la prevalencia de violencia intrafamiliar y sexual en Niños, niñas y adolescentes de 0 a 19 años con respecto a la línea de base, al 2015.	0,00
MR 21119	Mantener menor o igual a 7 por cien mil habitantes, la prevalencia de diabetes en la población mayor de 20 años, al 2015. (Línea base nacional 2010.)	100,00
MR 21120	Mantener menor o igual a 20 por cien mil habitantes la prevalencia de hipertensión en población mayor de 20 años, al 2015 (línea base nacional 2007).	100,00
MR 21121	Mantener en un 95% la operatividad del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en las 42 Direcciones Locales de Salud del departamento, durante el periodo de gobierno.	100,00
MR 21122	Mantener en el 95% las coberturas útiles de vacunación en población menor de 1 año en el Departamento, durante el periodo de gobierno.	100,00
MR 21123	Mantener menor o igual a 8.6 puntos la tasa de mortalidad por 1.000 menores de un año, en el 2015. LB 2009.	56,90
MR 21124	Mantener menor o igual a 21,2 (x100.000) la tasa de mortalidad por cien mil en menores de 5 años, con respecto a la línea de base (línea base 2009).	49,75
MR 21125	Implementar y evaluar en el 100% de los municipios y el Departamento sus planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional-SAN-, durante el periodo de gobierno.	20,00

META	DESCRIPCIÓN	% AVANCE DIC 2014
MR 21126	Disminuir en 0,4 la tasa de mortalidad por desnutrición por causa básica, en menores de cinco años.	100,00
MR 21127	Implementar en los 42 municipios del departamento del Valle del Cauca al menos tres de las políticas nacionales de salud mental y conexas y el desarrollo del componente de salud Mental en Atención Primaria en salud APS, AL 2015.	42,86
MR 21128	Lograr que el 70% de la población de 12 años en el departamento del Valle del Cauca tenga un índice de COP- (dientes cariados, obturados y perdidos) menor a 2.3.	95,00
MR 21129	Incrementar al 85% el porcentaje de tratamiento exitoso de los casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, durante el período de gobierno (Línea Base 2010, 74%).	0,00
MR 21130	Mantener la prevalencia de lepra en menos de 1 caso por 10.000 habitantes, durante el período de gobierno.	0,00
MR 21131	Asistir técnicamente a los 42 municipios para la inclusión e implementación de Política Pública en los Planes Territoriales en Salud para poblaciones especiales durante el periodo de gobierno (Víctimas del conflicto armado, desmovilizados, adulto mayor, discapacidad, afrocolombianos, indígenas).	61,90
MR 21132	Mantener por debajo de 3 los casos de mortalidad por malaria en el departamento. (Línea de base 2011: 1)	75,00
MR 21133	Mantener por debajo de 150 * 100.000 habitantes, la tasa de morbilidad por Dengue. (Línea de base 2011: 80)	75,00
MR 21134	Reducir por debajo de 100 * 100.000 habitantes, la tasa de morbilidad por Leishmaniasis (línea de base 2011: 16)	75,00
MR 21135	Reducir a cero los casos la rabia humana transmitida por felinos y caninos. (Línea de base 2012: 2 casos)	75,00
MR 21136	Gestionar en las 42 Direcciones Locales de Salud planes de trabajo para la prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales, al 2015.	76,19

META	DESCRIPCIÓN	% AVANCE DIC 2014
MR 21137	Lograr al 2015 el 100% de cobertura de afiliación de la población Vallecaucana al sistema General de seguridad Social en salud- SGSS.	91,00
MR 21138	Atender al 100% de la población vallecaucana estimada sin aseguramiento, que demanda servicios de salud incluyendo urgencias médicas y no POS.	100,00
MR 21139	Asistir al 100% de las Empresas Sociales Estado del departamento para el mejoramiento de su capacidad técnico administrativa en la Prestación de los Servicios de salud.	100,00
MR 21140	Conformar e implementar una (1) Red Integrada e Integrales de Servicios de Salud en el Departamento durante el periodo de gobierno.	100,00
MR 21141	Implementar en un 80% el plan de mejoramiento para la Acreditación de la Secretaría Departamental de Salud, en el periodo de gobierno.	0,00
MR 21142	Formular el Plan Decenal de Salud Pública para el departamento del Valle del Cauca al 2014.	0,00
MR 21143	Vigilar y controlar al 100% de las EPS-S, DLS e IPS públicos y privados, para el cumplimiento de sus competencias.	55,25
MR 31105	Mantener la inspección, vigilancia y control en los 42 municipios del departamento sobre los factores de riesgo del ambiente (saneamiento básico, ETV, zoonosis, salud ocupacional, riesgos del consumo, seguridad sanitaria).	100,00

Fuente: Evaluación Plan de Desarrollo 2012-2015. Departamento Administrativo de Planeación Departamental

De acuerdo con los resultados anteriores, la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca, en informe de evaluación cualitativa del Plan de Desarrollo 2012-2015, componente Salud con corte a diciembre 31 de 2014, destaca como logros más importantes para alcanzar las metas de resultado y metas producto, los siguientes aspectos:

- La red pública de prestación de servicios de salud del Valle del Cauca dio respuesta al 100% de las atenciones iniciales de urgencias de la población vallecaucana que demandó los servicios de salud.
- Se fortaleció la autoridad sanitaria a través de la implementación de un plan de asistencia técnica integral a los representantes y delegados de los

actores del Sistema de Salud (Direcciones Locales de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas) en lineamientos técnicos y normativos, según zonas establecidas de la red de prestación de servicios. El cumplimiento de la ejecución de este plan permitió atender de manera más eficiente las competencias del sector salud en el Valle del Cauca. También se implementó un plan de inspección vigilancia y control a prestadores de servicios de salud alcanzando un 100% de lo programado al 31 de diciembre de 2014.

- En materia de Salud Pública, se mantuvo una disminución de los principales problemas de salud pública dando cumplimiento a las metas establecidas en el Plan de Desarrollo Departamental, Plan Nacional y Objetivos del Milenio. Se logró cumplir las metas de reducción en mortalidad materna, mortalidad infantil, reducción del cáncer de cérvix, incidencia de VIH. También se mantuvieron las coberturas de coberturas útiles de vacunación en menores de un año, coberturas de vacunación canina, coberturas de vacunación felina, cobertura del sistema de vigilancia en salud pública en personas y ambiente, y de aseguramiento en salud según las metas establecidas en el Plan de Desarrollo y estándares nacionales.

