

**ANALISIS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION
DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL
MAGDALENA 1.990 - 1.995**

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LOPEZ.

ESTHER AVELINA MIER CARRILLO.

LUIS ALFONSO RESTREPO SUAREZ.



Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Especialización en Planificación Territorial, gestión Regional y local de
proyectos.

ASESORA: Doctora OLGA LUCIA FUENTES

**Santa Marta
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
INSTITUTO DE FORMACION AVANZADA
ESPECIALIZACION EN PLANIFICACION TERRITORIAL, GESTION
REGIONAL Y LOCAL DE PROYECTOS.
1.994 - 1.995**

PPT
00014

018935

DEDICATORIA

A nuestras familias que nos acompañaron, apoyaron y han sido fuentes de estímulos en todo momento para lograr una meta más en nuestra vida profesional.

AGRADECIMIENTOS

A: LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA CENTER, principalmente a todos los que hicieron posible con su esfuerzo, que en nuestra región Caribe existiera la oportunidad de mejorar la calidad del capital humano con el postgrado, como el que se culmina, que redundará en el desarrollo regional de la Costa Atlántica.

A: SECRETARIA DE SALUD DEL MAGDALENA, por facilitarnos el tiempo, y los recursos técnicos para la realización del presente trabajo..

A. Nuestras Familias por el apoyo brindado en todo momento.

A. Todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para llevar a feliz término este trabajo.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	
1. PROBLEMA	1
2. PROPOSITO	4
3. MARCO CONCEPTUAL DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DEL SECTOR SALUD	5
4. PROCESO DE DESCENTRALIZACION DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	37
4.1 ANTECEDENTES	37
4.2 SITUACION ACTUAL	46
5. ANALISIS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO	51
5.1 ANALISIS ESTRATEGICO DEL ENTORNO EXTERNO - INTERNO	51
5.2 REFLEXION ANALITICA	58
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFIA	75

O. INTRODUCCION

El presente documento contiene el producto de un trabajo de recopilación de toda la información, que sobre el proceso de descentralización en el Sector Salud, ha ocurrido o se ha gestado en el Departamento Del Magdalena a partir de la Ley 10 del 10 de enero de 1990, Hasta el 31 de diciembre de 1994.

En el presente documento se encuentra el inventario completo de todas las instancias, que al respecto se han cumplido en el Departamento.

Una vez se obtuvo toda la información arriba enunciada, se procedió a realizar el análisis del proceso y con base a las conclusiones obtenidas se procedió a plantear una serie de recomendaciones.

1. PROBLEMA

A partir de 1.986 se inicia el proceso de descentralización de la administración pública, mediante el Acto legislativo No 1 y con la expedición de la Ley 11 se inician las reformas políticas con la elección popular de Alcaldes Municipales. con la expedición de la Ley 3 de 1.986 y el Decreto 077 de 1.987 que reglamenta la Ley 11, se produce la reforma administrativa.

Posteriormente, el Presidente de la República sancionó la Ley 10 del 10 de Enero de 1.990 por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, descentralizando la Administración de los Servicios de Salud y colocándolos en manos de los Alcaldes y Gobernadores; estableciendo Juntas Directivas para cada Hospital con participación de la comunidad usuaria, y en estos y los Centros y Puestos de salud, comités de participación comunitaria.

De otra parte la Ley refinancia ampliamente al sector incrementando los recursos del presupuesto nacional que serán girados a Municipios y Departamentos y establece la carrera administrativa para todos los empleados oficiales de la Salud. Esta Ley en su artículo 37 establece los requisitos que las administraciones Municipales y Departamentales deben cumplir para recibir la autonomía en el manejo de los recursos de salud. Así mismo en su artículo 18 establece un término de cinco años para que las Entidades Territoriales y Seccionales asuman las competencias correspondientes y en el parágrafo único del artículo 37 establece los plazos de uno, dos, tres, cuatro y cinco años según se trate de las categorías primera, segunda, tercera, cuarta y quinta definidas, para la certificación del Ente Municipal y así recibir el giro de los recursos correspondientes al situado fiscal para la Salud.

La Descentralización Municipal de tipo fiscal se inicia en 1.993 con la promulgación de la Ley 14 y se continúa en el mismo año con la promulgación de la Ley 60 de 1.993, que en su artículo 14 adiciona nuevos requisitos que deben cumplir los Entes Territoriales para asumir la autonomía en Salud complementando los requisitos exigidos por la Ley 10 de 1.990.

A pesar de lo descrito anteriormente y considerando que actualmente es el último año de plazo que da la Ley 10 para la Certificación de la descentralización de los Entes territoriales, este proceso en el

Departamento del Magdalena no se ha cumplido en su totalidad; por ello el hecho de no haberse terminado el proceso de descentralización se constituye en una problemática de trascendencia para el Departamento del Magdalena con serias consecuencias a nivel de los Ingresos que debe percibir para el área de la Salud, los cuales tenderán a disminuir durante los próximos años (1.995-1999) en lo que concierne al Situado Fiscal, y considerando que inversamente proporcional al tipo de categoría del municipio, deberá asumir sus funciones, competencias y responsabilidad en la Promoción y Mantenimiento de la Salud de sus habitantes.

2. PROPOSITOS

El análisis del Proceso de Descentralización de la Salud en el Departamento del Magdalena, nos reflejará los factores que han incidido en este proceso, y nos permitirá tener una herramienta adecuada y valiosa que sea marco de referencia para la toma de decisiones y para la continuación y desarrollo del mismo proceso en forma eficiente.

3. MARCO CONCEPTUAL DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DEL SECTOR SALUD.

Como en Colombia el aparato estatal estaba rezagado frente a las necesidades de la población; su organización y gestión estaban desfasados en relación a las fuerzas sociales lo que ocasionó un alejamiento comunidad-estado.

Es así, que las entidades estatales presentaron problemas de funcionamiento interno, convirtiéndose en ineficientes ante las necesidades de la comunidad, con sistemas de planificación, información, evaluación y control de gestión deficientes, con excesiva concentración en la toma de decisión; el gobierno de Colombia crea el estatuto básico de la administración municipal y posibilita la participación de la comunidad en el manejo de los asuntos locales.

En los últimos años, con el proceso de reestructuración del Estado Colombiano, la nueva tendencia en las progresivas reformas

institucionales es la Descentralización, concebido éste como el proceso por medio del cual se hace transferencia del poder de decisión y ejecución de políticas públicas, de los órganos centrales del Gobierno y del Estado, a las Entidades territoriales y las fuerzas vivas que allí habitan. Para que se pueda asumir la descentralización se requieren tres pasos:

- a. La transferencia de competencias administrativas de planeación y de regulación de todas aquellas cosas que ocurran en cada Entidad Territorial y cuyo impacto se limiten a la Entidad y a la Población correspondiente.
- b. Los Recursos para poder asumir las Competencias que afectan la calidad de vida y la cotidianidad de la población.
- c. La capacidad política de las Entidades Territoriales y de la Población que allí habitan para tomar las decisiones sobre cómo administrar las funciones y los Recursos descentralizados y propios.