Así mismo plantea en el informe las dificultades para alcanzar las metas:

- La falta de gobernabilidad por parte de la Secretaría de Salud con relación a los procesos jurídicos y financieros de la Gobernación del Valle.
- Debilidad jurídica y falta de articulación entre secretarías en los procesos de contratación estatal.
- Planta de cargo limitada para atender las competencias de Ley y sujeta a la Ley 550.
- Pérdida permanente del recurso humano debido a los procesos de jubilación y pensiones, y la no renovación de este.

De acuerdo con la evaluación realizada, el sector salud y la Secretaría Departamental de Salud como su principal dinamizador, después de tres años de ejecución del Plan de Desarrollo, se aprecia que existen seis metas resultado de dos (2) de programas que presentan avance logrado cero (0), sin que hayan tenido mucha incidencia en el cumplimiento del Plan de Desarrollo, el cual para el sector y considerando las ponderaciones presenta a diciembre 31 de 2014 presenta avance del 74.58%.

El informe sobre la evaluación cualitativa del Plan de Desarrollo, presentado por la Secretaría Departamental de Salud, destaca: *el fortalecimiento de la autoridad sanitaria a través de la implementación de un plan de asistencia técnica integral a los representantes y delegados de los actores del Sistema de Salud*

(Direcciones Locales de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas) en lineamientos técnicos y normativos, según zonas establecidas de la red de prestación de servicios. El cumplimiento de la ejecución de este plan, permitió atender de manera más eficiente las competencias del Sector Salud en el Valle del Cauca.

3.4 PROBLEMAS ESTRUCTURALES DE LA SALUD QUE AFECTAN EL FINANCIAMIENTO DE LAS IPS PÚBLICAS, CASO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - HUV

Los problemas estructurales que afectan el financiamiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, especialmente las de capital público colocándolas en desventaja respecto a las IPS del sector cuya conformación es de capital privado, tienen que ver con los siguientes aspectos:

1. El exceso de facturación generado por servicios prestados a la Población Pobre No Asegurada (PPNA), que corresponden a la diferencia entre el valor del contrato por capitación (contrato de oferta) entre la IPS pública y la Secretaría de Salud del Departamento que corresponda, generando por supuesto, incertidumbre en el recaudo del recurso a pesar de haberse prestado el servicio y facturado (ingreso), haber incurrido en costos (materiales, medicamentos, mano de obra, OLDN y otros) y obligaciones (pasivos) para prestar el servicio cuando no se han cancelado estos servicios.

Para ilustrar este problema estructural mencionado, tomaremos la información suministrada por las directivas del Hospital Universitario del Valle Evaristo García (HUV), en lo correspondiente a la facturación (cuadro 1) que dan cuenta de una facturación correspondiente al periodo enero 1 de 2012 hasta el 30 de septiembre de 2015, por un valor de cuatrocientos setenta y ocho mil ochocientos noventa y seis millones seiscientos ochenta y cuatro mil cuatrocientos nueve pesos (\$478.896.684.409) y en el cuadro 2 la diferencia entre lo facturado y lo contratado por capitación, en el que, a pesar de que los periodos son diferentes, dan cuenta de recursos que no han sido cancelados a la Institución Pública afectando el ingreso de sus recursos que representan el veinticinco punto veintiuno por ciento (25.21%) de la facturación en comento de los recursos facturados, y, por supuesto, afectando de manera importante el flujo del disponible por facturación de servicios ya prestados por la institución pública que no le son cancelados.

Cuadro 1. Radicación por vigencias				
MES	RADICACIÓN 2012	RADICACIÓN 2013	RADICACIÓN 2014	RADICACIÓN 2015
ENERO	12.545.326.567	15.703.368.310	13.262.370.371	18.038.818.211

FEBRERO	14.954.442.419	11.517.852.958	11.741.542.716	11.946.057.008
MARZO	14.942.890.333	9.976.721.565	11.434.248.030	8.021.951.195
ABRIL	12.279.924.515	12.853.317.725	12.636.772.472	6.234.397.916
MAYO	15.728.250.439	13.099.290.382	12.958.291.495	12.764.261.645
JUNIO	13.941.391.627	11.823.989.825	15.058.766.831	12.675.393.637
JULIO	13.815.461.456	13.169.031.338	14.072.645.788	17.927.982.534
AGTO	11.832.456.694	15.730.145.788	14.293.605.322	16.229.533.157
SEP	8.863.134.613	18.025.379.633	11.038.950.100	17.758.719.794
TOTAL	118.903.278.663	121.899.097.524	116.497.193.125	121.597.115.097

Fuente: información suministrada por directivas del HUV en medios magnéticos.

Cuadro 2. Estado de contratos Secretaría de Salud Departamental, contratos capitados

AÑO	MODALIDAD	ACTA LIQUIDACIÓN	VALOR CONTRATO	FACTURACIÓN	SALDO POR EXCESO DE DEMANDA	OBSERVACIONES
2006	Disponibilidad de servicios	Unilateral	40.757.508.669	67.334.439.881	26.576.931.212	
2007	Disponibilidad de servicios	Si	60.469.434.543	74.564.852.140	14.095.417.597	
2008	Capitacion	Proyecto acta	59.720.333.320	85.619.004.768	25.898.671.448	
2009	Capitacion	Si	40.003.314.422	90.246.849.196	42.219.696.437	Se reconocio de esta modalidad un pago por el MINISTERIO se audito y concilio con la ssdv
2010	Capitacion	Proyecto acta	12.600.000.000		11.974.859.057	
	Capitacion		10.568.276.737			
					120.765.575.751	

Fuente: información suministrada por Directivas del HUV en medios magnéticos.

2. El no pago de actores del sistema de salud a las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPS), como es el caso de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), activas, en liquidación, en procesos de saneamiento; esto genera bajas en la liquidez y por ende dificultades en el financiamiento y desarrollo de las actividades de los prestadores de servicios de la salud. Por lo tanto, el no pago de servicios prestados con oportunidad por las IPS por el actor en comento, aumentado las dificultades en el disponible a las IPS públicas al no recibir los recursos con oportunidad y hoy tienen en aprietos y dificultades al sector, con mucha laxitud de las entidades de control del estado y dejando en problemas el sector públi-

ca de las IPS publicas, donde incluso atentan contra el principio de empresa en marcha, y se habla de someterlas a la ley de reestructuración económica cuando el problema es estructural y se requiere voluntad política para normalizar el flujo de recursos y colocar en orden el sector por estos actores que no cancelan por los servicios prestados a sus afiliados.

Para ilustrar el caso, presentaremos el cuadro 3 que corresponde a las cuentas por cobrar a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que a la fecha del informe adjunto suministrado por la administración con corte a agosto de 2015 da cuenta de los valores que adeudan las EPS al prestador de servicios de salud de carácter público (HUV) y que ascienden a la suma de ciento dieciséis mil trescientos veintidós millones seiscientos cuarenta y siete mil seiscientos cincuenta y cuatro pesos (\$116.322,647.654), para la facturación citada en el ítem anterior. Esto representa de cada cien pesos facturados veinticuatro pesos con veintiocho por ciento (24.28%).

3. Lo que han denominado las glosas o inconvenientes para el tramite del pago de servicios prestados, que más bien en la práctica son justificantes para no adelantar el pago de los servicios prestados, algo que debiera funcionar en línea para que cuando el paciente termine su proceso de atención ya este validada y aprobada la facturación por los servicios, aspecto que para el HUV ascienden a la suma de Diecisiete mil millones de pesos (17.000.000.000), es decir, que de cada cien pesos de lo facturado del periodo en comento representan el tres punto cincuenta y seis por ciento, es otra situación que afecta el sistema para los prestadores y coloca a los administradores de las prestadoras del servicio en desventaja con la anuencia del gobierno central y las entidades de control, dicho de otra manera las IPS públicas están condenadas a desaparecer porque la salud es una mercancía y las EPS abusan y establecen un papel dominante sin que las entidades de control hagan algo efectivo por poner en cintura y orden al sector.

4. El no cumplimiento de la norma que establece que el flujo de atención de los pacientes que requieren el servicio, debe darse por distribuir a lo público (IPS pública) el sesenta por ciento (60%) de los servicios demandados.

Así las cosas, los primeros tres (3) ítem mencionados que forman parte de los problemas estructurales, como ejemplo de aplicación representan para el HUV, el cincuenta y tres punto cero cuatro por ciento (53.04%) de la facturación del periodo en comento y en pesos corresponde a la suma de doscientos cincuenta y cuatro mil ochenta y ocho millones doscientos veinte tres mil cuatrocientos cinco pesos (\$254.088.223.405), cifra en pesos, que permitiría al HUV pagar sus pasivos, reestructurarse y repensarse para seguir siendo actor principal en un sector muy competitivo y ofertar servicios con alta tecnología impulsado desde la Universidad y no una institución que tiene comprometida su continuidad por las malas prácticas en el sector toleradas por el ejecutivo y las entidades de control del sector que corresponde a la mas mala práctica en las organizaciones empre-

sariales como es el no pago de los servicios facturados y prestados y generando en este caso específico un detrimento patrimonial de las entidades públicas que fungen como instituciones prestadoras de los servicios de salud IPS.

CARTERA CON CORTE A AGOSTO DE 2015 del RÉGIMEN SUBSIDIADO INCLUYENDO SANEAMIENTO Y LIQUIDACIÓN										
ENTIDAD	de 0 a 30 días	de 31 a 60 días	de 61 a 90 días	de 91 a 180 días	de 181 a 360 días	Mayor a 360 días	Coactivo mayor a 360 días	En liquidación	saneamiento	Total general
EPS SUBSIDIADA										
A.R.S. HUMANA VIVIR								133.347.089		133.347.089
A.R.S.-COMFAMILAR HUILA				487.000	17.790.277	1.153.330			2.117.283	21.547.890
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA					80.168.529	328.900				80.497.429
ASMET SALUD	1.041.067.756	849.919.457	1.401.273.697	430.167.887	1.444.899.940	196.448.545				5.372.777.282
ASOC. M. BARRIOS U. QUIBOC	1.136.744.882		233.083.086	31.123.302	156.588.594	922.992.469	1.602.245		26.588.220	2.508.722.798
ASOCIACION INDIGENA DEL CA	511.115.400		183.414.534	124.351.905	115.361.675	92.620.482				1.026.863.996
ASOCIACION MUTUAL PARA EL DESA					9.190.055	115.926.537			32.375	125.148.967
CAFABA								836.560		836.560
CAFAMARS		1.066.900			817.501	1.124.600				3.009.001
CAFESALUD SISBEN	425.854.254	117.627.879		3.239.713	1.799.645.939	1.133.530.374	142.111.228			3.622.009.387
CAJA COMPENSACION FAMILIAR	315.465.656	375.500	55.814.933	63.997.855	62.217.754	3.205.800				501.077.498
CAJA COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA					210.072					210.072
CAJA COMPENSACION FLIAR DEL OR								7.096.339		7.096.339
CAJACOPI		12.264.597			2.662.327	2.857.842	23.049.984		1.122.840	41.957.590
CAPITAL SALUD EPS-S.A.S.	43.092.289	229.200		3.412.591	103.129.701	206.281.197				356.144.978
CAPRECOM VALLE EPS-S	621.354.362	5.409.216.371	854.836.151	218.259.804	5.974.215.299	9.313.701.442			182.973.670	22.574.557.099
CAPRESICA E.P.S.									303.100	1.299.966
COMFABOYACA-CAJA DE COMP BOYA		1.730.800			374.800		3.148.919			5.133.008
COMFACOR-CAJA COMP. FLIAR						9.513.008				9.513.008
COMFACUNDI									3.105.495	3.105.495
COMFAMA A.R.S.									290.128	290.128
COMFAMILAR A.R.S. BUGA									771.336	771.336
COMFAMILAR NARIÑO A.R.S.	258.869.510	14.356.732		1.726.912	18.810.702	3.418.302			3.803.786	300.985.944
COMFANORTE								14.548.964		14.548.964
COMFENALCO ANTIOQUIA EN LIQUID								25.432.428		25.432.428
COMFENALCO A.R.S. TOLIMA										219.784.998
COMFENALCO QUINDIO SISBEN								16.562.601		16.562.601
COMFENALCO VALLE SISBEN						382.470				382.470
COMPARTA A.R.S.				1.530.001	19.508.852	153.048.525				174.087.378
COOP. ESP. EN SALUD ALCATRAZ-L									157.400	157.400
COOSALUD E.S.S	1.997.680.288	2.120.133.896	2.319.903.896	2.715.507.122	5.077.092.404	168.490.506				14.398.808.112
E.P.S. CONVIDA					6.089.609					6.089.609
E.P.S. INDIGENA MALLAMAS G	182.961.343			47.367.615	244.152.123	19.569.284	97.879.428		408.065	592.337.858
E.P.S. SALUD CONDOR S.A.								13.521.233.483		13.521.233.483
ECOPROPS EMP. SOL. SALUD ARS			490.500	715.800	6.357.914	46.139.295	153.611.566		3.988.645	211.303.720
EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DEL						34.100				34.100
EMISSANAR ESS	3.497.720.761	1.632.135.441	188.946.391	7.416.941.535	4.400.187.769	49.703.682				17.185.635.572
EPS-S UNICAS COMFACUNDIO					2.703.685	24.403.593				27.107.278
MANEXKA EPS INDIGENA						84.400				84.400
MEJOR SALUD UT									249.429	249.429
MUTUAL SER ESS	6.908.400	1.714.600		4.083.200	361.600					13.067.800
PIJAIOS SALUD E.P.S.I		452.100			3.783.651	1.502.530			412.991	6.151.272
SALUD TOTAL SUBSIDIADO						405.150				405.150
SALUDVIDA EPS-S	277.955.746	242.862.480	484.551.643	310.930.713	604.862.622	67.748.413	256.633.986			2.245.545.603
SELVASALUD S.A								11.286.235.391		11.286.235.391
SERV. MEDICO ASISTENCIAL CHOCO									2.663.561	2.663.561
SOLISALUD EPS								94.402.390		94.402.390
TAYRONA EPS INDIGENA S.A.									586.400	586.400
CAJA COMP. FLIAR CAQUETA C								23.266.178		23.266.178
CAJISALUD SISBEN								16.346.179.081		16.346.179.081
GUAITARA. E.P.S. INDIGENA									436.894.773	436.894.773
Total EPS SUBSIDIADA	10.316.790.647	10.404.085.953	5.722.314.830	11.382.842.955	20.151.183.388	12.535.914.742	678.037.356	41.688.925.502	666.469.497	116.322.647.654
EPS SUBSIDIADA PARCIAL										
CAPRECOM SUBSIDIO PARCIAL						28.449				28.449
E.P.S. SALUD CONDOR-S.PARCIAL								228.277.006		228.277.006
SELVASALUD S.A-S.PARCIAL								357.433.996		357.433.996
SOLISALUD EPS PARCIAL								102.100		102.100
CAJISALUD-S.PARCIAL								2.190.241.233		2.190.241.233
Total EPS SUBSIDIADA PARCIAL	0	0	0	0	0	28.449	0	2.776.054.335	0	2.776.082.784
TOTAL REGIMEN SUB TOTAL Y	10.316.790.647	10.404.085.953	5.722.314.830	11.382.842.955	20.151.183.388	12.535.914.742	678.037.356	41.688.925.502	666.469.497	116.322.647.654
Elaboró: Luz Stella Marin										
Fuente: Reporte Cartera con corte a agosto 2015										