Este proceso es una forma de organización del Poder público, que modifica la manera como se deciden y ejecutan las Políticas Públicas.

En 1.986, empezó la revolución descentralista, el Municipio recibió una serie de funciones y recursos antes manejados exclusivamente por la Nación (Ley 11 y 12 de 1.986 y decretos reglamentarios de 1.987). Así empezó un proceso de transferencia a los Municipios de los servicios públicos domiciliarios (agua, alcantarillado, aseo y energía), servicios sociales (Salud, Educación), la regulación urbana y la infraestructura local (plazas de mercados y de ferias, orfanatos, ancianatos, caminos vecinales, puentes veredales entre otros). En general las competencias transferidas al nivel local son las ligadas a la reproducción de la población.

Es así, como se empezó un proceso de transferencia creciente de recursos de los ingresos corrientes de la nación; la cantidad de recursos esperados por los municipios y su incremento automático ahogó el esfuerzo local impositivo dentro del presupuesto municipal y aumentó la dependencia económica de los municipios respecto de las transferencias del nivel central; sin embargo, el esfuerzo tributario no descendió y se ha mantenido en constante crecimiento desde la Ley 14 de 1.983. Además, las medidas de 1.986 liberaron los controles y trabas al endeudamiento territorial; sin embargo, lo que más generó expectativas en la reforma de 1.986, fue la elección popular de los Alcaldes, acabando con el monopolio político, sobre todo, el sistema representativo territorial; también se previó la participación de la comunidad en asuntos públicos.

Así mismo, se introducen dos modificaciones importantes para la reforma del Estado, avanzan los mecanismos de diálogo, concertación y propuestas de democratización del Estado y además una serie de reformas para la democratización interna de las instituciones, de las cuales, hace parte el proceso de descentralización y la democracia participativa.

Luego; surgió un proceso en que varias Entidades Públicas Nacionales y Ministerios se propusieron realizar su propia descentralización (Salud, Educación), cada uno por su lado, sin coordinación y desde criterios diferentes y concepciones contradictorias de lo que debería ser el modelo de descentralización en Colombia.

Los cambios más sobresalientes introducidos a la descentralización por la reforma constitucional de 1.991 fueron los siguientes:

- 1.La posibilidad de generación flexible de múltiples Entidades Territoriales.
- 2.La conversión de las antiguas Intendencias y Comisarias en Departamentos.

3.La elección de Gobernadores y el libre nombramiento y remoción de los directores de las Entidades descentralizadas del orden departamental, por los Gobernadores.

4.La obligatoriedad de los planes territoriales de desarrollo de acuerdo al plan Nacional, para darle coherencia al uso de los recursos transferidos.

5.La transferencia de la Nación a las Entidades Territoriales de recursos provenientes de sus Ingresos Corrientes.

6.La consagración de la participación como principio del Estado y su despliegue en la elaboración, ejecución, contratación, seguimiento y control a la Política Pública.

La Constitución Política de 1991 supera la descentralización municipalista y da comienzo a un proceso de territorialización del país, donde ya no solo se trata de descentralizar algunas funciones y recursos a los municipios, sino, que partidas cada vez mayores de recursos y las diferentes políticas públicas se empiezan a ejecutar cada vez con más autonomía en los diferentes niveles territoriales.

Es así como la Constitución de 1.991, abre perspectivas para el desarrollo de un proyecto democrático en Colombia, donde ofrece un

marco para el impulso de prácticas participantes en diferentes ámbitos de la vida nacional. La carta define a Colombia como 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 "(Artículo primero).

En el artículo 287 de la Organización Territorial, dispone que las Entidades Territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la Ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos:

1. Gobernarse por autoridades propias.
2. Ejercer las competencias que les correspondan.
- 3 Administrar los recursos y los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
4. Participar en las rentas nacionales.

Para estudiar la descentralización es necesario conocer sus formas. La primera variante de la descentralización es la descentralización

burocrática o jerárquica, que es el traslado de competencias de una Entidad jerárquica superior a una de sus dependencias o a una entidad subalterna, conservando la entidad titular de servicios, la responsabilidad en la prestación del mismo.

Otra forma de descentralización es la delegación de funciones. Delegar es asignar a otros autoridad y responsabilidad para llevar a cabo actividades específicas, es lograr hacer las cosas por medio y a través de otros, es transmitir autoridad hacia los niveles más bajos. Todas las delegaciones de autoridad están sujetas a ser recuperadas por quien las concede.

La descentralización es el traslado que hace un Organismo Central a las Entidades Territoriales, de las funciones, con la asignación de los recursos necesarios, la asignación de la responsabilidad total y la delegación completa de la autoridad para la toma de decisiones, sin imponerle condiciones a estas decisiones, ni modificarlas, ni menos revocarlas.

La descentralización se produce cuando se generan Entidades Regionales y Locales con autonomía suficiente para garantizar su eficiencia operativa mediante la transferencia de recursos.

La descentralización fiscal tiene por objeto fortalecer los fiscos regionales y locales a través del crecimiento considerable de las transferencias y de los ingresos propios. Así mismo permite a los entes territoriales la asignación de recursos financieros propios, rentas cedidas y los de transferencia nacional dentro de una autonomía relativa, con control tutelar y concurrencia subsidiaria de los niveles superiores de la administración pública.

La descentralización es producto de la diversidad nacional y de la pluralidad regional, ya que una administración descentralizada es el mejor vehículo para lograr directivas y decisiones adaptadas a las demandas específicas de las diversas comunidades, evitan la duplicidad de funciones, la rivalidad de competencias y las situaciones conflictivas, en razón a la posibilidad de obtener información más cercana a los problemas y responder más directa y oportunamente a las demandas de la comunidad.

Existen dos formas de descentralización orgánica: La descentralización Territorial (Departamentos, Municipios), y la descentralización por Servicios o Institucional (Establecimientos Públicos, empresas comerciales e industriales del Estado).

La descentralización territorial considera un ámbito espacial en el que el respectivo organismo administrativo dirige su acción a solucionar

problemas y demandas locales. En ella, el territorio es un elemento integrante y esencial, ya que dentro de él la entidad descentralizada ejerce verdadera jurisdicción, razón por la cual la entidad descentralizada territorial tiene poderes en distintas materias de la administración.

La descentralización por servicios, institucional o funcional, técnica o especial, realiza una función específica de carácter eminentemente técnico, tiene lugar cuando lo que predomina es el interés del servicio y la que lo tipifica, es su cometido, básicamente una necesidad social específicamente identificada y definida, y el interés particular de los usuarios.

En el País se impulsan los procesos de descentralización tanto territorial como institucional .

Según el Ministerio de Salud, la descentralización de la Salud es la transferencia del poder planificar y contratar recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros.

La descentralización del sector salud está concebida en tres dimensiones:

1. Descentralización al interior del sector.

2. Descentralización hacia los municipios.

3. Descentralización hacia la comunidad.

Se debe diferenciar la descentralización de la desconcentración; donde la descentralización es el traslado de funciones, responsabilidades y recursos a otros entes territoriales por parte de la nación y desconcentración es la distribución espacial de las unidades generadoras de un servicio .

Así, el Sistema de Salud del País, por tener unidades de salud en cada Departamento y municipio, ya está desconcentrado, pero la falta de unidades intermedias o el inadecuado funcionamiento produce concentración, lo que se muestra en la congestión de los Hospitales de segundo y tercer nivel.

Por ello, si cada unidad no posee autonomía para programar, nombrar personal, comprar suministros, adquirir equipos decidir sobre inversiones y contratar servicios, está desconcentrada pero no descentralizada.

Si el personal directivo, profesional y técnico puede tomar decisiones en la planificación, la asignación y contratación, hay desconcentración

y descentralización, pero no participación de las comunidades en la administración municipal.

La participación supone la existencia de mecanismos de consulta masivos: votación, asambleas y comunas, o la existencia de cuerpos colegiados, juntas, comités y otros con capacidad en la toma de decisiones.

La descentralización y participación comunitaria en la administración de los servicios públicos, se justifica técnica, económica, política y filosóficamente.

Técnicamente, por que permite tomar decisiones oportunas y adecuadas, por que se está más cerca de los problemas y la comunidad puede participar del diagnóstico y la solución.

Generalmente se afirma que los servicios de salud, donde la gestión del recurso humano y su calidad determinan el resultado del servicio, se debe realizar por gestión descentralizada, es decir, en términos económicos clásicos, en la baja composición orgánica de capital es mejor la descentralización.

A nivel económico se justifica como una alternativa, por que permite que el decisor asigne con mayor probabilidad "recursos escasos" a las

prioridades y que la participación local en el trabajo, especie y tecnología adecuada, permite el ahorro. La inversión nacional asociada a la exigencia de una contrapartida local, establece mecanismos de racionalización, por que la cofinanciación de obras con fondo de contrapartidas locales produce ahorro, luego de `esta contrapartida el paso final de la descentralización es la financiación de construcciones y la dotación de préstamos a plazos y tasas diferenciales de interés, de acuerdo con la capacidad de pago de los beneficiarios.

La descentralización tiene una justificación política trascendental por que distribuye el poder sobre las obras y servicios entre las distintas localidades geográficas, grupos políticos y movimientos cívicos que no participen de la administración del estado.

La descentralización nació como producto de la presión de los movimientos cívicos, los sectores abstencionistas y grupos de oposición sobre el estado central.

La descentralización trata de modernizar las formas tradicionales de participación (clientelismo), a cambio de obras y servicios públicos.

Así la descentralización con participación ciudadana hace que las poblaciones que exigen servicios formen parte de la solución y no del

problema; trata de involucrar y corresponsabilizar a la comunidad y a la administración en la solución de sus problemas.

Es una estrategia política que garantiza una mayor integración del sistema democrático, que contribuye a crear la infraestructura de la paz y la convivencia dentro de un marco de equilibrio institucional.

Forma parte de una concepción filosófica de la democracia llamada "democracia participativa" diferente y complementaria de la democracia representativa.

La descentralización otorga autonomía a los municipios, la democracia participativa considera a la comunidad capaz de concertar con el nivel técnico la mejor forma de la toma de decisiones y de gestionar los servicios.

En el Sector Salud la descentralización se refiere al traslado que hace la nación o las Entidades Territoriales, de las funciones de, dirección y de prestación de los servicios de salud y de saneamiento ambiental, y la asunción de la responsabilidad total de éstas, en el marco de las autonomías territoriales definidas en la Constitución, en la Ley 10 del 10 de enero de 1.990 y en disposiciones anteriores de reorganización y consolidación del Sistema de Salud Colombiano.

Con la descentralización política mencionada anteriormente (Acto legislativo No 1 de 1.986, leyes 11 y 12 de 1.986, decreto 77 de 1.987) y el decreto 81 de 1.987, se asigna a los municipios toda la responsabilidad en la dirección y prestación de Servicios de Salud y del ambiente, y se le asignan recursos para cumplir con esta responsabilidad. Así se iniciaron los movimientos de descentralización y municipalización de la Salud.

La Ley 10 del 10 de enero de 1.990 se considera como el estatuto básico para la organización y funcionamiento del sector salud descentralizado; se refuerza la descentralización política e instituyen la descentralización fiscal y la administrativa del sector.

Esta Ley fija las responsabilidades de la dirección y de la prestación de los servicios de salud a cada uno de los Entes territoriales y autoriza a personas particulares e instituciones privadas a prestar los servicios de salud. Igualmente, inicia un proceso de descentralización fiscal, cuando regula sobre aspectos fiscales y tarifarios, fija un nuevo valor para el situado fiscal y reordena la utilización de todas las fuentes financieras para salud; también fija requisitos y limitaciones para transferir los recursos y para su aplicación a los diferentes programas.

Esta Ley fijó plazos a las Entidades Territoriales Municipales para tener lista la organización y cumplir los requisitos para la transferencia

de recursos, así mismo reglamenta la imposición de sanciones por infracción a cualquiera de las normas previstas. Todos estos requisitos están estipulados en las Leyes 10 de Enero de 1.990, Ley 60 de Agosto 12 de 1.993 y Ley 100 de Diciembre 23 de 1.993. Conservando los requisitos contemplados, dota al proceso descentralizador de una nueva lógica, que parte de la identificación de sus obstáculos y de las condiciones de salud de la población, frente a la disponibilidad de recursos; avanza luego hacia el diseño, montaje y desarrollo de las estructuras organizacionales modernas, flexibles y eficientes, en la utilización de los recursos y que logren materializar los objetivos, metas y acciones programáticas, contempladas en los planes de desarrollo.

Es así que se encuentran definidas las funciones más relevantes en el proceso de descentralización en el nivel departamental, las cuales están relacionadas con el ejercicio de la planeación departamental, con fundamento en las políticas y estrategias nacionales, la prestación de servicios y ejecución de obras cuyas escalas de producción sobrepasan el nivel local, el establecimiento de impuestos y tarifas impositivas y la prestación de servicios y el desempeño de funciones de carácter municipal cuando éste no tenga capacidad de asumirlos.

Es así, como éstas son las competencias generales de los Departamentos:

1. Administrar los recursos cedidos por la nación, planificar los aspectos relacionados con el sector y ejercer funciones de coordinación, subsidiariedad y concurrencia, relacionadas con las competencias municipales conforme a la Constitución, a la ley y a los reglamentos que sobre tales aspectos expida el Ministerio.

2. Registrar las instituciones que prestan servicios de salud y definir su naturaleza jurídica, según lo previsto en los artículos 34 y 35 de la Ley de competencias y Recursos, y la reglamentación establecida.

3. Actuar como instancia de intermediación entre la Nación y los Municipios, para los fines del ejercicio de las funciones que, conforme a la Ley de competencias y Recursos, son de competencia de la Nación.

4. Asesorar y prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las instituciones de prestación de los servicios para el ejercicio de las funciones de la ley, realizar la evaluación, control y seguimiento de la acción municipal y promover ante las autoridades competentes las investigaciones disciplinarias a que haya lugar.