4. CONTROL FISCAL A LA GESTIÓN PÚBLICA Y LA POLÍTICA PÚBLICA DE LA SALUD

4.1. HECHOS RELEVANTES

Con la Ley 100 de 1993 los hospitales públicos fueron transformados en Empresas Sociales del Estado, constituidos como entes descentralizados con autonomía financiera y patrimonio propio¹. Ello trajo consigo un cambio en el paradigma de la financiación de estas entidades, ya que se pasó a subsidiar la demanda en vez de subsidiar la oferta, situación que conllevó la disminución de las transferencias de la nación de manera directa y los hospitales públicos debieron salir a un mercado competitivo y se vieron obligados a facturar por los servicios prestados (López, 2006).

La Ley 1438 de 2011, en su artículo 69 del capítulo III, señala que el gobierno nacional establecerá un programa de fortalecimiento de las empresas sociales del Estado, para tal fin podrá constituir un fondo con recursos del presupuesto nacional que permita desarrollar un plan de inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el primero y segundo nivel de atención. El artículo 81 de la misma ley refiere que con base en la categorización del riesgo de los hospitales, estos deberán someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero cuando se encuentren en riesgo alto o medio.

Estos programas de fortalecimiento se caracterizan porque incluyen premios y castigos; se ofrecen retribuciones, préstamos y ayudas a los hospitales que demuestren mejores indicadores y gestión, en tanto a los que registren en sus indicadores una situación crítica se les amenaza con incluirlos en programas de saneamiento e incluso con su intervención y liquidación.

¹ Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos. Artículo 1º Decreto 1876 de 1994.

El artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 estableció al Ministerio de Salud y Protección Social la obligación de determinar y comunicar anualmente a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, las que atendiendo a su situación financiera, se clasificarán de acuerdo con la reglamentación que le compete expedir a este Ministerio, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud.

La Asamblea Departamental del Valle del Cauca, mediante Ordenanza No. 381 del 30 de octubre de 2013, le confiere autorización al Gobernador del Valle del Cauca, hasta el 31 de diciembre de 2014, para adelantar el proceso de Transformación de la Organización de la Red de Servicios de Salud del Departamento del Valle del Cauca, igualmente, el Gobernador del Valle a través del Decreto No. 0265 del 2013 adopta y autoriza la implementación del proceso de Transformación de la Organización de la Red de Servicios de Salud del Departamento al Secretario Departamental de Salud para que consolide la Red, lidere, concerte, negocie y disponga las actuaciones necesarias para implementar dicha Red; además, desarrolle soluciones a la situación financiera, administrativa y operativa que presentan las Empresas Sociales del Estado – E.S.E., del nivel Departamental y Municipal.