Con el propósito de garantizar el desarrollo de descentralización en la dimensión jurídica e institucional y fiscal se establecen las siguientes estrategias básicas:

1. Gradualidad: teniendo en cuenta la heterogeneidad, tamaño y nivel de desarrollo de los entes territoriales y la complejidad del sector y los requerimientos de su estructura y capacidad técnica, que determinarán diferentes ritmos para la asunción de competencias y responsabilidades.
2. Apoyo al cambio institucional; se brinda asistencia técnica para coadyuvar al mejoramiento de la capacidad técnica y de planeación, a través de los programas de capacidad gerencial pública y apoyo institucional.
3. Fortalecimiento de los recursos propios de los entes territoriales, en procura de un mayor esfuerzo y cobertura, mediante la definición de tributos en los niveles territoriales.
4. Redistribución de ingresos recaudados por el nivel nacional, dicha asignación se realizará a través de las transferencias del situado fiscal, Participación municipal de los ingresos corrientes de la Nación y regalías y mecanismos de cofinanciación, crédito

y tarifas, con el fin de garantizar la prestación de los servicios de salud a la población más necesitada.

Es así como los requisitos establecidos para la certificación del ente territorial descentralizado son los siguientes:

1. Organización y funcionamiento de la Dirección del Sistema Seccional de Salud: Se debe elaborar un Acto administrativo (Ordenanza) por el cual se conforme el Sistema Seccional en el que se defina el esquema de prestación de los Servicios de Salud, teniendo en cuenta los procesos de fomento de la Salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, así como los diversos factores que en él intervienen, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención propiamente dichos e igualmente deben contemplar los principios básicos del Servicio Público de Salud como aparecen definidos en el artículo 3o de la Ley 10 de enero 10 de 1.990. En cuanto a la Dirección Seccional de Salud, se tienen diferentes esquemas que pueden ser asumidos por los entes territoriales de acuerdo a las circunstancias específicas de cada una de ellos.

2. Organización del Régimen de Carrera Administrativa: Expedido el Manual de Cargos o adoptando el Manual elaborado por el Ministerio de Salud e inscrito a todos los funcionarios que

tengan derecho a ingresar en la Carrera Administrativa. El ente territorial debe expedir un acto administrativo, en el que se adopte el régimen especial de carrera administrativa para los funcionarios del subsector oficial del sector salud. El manual específico de cargos y funciones debe ser elaborado con base en la estructura orgánica y el manual general de la organización y la Planta de personal. En el caso de que no cuente con el Manual Específico de Cargos y Funciones, deberá adoptar por decreto o resolución, el Manual General de Cargos y funciones expedido por el Ministerio de Salud para los funcionarios del sector oficial del Sector Salud (Decreto No 1335 de 1.990) e inscribir a todos los funcionarios del Sector Salud que tengan derecho, en carrera administrativa.

3. Transformaciones Institucionales para la prestación de los servicios de salud, exigidos por el artículo 6 de la ley 10 de 1.990 y en particular dotando de personería jurídica y de una estructura administrativa, según marco definido en el artículo 19 de la Ley 10 de 1.990. Definición de la naturaleza jurídica de las Instituciones Hospitalarias de primero, segundo y tercer nivel de atención, creándolas como Empresas Sociales del Estado, con personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, (artículos 194 y 195 de la Ley 100 de diciembre

23 de 1.993), mediante acuerdo u ordenanza en el caso de entidades del orden departamental.

4. Elaboración de contratos para la prestación de servicios de salud; si la ejecución de planes, programas y proyectos de acuerdo con los artículos 23 y 24 de la Ley 10 de enero de 1.990 así lo exige. Está relacionado con las unidades prestadoras de Servicios de Salud en sus tres niveles de atención, los cuales para recibir recursos del Estado con el objeto de prestar los servicios de Salud, deben hacerlo por vía de la contratación administrativa, en donde se debe definir el plan, programa o proyecto que sirva de fundamento a dicha contratación.

5. Creación y Organización del Fondo Seccional de Salud: La autoridad administrativa del ente territorial debe crear El Fondo Seccional o Local de Salud por vía de ordenanza o acuerdo respectivamente, y en caso de tener facultades extraordinarias por decreto; el cual, no es más que una cuenta especial del presupuesto de la Entidad Territorial, al que se le deben girar todos los recursos provenientes de las diferentes fuentes de origen Nacional, Departamental o Municipal, dirigidos a la atención de la Salud en los diferentes niveles; este decreto debe definir su funcionamiento.

6. Afiliación de los Empleados a los Fondos de Cesantías y a las Instituciones de previsión y seguridad social, según lo preescrito en la Ley 10 de 1.990. Se deben crear fondos de Cesantías y Pensiones para sus trabajadores o afiliarlos a los Fondos Privados existentes en el mercado. Además se debe presentar el cálculo del pasivo prestacional del personal, con los datos de las Cesantías consolidadas a diciembre 31 de 1.993 y el monto de las cargas pensionales del personal a transferir. Así mismo la relación de los bienes muebles e inmuebles que debe recibir el ente territorial, por parte de la entidad que transfiere las responsabilidades y los recursos necesarios para la prestación de los servicios de salud.

7. Organización y Funcionamiento de un Sistema Básico de Información en Salud, según normas técnicas definidas por el Ministerio de Salud y aprobadas por el CONPES, y adoptar igualmente procedimientos para la programación, ejecución, evaluación, control y seguimiento físico y financiero de los programas de salud.

8. Adopción de una metodología para elaborar anualmente el Plan de Desarrollo para la prestación de los servicios de Salud, que permita evaluar la gestión en cuanto a la calidad, la eficiencia y la cobertura de los servicios.

9. Definición de las reglas y procedimientos para la distribución del Situado Fiscal entre los municipios, y el Departamento a través de un acuerdo u ordenanza, el cual debe ser consultado y acordado con las oficinas de Planeación, Secretarías de Hacienda y las Direcciones de Salud, bajo la dirección y coordinación del Jefe de la Administración Territorial.

10. Adopción del Plan de que trata el artículo 13 de la Ley 60 de agosto 12 de 1.993, en sus diferentes fases de elaboración como: Cobertura y Calidad de los diferentes Niveles de Atención y su Población objetivo, el personal, instalaciones y equipos disponibles, los recursos financieros destinados a la prestación de los servicios y otros aspectos del Sector Salud.

11. Organización y Funcionamiento de la Red de Servicios del Sistema, de acuerdo con el régimen de referencia y contrareferencia de pacientes.

Según el Plan de desarrollo "El Salto Social", la descentralización es el fruto de un proceso político concertado y participativo, y constituye el pilar fundamental para alcanzar la autonomía territorial; la transferencia efectiva del poder político, institucional y fiscal del nivel nacional hacia los entes territoriales, exige que cada uno de los niveles

de gobierno juegue un papel fundamental en el ordenamiento territorial.

La descentralización enfrenta en la actualidad una etapa de transición rápida y compleja. La afluencia de competencias y recursos hacia las entidades territoriales obliga a concentrar los esfuerzos en el desarrollo institucional, para lograr que este nuevo diseño se traduzca en mayores beneficios para las gentes; por ello, según el Presidente Ernesto Samper Pizano, durante el periodo de transición su gobierno promoverá el afianzamiento de la descentralización, mediante la planificación y puesta en marcha de un conjunto de acciones para consolidar la estructura del estado y cada uno de los niveles, de manera que se garantice mayor gobernabilidad, una gestión pública descentralizada, democrática, participativa y cercana a la gente, y que se preste más eficiente y equitativamente los servicios públicos; por ello, es fundamental el compromiso decidido del gobierno nacional, los departamentos, municipios y comunidad en general, así el gobierno se compromete a trabajar los siguientes objetivos:

1. Apoyar el fortalecimiento de la capacidad de gestión y el ajuste institucional de la nación y las entidades territoriales para que puedan cumplir con sus responsabilidades bajo el nuevo esquema institucional.

2. Adecuar los procesos de cesión y adopción de las competencias a la capacidad real de la nación y las entidades territoriales.

3. Ajustar y fortalecer el sistema de financiamiento territorial para que respondan de una manera armónica y coordinada a las necesidades de cada uno de los niveles de gobierno.

El propósito central de esta política será el beneficio para las personas que contarán con mayores y mejores servicios, más cercanos y amistosos, y con mayor capacidad de control sobre ellos.

Para esto se desarrollarán las siguientes estrategias:

1. Impulso al desarrollo institucional.
2. Creación del ministerio del interior.
3. Ordenamiento territorial.
4. Fortalecimiento fiscal.

La descentralización fiscal ha avanzado más en la descentralización de los gastos que de los ingresos por niveles de gobierno. El grado de

descentralización de los gastos registrará un crecimiento en los próximos años. Se estima que en los niveles Departamental y municipal presentarán un crecimiento del 8% promedio real anual en el gasto entre 1.994-1998, crecimiento superior al 5.6% estimado para el PIB en el mismo periodo. Este crecimiento en el gasto se financiará en gran parte, con los mayores recursos a disposición de las Entidades territoriales.

La descentralización fiscal promueve el fortalecimiento financiero de las Entidades Territoriales para que impulsen su desarrollo y el de sus comunidades. Para lograr este objetivo se ha avanzado en la redefinición del Sistema intergubernamental de transferencias (Situado fiscal, participación municipal en los ingresos corrientes de la nación y cofinanciación) en algunos aspectos crediticios y en la redefinición y manejo de recursos provenientes de las regalías.

Para lograr la consolidación de la descentralización fiscal, se desarrollará el programa de fortalecimiento del sistema de financiamiento territorial, con cuya realización se espera lograr una estructura de financiamiento sana y equilibrada acorde con las necesidades de financiamiento de los diferentes niveles de gobierno.

Las acciones a desarrollar son las siguientes:

1. Dotar de fuentes alternativas de financiamiento a entidades territoriales (Departamento) y de instrumentos que le permitan fortalecer las fuentes actuales (ley de reformas de tributación del Departamento).

2. Mejorar la eficiencia de los recaudos de tributos propios de las entidades territoriales, y de la vigilancia y control de las actividades que reinciden en el recaudo.

Como explicaba el Ministro de Salud Juan Luis Londoño de La Cuesta al hacer una reflexión del proceso de descentralización, en el trienio 1990-1992 se sintetizó las tendencias renovadoras de la década de los años 80, el reordenamiento de la administración pública y apertura política y del estado a la necesidad de cambio que reclamaba la sociedad civil.

En la primera de esas tendencias materializó un proceso gradual e incoherente de descentralización de la administración pública, que fortaleció la capacidad financiera de los municipios, reordenó la organización departamental y municipal e intervino en las competencias sobre servicios públicos y distribuyó responsabilidades, componentes de un mismo servicio público entre los diferentes niveles de la administración, generando irracionalidades en el sector salud.

La apertura econòmica devoliò a las colectividades territoriales la facultad originaria del poder pùblico municipal en 1986, y en 1989 se esbozò el derecho de participaciòn social en la direcciòn y cogestiòn de servicios del sector salud.

Con la Ley 10 y La Constituciòn politica se logrò la síntesis magistral de un nuevo rumbo; la salud como servicio pùblico sometido a principios bàsicos de la universalidad, solidaridad e eficiencia, y diò viabilidad financiera al proceso de descentralizaciòn, represada por la carencia de recursos. La situaciòn de ineficiencia administrativa y fiscal por normas y necesidad debiò dar paso a un proceso de modernizaciòn y democratizaciòn institucional.

Afirma el ministro que el le diò integralidad al proceso de descentralizaciòn, racionalizando las competencias del conjunto de la administraciòn pùblica por niveles territoriales y armonizando los recursos de acuerdo a sus responsabilidades, siendo esa la esencia de la Ley 60 de 1993 integrando dos servicios pùblicos, La Salud y la Seguridad Social con la Ley 100 del mismo año.



La reforma de la seguridad social se diò en Colombia por:

1. falta de universalidad, solidaridad y eficiencia del sistema de seguridad social integral.

2. Un sistema de servicio de salud incoherente.

3. Escases de recursos físicos, humanos y financieros.

La constitución política consolida un cambio que involucra los planes, el presupuesto y el gasto social, concibiendo la seguridad social como un derecho irrenunciable regido por los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.

La Ley 100 de 1993 propone un nuevo modelo que reorganiza técnica, administrativa y financieramente el sistema, asegurando su viabilidad económica, busca la eficiencia, a través de entidades autónomas denominadas empresas promotoras de salud (EPS), las cuales deben permitir al usuario la libre escogencia en un mercado amigable, donde la competencia está dada por la calidad y existe un control del costo.

Con relación a la Seguridad Social en Salud son objetivos del Plan de Desarrollo:

1. Asegurar el acceso de los Colombianos a los Servicios Integrales de Salud.

2. Crear condiciones para que la oferta institucional de Salud se desarrolle tècnica, administrativa y financieramente y se ajuste a las nuevas exigencias.

3. Avanzar en el manejo descentralizado de los Servicios de Salud en el marco del sistema de seguridad social.

4. Mejorar la calidad de los servicios.

Asì las acciones estaràn dirigidas a buscar:

1. El acceso universal y equitativo a servicios de salud preventivos y curativos.

2. El mejoramiento de la calidad de la oferta pública de servicios.

3. La organizaciòn y gestiòn descentralizada del sector.

4. Garantia de calidades de la atenciòn.

Para lograr el primer punto el gobierno impulsará, la afiliaciòn progresiva de la poblaciòn a la seguridad social y ofrecerá servicios a toda la poblaciòn a través del plan de atenciòn bàsica (PAB).

Implementarà un règimen subsidiado a través de la constitució de Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes administrarán los recursos destinados a subsidiar la afiliación de la población pobre. Mientras, se conforman estas empresas, las Direcciones Seccionales de Salud desempeñarán esta función y contratarán con las Instituciones de Salud Públicas y privadas, la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) y las intervenciones complementarias según convenios con entidades hospitalarias. En 1.998 el 80% de la población pobre estará afiliada al régimen subsidiado; así, tendrán acceso al sistema en condiciones equitativas, los grupos de población más pobre y vulnerable, mujeres jefes de hogar, madres gestante y lactantes, niños, los discapacitados y los beneficiarios del programa de auxilio para ancianos indigentes, los habitantes pobres de zonas rurales.