En el caso del Departamento del Valle del Cauca, el riesgo de la Red pública hospitalaria para las vigencias 2013, 2014 y 2015, se clasificó así:

CATEGORIZACION DEL RIESGO HOSPITALES				
No.	SUJETOS DE CONTROL	RES. 1877 DE MAYO 2013	RES. 2090 DE MAYO 2014	RES. 1893 DE MAYO 2015
1	Hospital Mario Correa Rengifo	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO
2	Hospital Isaías Duarte Cancino	ALTO	ALTO	ALTO
3	Hospital Evaristo García HUV	ALTO	MEDIO	ALTO
4	Hospital Departamental de Cartago	ALTO	ALTO	ALTO
5	Hospital San Antonio de Roldanillo	MEDIO	MEDIO	ALTO
6	Hospital Ulpiano Tascon de San Pedro	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO
7	Hospital Sagrada Familia de Toro	ALTO	ALTO	MEDIO
8	Hospital Tomas Uribe Uribe de Tuluá	ALTO	ALTO	ALTO
9	Hospital Local Yotoco	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO
10	Hospital San Rafael de Zarzal	MEDIO	MEDIO	ALTO
11	Hospital San Vicente Ferrer Andalucia	ALTO	ALTO	SIN RIESGO
12	Hospital Pio XII E.S.E. de Argelia	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO
13	Hospital Santa Ana de Bolívar	MEDIO	MEDIO	BAJO
14	Hospital San Bernabe de Bugalagrande	ALTO	ALTO	BAJO
15	Hospital San Jorge de Calima El Darien	MEDIO	MEDIO	BAJO
16	Hospital Santa Catalina El Cairo	MEDIO	MEDIO	BAJO
17	Hospital San Roque Guacari	ALTO	ALTO	BAJO
18	Hospital Piloto Jamundi	MEDIO	MEDIO	SIN RIESGO
19	Hospital Sta. Ana de los Caballeros Ansermanuevo	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
20	Hospital Benjamín Barney Gasca de Florida	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
21	Hospital Centenario de Sevilla	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
22	Hospital del Rosario Ginebra	SIN RIESGO	BAJO	BAJO
23	Hospital Divino Niño de Buga	BAJO	BAJO	BAJO
24	Hospital Gonzalo Contreras La Unión	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
25	Hospital Jose Rufino Vivas de Dagua	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
26	Hospital Kenedy de Riofrio	BAJO	SIN RIESGO	BAJO
27	Hospital Local de Candelaria	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
28	Hospital Local de Obando	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
29	Hospital Local de Vijes	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
30	Hospital Local Pedro Saenz de Ulloa	BAJO	BAJO	ALTO
31	Hospital Ntra. Sra. de los Santos La Victoria	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
32	Hospital Psiquiatrico	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO
33	Hospital San Jose de Restrepo	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
34	Hospital San Nicolás de Versalles	BAJO	SIN RIESGO	BAJO
35	Hospital San Rafael El Aguila	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO
36	Hospital San Rafael El Cerrito	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
37	Hospital San Roque Pradera	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
38	Hospital San Vicente Paul de Alcalá	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
39	Hospital Santa Cruz de Trujillo	BAJO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
40	Hospital Santa Lucía El Dovio	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
41	Hospital Santa Margarita - La Cumbre	SIN RIESGO	SIN RIESGO	BAJO
42	Hospital Santander de Caicedonia	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
43	IPS Municipal E.S.E. de Cartago	SIN RIESGO	BAJO	SIN RIESGO
44	Hospital Departamental de Buenaventura	ALTO	Liquidado	Liquidado
45	Hospital San Vicente de Paul Palmira	ALTO	Liquidado	Liquidado

RIESGO	2013	2014	2015
ALTO	10	7	7
MEDIO	10	11	1
BAJO	9	6	10
SIN RIESGO	16	19	25
TOTALES	45	43	43

Nota: En la vigencia 2014 se liquidaron 2 hospitales

El presupuesto para las vigencias 2014 -2015 de las Instituciones Prestadoras del Servicios de Salud (IPS) es el siguiente:

La financiación del sector para las vigencias 2013 y 2014 es la siguiente:

ENTIDAD	PRESUPUESTO DE INGRESO DEFINITIVO - VIG. 2014	PRESUPUESTO DE INGRESO EJECUTADO - VIG. 2014	PRESUPUESTO DE GASTOS DEFINITIVO - VIG. 2014	PRESUPUESTO DE GASTOS EJECUTADO - VIG. 2014	PRESUPUESTO DE INGRESO DEFINITIVO - VIG. 2013	PRESUPUESTO DE INGRESO EJECUTADO - VIG. 2013	PRESUPUESTO DE GASTOS DEFINITIVO - VIG. 2013	PRESUPUESTO DE GASTOS EJECUTADO - VIG. 2013	PRESUPUESTO DE GASTOS EJECUTADO - VIG. 2013
Hospital Evaristo García HUV	299.330.350	213.442.886	299.330.350	276.454.777	280.854.602	206.123.319	280.854.602	276.928.054	276.928.054
Hospital Mario Correa Rengifo	43.413.605	31.881.020	43.413.605	31.445.893	25.366.882	18.640.311	25.366.882	18.344.967	18.344.967
Hospital Isaias Duarte Cancino	13.119.514	12.740.488	13.119.514	11.572.722	12.078.994	12.078.994	12.078.994	12.015.818	12.015.818
Hospital Psiquiátrico	42.179.248	48.234.814	42.179.606	28.795.903	39.494.971	41.684.362	39.494.972	26.093.278	26.093.278
Hospital Departamental de Cartago	15.768.163	12.043.155	15.768.162	15.298.592	16.550.953	15.795.071	16.550.953	26.501.968	26.501.968
Hospital San Rafael de Zarzal	20.450.820	15.954.219	20.450.818	18.353.508	23.544.282	16.616.121	23.544.280	22.510.088	22.510.088
Hospital Tomas Uribe Uribe de Tulua	25.407.953	20.428.033	25.365.841	24.453.739	26.112.794	19.111.662	26.112.794	24.854.406	24.854.406
Hospital San Antonio de Roldanillo	13.379.960	8.754.453	13.379.960	12.666.281	12.556.106	10.247.608	12.556.106	12.426.833	12.426.833
Hospital Upliano Tascón de San Pedro	2.420.523	2.298.595	2.420.522	1.955.700	2.069.770	1.807.980	2.069.770	1.772.049	1.772.049
Hospital Sagrada Familia de Toro	3.997.226	4.397.226	3.997.226	3.831.026	4.110.382	2.799.141	4.110.382	2.937.468	2.937.468
Hospital Local Yotoco	3.425.648	3.392.388	3.425.650	3.231.982	2.913.119	3.248.431	2.913.119	2.693.199	2.693.199
Hospital San Vicente Ferrer de Andaluca	4.939.558	3.792.156	4.939.558	4.271.457	3.949.422	3.333.793	3.949.422	3.735.625	3.735.625
Hospital Pio XII E.S.E. de Argelia	2.011.844	2.012.288	2.011.844	1.876.194	1.776.247	2.038.286	1.776.247	1.716.362	1.716.362
Hospital Santa Ana de Bolívar	4.335.281	3.779.797	4.336.440	3.763.194	3.724.561	3.185.892	3.724.561	3.093.709	3.093.709
Hospital San Bernabe de Bugalagrande	5.711.514	4.597.905	5.711.514	5.561.346	5.106.093	3.994.290	5.327.137	5.069.652	5.069.652
Hospital San Jorge de Calima El Darien	3.560.682	3.261.746	3.560.683	3.391.782	3.697.930	3.026.630	3.697.929	3.385.168	3.385.168
Hospital Santa Catalina El Cairo	2.506.403	2.037.493	2.506.403	2.018.612	1.987.559	2.174.057	1.987.552	1.691.138	1.691.138
Hospital San Roque Guacari	4.928.565	4.184.710	4.988.564	4.679.535	4.996.482	4.036.055	4.996.481	4.603.391	4.603.391
Hospital Piloto Jamundi	13.817.344	12.561.473	13.817.344	11.935.469	13.225.932	13.448.935	13.225.932	12.614.107	12.614.107
Hospital Sta. Ana de los Caballeros Ansemanuevo	4.256.151	4.136.028	4.256.151	4.094.812	4.166.867	3.811.970	4.166.867	3.801.848	3.801.848
Hospital Benjamin Barney Gasca de Florida	7.800.468	8.598.788	7.800.466	5.695.661	9.183.305	8.007.371	9.183.306	7.131.092	7.131.092
Hospital Centenario de Sevilla	15.135.728	15.298.072	15.135.726	14.042.091	14.093.489	14.453.068	14.093.489	24.580.361	24.580.361
Hospital Divino Niño de Buga	13.396.613	11.885.356	13.396.613	11.884.506	11.586.665	10.803.350	11.586.665	10.795.362	10.795.362
Hospital del Rosario Ginebra	4.145.822	3.548.224	4.145.822	3.939.562	3.631.279	3.534.484	3.631.279	3.534.484	3.534.484
Hospital Gonzalo Contreras La Unión	5.208.920	5.068.210	5.208.920	4.944.006	4.613.046	4.562.550	4.613.046	4.079.983	4.079.983
Hospital Jose Ruffino Vivas de Dagua	6.481.776	3.512.473	6.481.776	6.371.496	5.895.137	6.103.131	5.895.137	5.726.877	5.726.877
Hospital Kennedy de Riofrio	4.283.647	3.512.473	4.283.647	3.631.279	3.534.484	3.150.959	3.534.484	3.151.000	3.151.000
Hospital Local de Candelaria	7.917.693	7.470.062	7.917.694	6.592.824	7.875.798	8.246.158	7.875.798	7.113.996	7.113.996
Hospital Local de Obando	5.094.240	4.391.812	5.094.240	3.910.240	5.229.378	3.959.100	5.229.378	2.404.053	2.404.053
Hospital Local de Viles	1.974.704	1.747.332	1.974.704	1.788.361	1.659.605	1.632.176	1.659.605	1.521.380	1.521.380
Hospital Local Pedro Saenz de Ulloa	1.529.477	907.272	1.529.477	1.049.656	1.696.495	1.312.464	1.696.495	1.298.252	1.298.252
Hospital Ntra. Sra. de los Santos La Victoria	5.102.565	5.038.953	5.102.565	4.564.671	5.328.236	5.901.591	5.328.236	2.848.751	2.848.751
Hospital San Jose de Restrepo	3.258.700	3.328.348	3.258.699	2.706.151	2.615.597	2.701.485	2.615.596	2.368.319	2.368.319
Hospital San Nicolás de Versalles	2.690.191	2.924.355	2.690.189	2.211.587	2.552.141	2.695.765	2.552.141	2.234.730	2.234.730
Hospital San Rafael El Aguila	2.355.310	1.986.662	2.355.310	1.983.985	2.892.096	2.892.096	2.892.096	2.231.813	2.231.813
Hospital San Rafael El Cerito	6.219.503	6.061.850	6.219.503	6.036.826	6.352.782	6.341.247	6.352.782	6.196.058	6.196.058
Hospital San Roque Pradera	7.830.734	6.422.134	7.830.734	6.399.214	7.519.478	7.091.325	7.519.478	6.738.345	6.738.345
Hospital San Roque Pradera	3.302.065	2.758.173	3.302.065	2.727.439	3.205.328	2.289.719	3.205.328	2.496.741	2.496.741
Hospital Santa Cruz de Trullio	4.426.173	3.279.733	4.426.173	3.424.732	3.528.492	3.872.992	3.528.492	3.472.313	3.472.313
Hospital Santa Lucia El Doño	4.932.528	4.264.593	4.932.528	4.616.451	4.698.242	3.878.464	4.698.242	2.596.557	2.596.557
Hospital Santa Margarita - La Cumbre	8.425.646	10.151.450	8.425.646	6.852.146	7.343.102	9.403.714	7.343.102	6.587.232	6.587.232
Hospital Santander de Calcedonia	15.316.890	13.958.361	15.316.891	13.772.752	14.964.130	13.379.806	14.964.129	13.361.348	13.361.348