Para facilitar el acceso al sistema se promoverán formas alternativas de asociación de usuarios.

En el periodo de transición se garantizará la prestación de los servicios no asegurados a la población de bajos ingresos y se sustituirán gradualmente los subsidios a la oferta por los subsidios a la demanda.

El régimen contributivo con cobertura familiar, aumentará a nivel nacional a 20% el número de cotizantes, pero para ello se requiere de:

1. Conformación de EPS.
2. Fortalecimiento de las Instituciones estatales del sistema.
3. Organización y ampliación de la oferta de IPS.

El gobierno nacional brindará apoyo técnico para la formación de EPS públicas territoriales y el Instituto de Seguros Sociales principal EPS del régimen contributivo realizará ajustes para atender eficientemente afiliados y beneficiarios a través de la red propia y contratada de servicios.

Los Ministerios de Salud en coordinación con las entidades territoriales diseñó y pone en marcha el Plan de Atención Básica, que contempla acciones como: Prevención de Enfermedades transmisibles y Perinatales, control de enfermedades crónicas y prevención del trauma con recursos de EPS y del Fondo de Solidaridad y Garantía.

En lo que respecta a mejorar la capacidad resolutoria de los hospitales públicos y ponerlos en condiciones de competir con las IPSs privadas, el Ministerio de Salud y Las Entidades Territoriales realizarán las inversiones necesarias con mecanismos de cofinanciación de recursos de transferencias de inversión social y de presupuesto nacional.

Se impulsa el mejoramiento de la gestión, de las IPS públicas en todos los niveles de atención y su transformación en Empresas Sociales Del Estado, a través de la implementación de sistemas de utilización eficientes de presupuesto asignado y de recursos de contratación de servicios.

La organización y gestión descentralizada del sector salud, se orientaron hacia el fortalecimiento de la capacidad de las Entidades Territoriales para mejorar los recursos y desempeñar adecuadamente las competencias que la ley les asigna con énfasis en la administración de la Seguridad Social.

Se impulsan las acciones de apoyo a la gestión, la planeación, la descentralización institucional y el desarrollo del sistema de información y monitoreo, para el seguimiento de la gestión de las instituciones del sistema.

La garantía de calidad de los servicios de salud se promoverá a través de comités internos de garantía de calidad y se implementará un sistema de acreditación para los IPS del sistema de seguridad social.

4. PROCESO DE DESCENTRALIZACION EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

4.1 . ANTECEDENTES

Al igual que en la concepción general acerca de la descentralización, en el sector salud este proceso tiene varios componentes que se expresan en las dimensiones jurídicas, institucional, fiscal, sociopolítica.

En la dimensión jurídica e insitucional, la descentralización de la administración pública es un proceso que se viene concertando, con la eliminación de funciones operativas en la estructura de las instituciones centrales, nacionales y en el diseño y puesta en marcha de organizaciones territoriales, que asuman dichas funciones operacionalizadas en dirección, coordinación, control y operación, que en el caso del sector salud corresponde al nuevo sistema

departamental, distrital y municipal de salud, ordenados por la ley 10 de 1.990 y ley 60 de 1.993.

Para ello, los departamentos, distritos y municipios fueron facultados por la constitución política y sus respectivos regímenes para adelantar todas las acciones de orden jurídico, administrativo y social que se requieran.

La reforma institucional se concreta en la superación de las racionalidades administrativas que comportaron las ineficiencias e inequidades tradicionales.

En la dimensión fiscal se considera que sin perjuicios de la utilización de recursos propios de las entidades territoriales, de la capacidad de pago y contribución de los particulares y de la asignación por parte de la nación de otros recursos para la financiación de obras y programas territoriales, según el artículo 356 de la constitución política y la ley de competencias y recursos, los departamentos, distritos y municipios participarán en un porcentaje de los ingresos corrientes de la nación denominado situado fiscal, para financiar los servicios públicos de su responsabilidad.

La definición de criterios para la distribución de los recursos del situado fiscal entre los departamentos, distritos y municipios, que

tienen una destinación específica para salud y educación correspondió al congreso hacerla mediante la ley 10 de 1990, que ordenó e incrementó los recursos provenientes de esta transferencia para el sector salud.

Es así, que la descentralización moviliza recursos financieros provenientes de los ingresos corrientes de la nación hacia las entidades territoriales, para su asignación y utilización autónoma, de conformidad con las políticas y planes de desarrollo, en el contexto de los controles de ley.

La afluencia de las transferencias nacionales a los departamentos, distritos y municipios, al tenor de la norma constitucional, es condición básica para la afirmación de las autonomías territoriales.

Con criterios de eficiencia y equidad, en desarrollo de los nuevos Sistemas Departamentales y Municipales de Salud, la utilización de todos estos recursos y la articulación de los sectores sociales en los planes de desarrollo territorial, deben posibilitar la consolidación de una nueva cultura preventiva de la enfermedad y de promoción de la Salud y la organización de servicios que viabilicen dicha cultura y la intervención terapéutica y rehabilitadora a la población ante la eventual ocurrencia de situaciones anómalas de salud.

En la dimensió sociopolítica, la descentralización puede remover la relaciones de poder tradicionales, inherentes al modelo preexistente que privilegiaban para las instituciones estatales nacionales y a sus fuerzas sociales, la asignación y administración de recursos y la prestación de servicios, marginando a otras regiones y localidades.

Según los constituyentes de 1.991, la descentralización es una posibilidad permanente para la concertación del monto y mecanismos de asignación y transferencia de recursos a las entidades territoriales, de acuerdo a sus capacidades y competencias.

En una dimensió histórica, la descentralización expresa la necesidad sociopolítica y económica de la redistribución del gasto público, en procura de la intervención de las condiciones de marginalidad de los colombianos en las regiones y localidades.

La eficacia de este mecanismo de intervención de la pobreza, procurando el incremento de la productividad humana ante la presencia de externalidades, dependerá del grado y calidad de la participación ciudadana en las grandes decisiones, y en el control financiero y de gestión de los servicios públicos.

En los tres últimos años de aplicación de la Ley 10 de 1.990, el Ministerio de Salud y las entidades territoriales han realizado acciones dirigidas a lograr el proceso de descentralización.

Las actividades adelantadas se encaminaron básicamente a la difusión, motivación, reglamentación de la Ley 10 de 1.990 y de asistencia técnica, y en poco casos, se han concretado los resultados administrativos, políticos y sociales que garantizan el goce de la autonomía territorial.

Entre algunas de las situaciones barreras del proceso se evidencian: La falta de voluntad política de los actores nacionales y locales y, esencialmente la resistencia Departamental y Local ante el gran peso de la deuda social acumulada, frente a la baja disponibilidad de recursos de las Entidades Territoriales, al igual que el escaso desarrollo de los mismos y del conjunto del estado.

La expedición de la Ley de competencias y recursos se constituye en la condición legal que posibilita la superación de algunas dificultades, específicamente las referidas al fortalecimiento financiero de las entidades territoriales y el establecimiento de planes territoriales de descentralización, con criterio de asunción gradual y entrega responsable de competencias y funciones.

Segùn el Ministerio de Salud, el proceso de descentralizaciòn de la salud es una de sus polìticas centrales, por ello, en el contexto de la reforma ordenada por el Decreto No 2164 de 1.992, fuè creada la direcciòn de descentralizaciòn y desarrollo institucional, que se propone institucionalizar la responsabilidad del Ministerio frente a este proceso, desarrollando acciones de educaciòn, capacitaciòn, asesoria y divulgaciòn, a la vez, que articular una polìtica coherente y racional de descentralizaciòn, facilitando a los entes territoriales una instancia de interlocuciòn unìvoca y vàlida a nivel nacional, siendo su finalidad el obtener el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de la salud integral de la poblaciòn. No obstante esta polìtica, en el caso del Departamento del Magdalena el proceso de descentralizaciòn en el sector salud, ha sido ejecutado muy lentamente siguiendo el siguiente procedimiento:

1. Organizaciòn y funcionamiento de la Direcciòn del sistema seccional de salud; mediante facultades extraordinarias expedidas por la Asamblea Departamental del Magdalena (ordenanza No.16 del 29 de noviembre de 1990), se expidiò el Decreto 013 del 8 de enero de 1.991, por el cual se creò la Secretaria de Salud Departamental y previo concepto de la secretaria Juridica de la Presidencia de la Repùblica del 30 de enero de 1.991, se hicieron ajustes al decreto 013, los cuales se orientaban a reestructurar el Fondo Seccional de Salud y la estructura superior de la secretaria.

2. Organizaciòn del Règimèn de Carrera administrativa y Manual de cargos y funciones; mediante proceso de abril de 1.991 y por las resoluciones nùmeros 2140 a 2146, 2148,2247 a 2263, el Departamento Administrativo del Servicio Civil inscribiò en el escalafòn de carrera administrativa a 67 funcionarios de la Direcciòn Seccional de Salud. Adicionalmente por resoluciones No 3881, 3888 a 3892 de julio 16 de 1.991, 4960,5023 a 5027 de agosto 27 de 1.991, 5709 de septiembre 9 de 1.991, 6021 a 6024 de septiembre 20 de 1.991, fueron inscritos 44 empleados de la direcciòn seccional de salud en el escalafòn de la carrera administrativa, para un total de inscritos hasta èse momento de 111 funcionarios, faltando 17 cargos para ser inscritos en carrera administrativa. Mediante el decreto 237 del 16 de abril de 1.991 emanado de la gobernaciòn del Departamento se adoptò el Manual de Funciones y Requisitos del Subsector oficial del sector salud, en el Departamento del Magdalena, aplicàndo para tales fines, el Manual General de Funciones y requisitos, contenidos en el decreto nacional 1335 del 23 de Junio de 1.990. Por decreto 788 del 25 de octubre de 1.991 se adoptò el règimen disciplinario para todos los funcionarios del Sector Salud previstos en la Ley 13 de 1.984.

3. Efectuadas las transformaciones institucionales indispensables para la prestación de los servicios de salud, y teniendo en cuenta que todas las instituciones hospitalarias del nivel departamental (hospital nivel II) se les otorgò personerìa jurìdica, mediante decreto ordenanzal del 149 al 152 y del 253 al 254 y 425 de 1991 y se crearon como establecimientos pùblicos, definièndose su estructura administrativa segùn lo normatizado en el artìculo 19 de la Ley 10 de 1.990.

4. Creaciòn y funcionamiento del Fondo financiero seccional de salud, mediante decreto ordenanzal No 013 del 8 de enero de 1.991 y modificado por el decreto 072 del 8 de febrero del mismo aõ, que en su artìculo 14 lo creò como una cuenta especial del presupuesto del departamento. Igualmente se fijò el presupuesto de rentas y gastos de la Secretaria de Salud Departamental, segùn decreto 191 del 27 de marzo de 1.991 y por decreto 172 de marzo 20 el gobernador del departamento delega en el secretario de salud la facultad de ordenaciòn de gastos del Fondo Financiero seccional y en la estructura presupuestal se incorporò mediante adiciòn, el presupuesto de rentas y gastos de la Secretaria de Salud y de transferencias a las instituciones hospitalarias.

5. Afiliaciòn de los empleados del sector salud del Departamento Del Magdalena al fondo de Cesantias, creados mediante decreto

ordenanza No. 552 del 16 julio de 1991. Por Resolución No. 1891 del 8 de noviembre de 1991, se establecieron los estatutos del Fondo de Cesantías, y se asignaron cuentas bancarias especiales para el manejo de los dineros para pagos de cesantías con financiación de la Nación o del Departamento. Así mismo se empieza a definir el pasivo prestacional.

4.2 SITUACION ACTUAL:

No obstante a pesar que el Nivel Nacional sigue promocionando este proceso, sólo a partir de 1.994 se reactiva en el Departamento estas acciones, a través de la conformación del Comité de Descentralización mediante decreto ordenanza emanado de la gobernación y resolución de la Secretaría de Salud del Departamento; integrado por personal técnico de esta Institución, Planeación Departamental y la Universidad del Magdalena.

El comité definió una agenda de trabajo, (Plan de descentralización), estableciendo un cronograma de actividades, que contempló la conformación y capacitación del Equipo responsable del proceso, definición de la estructura de planeación en la Secretaría de Salud con su recurso humano y funciones, conformación del grupo de estadística para analizar y seleccionar fuentes de información, formular propuestas para la implementación del sistema de información, elaboración del manual de funciones de la Secretaría de Salud, estructuración del Plan de Desarrollo del sector con formulación del diagnóstico epidemiológico, administrativo y financiero, concertación del Plan de Salud con la comunidad, complementación de los actos

administrativos, organización del banco de proyectos, elaboración del protocolo para evaluación y control de gestión, montaje y evaluación del sistema de información, elaboración y diseño de la red de servicios y presentación y entrega de la documentación al Ministerio para la certificación.

Este cronograma se planteó en un tiempo de diez meses para su ejecución, con unos costos que ascienden a un valor de \$87.900.000.00 pesos; igualmente se estableció la necesidad de asistencia técnica puntual en Red de Servicios y Sistema de Costos, por parte del Ministerio de Salud.

Así mismo se estableció la meta de obtener la certificación del Departamento antes del 31 de diciembre de 1.994 y activar y reestructurar los C.P.C. a octubre 30 de 1.995.

Se efectuó una revisión de los documentos existentes, específicamente el marco legal, tratando de determinar un breve análisis de diagnóstico de la situación del proceso de descentralización en el Departamento; realizando un análisis crítico de la situación del proceso y fundamentado en los lineamientos dados por la Ley 60 de 1.993 y el Documento CONPES No 026 del Mayo de 1.994, El Departamento para completar los requisitos exigidos para la Certificación:

1. Realizó el diseño de la modificación de la Secretaria de Salud como establecimiento público del orden departamental, según decreto ordenanzal No 848 del 29 de Septiembre de 1.994 con el nombre de Servicio Seccional de Salud; cuya estructura organizacional y planta de personal se asumirá a partir del 1 de enero de 1.995.