Fuente: matriz de ejecuciones presupuestales, vigencia 2013-2014

ENTIDAD	PRESUPUESTO DE INGRESO DEFINITIVO - VIG. 2014	PRESUPUESTO DE INGRESO EJECUTADO - VIG. 2014	PRESUPUESTO DE GASTOS DEFINITIVO - VIG. 2014	PRESUPUESTO DE GASTOS EJECUTADO - VIG. 2014	PRESUPUESTO DE INGRESO DEFINITIVO - VIG. 2013	PRESUPUESTO DE INGRESO EJECUTADO - VIG. 2013	PRESUPUESTO DE GASTOS DEFINITIVO - VIG. 2013	PRESUPUESTO DE GASTOS EJECUTADO - VIG. 2013
	2014	VIG. 2014	VIG. 2014	VIG. 2014	VIG. 2013	VIG. 2013	VIG. 2013	VIG. 2013
Hospital Evaristo Garcia HUV	299.330.350	213.442.886	299.330.350	276.454.777	280.854.602	206.123.319	280.854.602	276.928.054
Hospital Mario Correa Rengifo	43.413.605	31.881.020	43.413.605	31.445.893	25.366.882	18.640.311	25.366.882	18.344.967
Hospital Isaias Duarte Cancino	13.119.514	12.740.488	13.119.514	11.572.722	12.078.994	12.356.562	12.078.994	12.015.818
Hospital Psiquiatrico	42.179.248	48.234.814	42.179.606	28.795.903	39.494.971	41.684.362	39.494.972	26.093.278
Hospital Departamental de Cartago	15.768.163	12.043.155	15.768.162	15.298.592	16.550.953	15.795.071	16.550.953	15.501.968
Hospital San Rafael de Zarzal	20.450.820	15.954.219	20.450.818	18.353.508	23.544.282	16.616.121	23.544.280	22.510.088
Hospital Tomas Uribe Uribe de Tulua	25.407.953	20.428.033	25.365.841	24.453.739	26.112.794	19.111.662	26.112.794	24.854.406
Hospital San Antonio de Roldanillo	13.379.960	8.754.453	13.379.960	12.666.281	12.556.106	10.247.608	12.556.106	12.426.833
Hospital Upliano Tascón de San Pedro	2.420.523	2.299.595	2.420.522	1.955.700	2.069.770	1.807.580	2.069.770	1.772.049
Hospital Sagrada Familia de Toro	3.997.226	3.495.319	3.997.226	3.831.026	4.110.382	2.799.141	4.110.382	2.937.498
Hospital Local Yotoco	3.425.648	4.387.388	3.425.650	3.231.982	2.913.119	3.248.431	2.913.119	2.693.169
Hospital San Vicente Ferrermer Andaluia	4.939.558	3.792.156	4.939.558	4.277.457	3.949.422	3.333.793	3.949.422	3.735.625
Hospital Pio XII E. S. E. de Argelia	2.011.844	2.012.289	2.011.844	1.676.194	1.776.247	2.038.286	1.776.247	1.716.362
Hospital Santa Ana de Bolivar	4.335.281	3.779.797	4.336.440	3.763.194	3.724.561	3.185.892	3.724.561	3.093.709
Hospital San Bernabe de Bugalagrande	5.711.514	4.597.905	5.711.514	5.561.346	5.106.093	3.994.290	5.327.137	5.069.652
Hospital San Jorge de Calima El Darien	3.560.682	3.261.746	3.560.683	3.391.782	3.697.930	3.026.630	3.697.929	3.385.169
Hospital Santa Catalina El Cairo	2.506.403	2.037.493	2.506.403	2.018.612	1.987.559	2.174.057	1.987.559	1.691.138
Hospital San Roque Guacari	4.928.565	4.184.710	4.988.564	4.679.535	4.996.482	4.036.055	4.996.481	4.603.391
Hospital Piloto Jamundi	13.817.344	12.561.473	13.817.344	11.935.469	13.225.932	13.448.935	13.225.932	12.614.107
Hospital Sta. Ana de los Caballeros Ansermanuevo	4.256.151	4.136.028	4.256.151	4.094.812	4.166.867	3.811.970	4.166.867	3.801.848
Hospital Benjamin Barney Gasca de Florida	7.800.468	8.598.788	7.800.466	5.695.661	9.183.305	8.007.371	9.183.306	7.131.092
Hospital Centenario de Sevilla	15.135.726	15.298.072	15.135.722	14.042.091	14.093.489	14.453.068	25.638.508	24.580.361
Hospital del Rosario Ginebra	4.145.822	3.548.254	4.145.822	3.939.562	3.909.812	3.531.824	3.909.812	3.494.615
Hospital Divino Niño de Buga	13.396.613	11.885.356	13.396.613	11.884.506	11.586.665	10.803.350	11.586.665	10.795.362
Hospital Gonzalo Contreras La Unión	5.208.920	5.066.210	5.208.920	4.944.006	4.613.046	4.562.550	4.613.046	4.079.983
Hospital Jose Ruffino Vinas de Dagua	6.481.776	6.562.946	6.481.776	6.371.496	5.895.137	6.103.131	5.895.137	5.726.877
Hospital Kennedy de Riofrio	4.283.647	3.512.473	4.283.647	3.631.279	3.534.484	3.150.959	3.534.484	3.151.000
Hospital Local de Candelaria	7.917.693	7.470.062	7.917.694	6.592.824	7.875.798	8.246.158	7.875.798	7.113.996
Hospital Local de Obando	5.094.240	4.391.812	5.094.240	3.910.240	5.229.378	3.959.100	5.229.378	2.404.053
Hospital Local de Viles	1.974.704	1.747.332	1.974.704	1.788.361	1.659.605	1.632.176	1.659.605	1.521.380
Hospital Local Pedro Saenz de Ulloa	1.529.477	907.272	1.529.477	1.049.656	1.695.495	1.312.464	1.695.495	1.298.252
Hospital Ntra. Sra. de los Santos La Victoria	5.102.565	5.068.953	5.102.565	4.564.671	5.328.236	5.901.591	5.328.236	2.848.751
Hospital San Jose de Restrepo	3.258.700	3.328.348	3.258.699	2.706.151	2.615.597	2.701.485	2.615.896	2.368.319
Hospital San Nicolás de Versalles	2.690.191	2.924.355	2.690.189	2.211.587	2.552.141	2.695.765	2.552.141	2.234.730
Hospital San Rafael El Aquila	2.355.310	1.986.662	2.355.310	1.983.985	2.892.096	2.259.709	2.892.096	2.231.813
Hospital San Rafael El Cerito	6.219.503	6.061.850	6.219.503	6.035.826	6.352.782	6.341.247	6.352.782	6.196.058
Hospital San Roque Pradera	7.830.734	6.422.134	7.830.734	6.399.214	7.519.478	7.091.325	7.519.478	6.738.345
Hospital San Vicente Pardo de Alcala	3.302.065	2.758.218	3.302.065	2.727.439	3.205.328	2.289.719	3.205.328	2.496.741
Hospital Santa Cruz de Trujillo	4.426.173	3.872.767	4.426.173	3.424.732	3.528.492	3.872.992	3.528.492	3.472.313
Hospital Santa Lucia El Dovo	3.279.733	2.897.186	3.279.733	2.774.580	2.848.207	2.650.860	2.848.207	2.565.557
Hospital Santa Margarita - La Cumbre	4.932.528	4.284.593	4.932.528	4.616.451	4.696.242	3.878.464	4.696.242	2.596.731
Hospital Santander de Calcedonia	8.425.646	10.151.450	8.425.646	7.343.102	7.343.102	9.403.714	7.343.102	6.587.232
IPS Municipal E. S. E. de Cartago	15.316.890	13.958.361	15.316.891	13.772.752	14.964.130	13.379.806	14.964.129	13.361.348

4.2 RESULTADO DE HALLAZGOS

En las auditorías realizadas a las Empresas Sociales del Estado del nivel municipal y departamental, se evidencia que, en términos generales, las entidades en cuanto a la gestión y resultados cumplen parcialmente debido a las múltiples debilidades en el cumplimiento de su plan de acción o plan estratégico.

La gestión contractual presenta debilidades en todas sus etapas, por lo que la mayoría se clasifican con deficiencia; la gestión presupuestal en un alto grado presenta una calificación de eficiente, dado que el presupuesto se liquida y ejecuta de conformidad con las normas prescriptas; lo anterior se evidencia en la siguiente tabla:

ENTIDAD	AUDITORIAS	CONTROL DE RESULTADOS	GESTIÓN CONTRACTUAL	GESTION PRESUPUESTAL	GESTION FINANCIERA
HOSPITAL DIVINO NIÑO DE BUGA	ESPECIAL	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL LOCAL DE OBANDO	ESPECIAL	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL CERRITO	ESPECIAL	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL SAGRADA FAMILIA DE TORO	ESPECIAL	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL ULPIANO TASCÓN DE SAN PEDRO	ESPECIAL	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL SANTA CRUZ DE TRUJILLO	ESPECIAL	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL SANTA MARGARITA DE LA CUMBRE	ESPECIAL	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL PEDRO SÁENZ DE ULLOA	ESPECIAL	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL SANTA ANA DE BOLIVAR	ESPECIAL	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL SANTA ANA DE LOS CABALLEROS DE ANSERMANUEVO	ESPECIAL	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL SAN ROQUE DE GUACARI	ESPECIAL	Cumple	Eficiente	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL RUFINO VIVAS DE DAGUA	ESPECIAL	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Eficiente
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL	ESPECIAL	No cumple	Con deficiencia	Con deficiencia	Con deficiencia
HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO	REGULAR	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Eficiente	Con deficiencia
HOSPITAL PSIQUIATRICO	REGULAR	Cumple	Eficiente	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	REGULAR	Cumple Parcialmente	Con deficiencia	Con deficiencia	Con deficiencia
HOSPITAL MARIO CORREA	REGULAR	Desfavorable	Con deficiencia	Con deficiencia	Con deficiencia
HOSPITAL TOMAS URIBE DE TULUA	REGULAR	Cumple Parcialmente	Eficiente	Con deficiencia	Con deficiencia
HOSPITAL SAN RAFAEL DE ZARZAL	REGULAR	Favorable	Eficiente	Eficiente	Eficiente
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE CARTAGO	REGULAR	Favorable	Con deficiencia	Con deficiencia	Con deficiencia

A nivel general, en los hospitales del Departamento del Valle del Cauca, se encontraron los siguientes aspectos:

- El Plan Estratégico, Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Acción presenta debilidades en la formulación de las metas, deficiencias en la armonización con el Plan de Desarrollo Municipal y el Plan Territorial de Salud. Los recursos y tiempos no son concretos y no permiten evaluar su avance, población objetivo ni hacer los ajustes necesarios para lograr los resultados propuestos, situación que se deriva por falta de una adecuada planeación.
- Se evidencian deficiencias ya que los riesgos no están clasificados de acuerdo al impacto y probabilidad de ocurrencia, ni existen controles establecidos para mitigarlos o reducirlos.
- En los estudios previos de los contratos no se evidenció el análisis técnico económico que determinara el valor a contratar.
- No se cuenta con el Plan de Desarrollo Institucional de los Hospitales en algunos casos, y en otros quienes sí lo tienen, se evidencia una falta de articulación y armonización con el Plan de Desarrollo Municipal y con el Plan Financiero. No se cuenta con plan de acción o plan estratégico, indicadores y metas que permita medir la gestión.
- No se realiza una buena gestión y seguimiento para el cobro de la facturación, lo que ha incrementado las edades de facturación, siendo de difícil cobro. Aunado a que no se han realizado las acciones persuasivas o coercitivas para garantizar la recuperación de la cartera. No se han establecido parámetros financieros y logísticos, que permitan realizar el cobro y/o reconocimiento de los intereses moratorios por devoluciones o glosas formuladas sin fundamentación objetiva.
- No se cuenta con Comité de Conciliación en la gran mayoría de hospitales; adicionalmente, no se diligencia el formato único de información litigiosa y conciliaciones exigidas por la Dirección de Defensa Judicial.

CONCLUSIONES

Una fragilidad para las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud Públicas (IPS) es el impacto de lo que se ha denominado problemas estructurales de la salud, en el financiamiento y desarrollo de sus actividades, por el no pago de los actores (Gobierno en lo correspondiente a los excedentes de facturación y las EPS) por servicios prestados y facturados, en lo correspondiente al no recibo del disponible o recaudo de esta facturación y que representa más del cincuenta por ciento (50%) de los servicios facturados, en el caso específico del HUV.

Interesante la temática de abordar el hacer las auditorías que incluyan la efectividad de la gestión desde la planeación articuladas desde el orden nacional con el departamental y la institución visitada.

El Gobierno Nacional debe velar y garantizar la erradicación de la cultura del no pago, evidente en el sector de la salud que afecta las instituciones prestadoras de los servicios y en esta caso concreto las públicas, para proteger el servicio de la población pobre y vulnerable (Población Pobre No Asegurada) y el régimen subsidiado en adecuada forma, ya que estas Instituciones Prestadoras de Servicios Públicas atienden principalmente esta población.

RECOMENDACIONES

El giro directo a las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud Públicas (IPS) sin pasar por los Departamentos, toda vez que estos deben ser los responsables del control de los recursos y no coadministradores.

Exigir del Gobierno Nacional que se haga control efectivo sobre los actores del sector de la salud, para erradicar la cultura del no pago y que tiene a las IPS públicas en dificultades financieras, por no recibir con oportunidad los recursos por los servicios que han facturado y que no hay justificación alguna, para que los actores que practican la cultura del no pago sigan en el sector sin el control de las entidades del estado que se supone deben coadyuvar, generando un orden adecuado a la libre competencia.

Aprovechar las ventajas del uso de las Tecnologías de la información y comunicación para mejorar el acceso, los procesos de atención, el control en el pago oportuno de los actores que participan en el sector de la salud, manejo de estadísticas y otros usos a la información generada.

Las IPS Públicas deben unirse para hacer un frente común que les permita búsqueda de recursos para el fortalecimiento tecnológico.