2. Se consolidó el Régimen de Carrera Administrativa, realizando concurso para incorporar los cargos de Carrera no inscritos hasta el momento.

3. Se transforman en Empresas Sociales del Estado, las Instituciones Hospitalarias del orden Departamental que prestan servicios de Salud, por decreto ordenanzal No 478 del 28 de junio de 1.994, en cumplimiento del artículo 194 de la Ley 100 de 1.993, dotados de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscritos a la Dirección Seccional de Salud del Magdalena.

4. Continúan los funcionarios del Nivel Seccional afiliados al fondo de Cesantías y a las instituciones de Previsión y Seguridad social.

5. Se estableció el Pasivo Prestacional a diciembre de 1.993 del sector, que corresponde a \$5.580.873.00 pesos aproximadamente.
6. Se recomendó la elaboración del documento de la Red de Servicios, conformada por la red de urgencias, comunicación y transportes.
7. Se estableció la organización y funcionamiento del Sistema Básico de Información en Salud.
8. Se elaboró la Ordenanza Marco para establecer los mecanismos y procedimientos de la distribución del Situado Fiscal, de acuerdo a los criterios de la Ley 60 de 1.993.
9. Se realizó la guía metodológica para elaborar el Plan de Salud y evaluar la calidad, eficiencia y la cobertura de los servicios.
10. Se formuló el Plan Sectorial Departamental de Salud, el cual fue concertado con los entes territoriales municipales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y otros sectores, con base en la identificación de los principales problemas de salud de la población, para su priorización y alternativas de solución.

Estos requisitos fueron entregados al Ministerio de Salud en la oficina de descentralización, en los primeros días del mes de diciembre, para su revisión y obtener las recomendaciones necesarios para realizar los ajustes necesarios del Plan.

5. ANALISIS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

5.1 ANALISIS ESTRATEGICO DEL ENTORNO EXTERNO - INTERNO

DEBILIDADES:

1. Escasa capacidad de Gestión del Recurso Humano del Sector Salud.
2. Insuficiente infraestructura física y de comunicaciones.
3. Carencia de estudios e investigaciones confiables.
4. Falta de compromiso del recurso humano en el proceso de descentralización .
5. Falta de voluntad política para asumir e impulsar el proceso de descentralización en el sector.

6. Escasa informació y divulgació de la legislació existente sobre descentralizació.

7. Inexistencia del Sistema de Informació en el Sector Salud.

8. Escasa coordinació interinstitucional.

9. Poca planificació en el Sector.

10. Baja capacidad para elaborar proyectos.

11. Falta de interés y apropiación de la problemática por el sector salud, y por la necesidad de asumir el compromiso.

12. Resistencia al cambio y aferramiento a antiguos paradigmas.

13. Falta de conciencia del nivel directivo y técnico, de que el sector salud debe ser financiado a través de proyectos.

14. Falta la creación y puesta en funcionamiento de los diferentes mecanismos de participación ciudadana en el sector.

OPORTUNIDADES:

1. Constitución Política de 1.991.
2. Ley 10 de 1.990, Ley 60 y Ley 100 de 1.993.
3. Fondos de Cofinanciación.
4. Políticas de inversión social y criterios de focalización.
5. Plan de Desarrollo Regional 1.994 - 1.998.
6. Impulso del gobierno nacional al desarrollo tecnológico y a las comunicaciones.

FORTALEZAS:

1. Plan de descentralización, liderado por el Sector Salud y el Corpes.
2. Alta potencialidad del Recurso Humano.
3. Ventajas comparativas de localización.

4. Conformación del equipo de descentralización en el sector.
5. Elaboración y presentación de documentos (plan de descentralización) a la asamblea departamental.
6. Recurso Humano capacitado en metodología para el proceso de descentralización.

AMENAZAS:

1. Pocas oportunidades de capacitación y actualización del Recurso Humano.
2. Escaso nivel de desarrollo en la formación avanzada.
3. Alto índice de N.B.I.
4. Lapso de tiempo breve para finalizar el proceso de descentralización.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

DEBILIDAD VS OPORTUNIDAD:

1. Diseño y elaboración de proyectos para mejoramiento y ampliación de infraestructura de los servicios de salud y presentación para su cofinanciación.
2. Implementación de programas de capacitación del recurso humano para mejorar su capacidad de gestión.
3. Diseño e implementación de programas de divulgación legislativa sobre descentralización del sector salud.
4. Aplicación de estrategias de coordinación interinstitucional.
5. Aplicación de metodologías de planificación del sector.

FORTALEZA VS OPORTUNIDAD:

1. Aprovechar las leyes y normas para eleborar los planes de descentralización y de desarrollo sectorial, con miras a mejorar la calidad de vida de los pobladores del departamento.

2. Promover la participaci3n de las comunidades en los comit3s consultivos, para la elaboraci3n de los planes de desarrollo del sector.
3. Potencializar el recurso humano, natural y turistico en torno a las polticas de inversi3n social y criterios de focalizaci3n.
4. Aprovechar al m3ximo las ventajas comparativas de localizaci3n, para implementar el desarrollo tecnol3gico y de las comunicaciones.

DEBILIDAD VS AMENAZAS:

1. Formar el recurso humano para que desarrollen los elementos necesarios, para enfrentar la internacionalizaci3n de la economi3a.
2. Fomentar programas educativos para la capacitaci3n del recurso humano en la exigencia de la modernizaci3n administrativa social y econ3mica.

3. Bajar a cero el índice de analfabetismo y de morbi-mortalidad a través del fortalecimiento de la infraestructura de servicios y del recurso humano existente.

4. Implementación de políticas para la conservación del medio ambiente a través de la educación.

5. Fortalecer el ejercicio institucional gubernamental para reducir el NBI e inseguridad social.

FORTALEZA VS AMENZA:

1. Aprovechar la potencialidad del Recurso Humano para asumir la apertura económica.

2. Orientar los planes de descentralización y desarrollo sectorial para obtener mayores y mejores oportunidades de capacitación y mejoramiento de los servicios que se prestan en Salud.

5.2 REFLEXION ANALITICA DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

En el proceso de descentralización del sector salud del Departamento del Magdalena se han tenido dos transformaciones en cuanto a la forma de organización de su Dirección Departamental de Salud.

Realizando un análisis del proceso metodológico para la adopción de estas formas organizacionales se tiene que:

La primera reforma del sector salud se inició a finales de 1.990 fundamentado en los lineamientos de la ley 10 de 1.990 y se consolidó con la creación de la Secretaria de Salud el 8 de enero de 1.991 por el decreto 013 del mismo año, como organismo del nivel de Dirección del Sistema Seccional de Salud del Departamento y al que le corresponden como funciones generales las de mantener y mejorar el nivel de salud de la población.

Es así como se creó una nueva estructura justificándose dentro de un marco filosófico de poder asumir las nuevas funciones que se le asigna a las Direcciones Seccionales de asesorar, coordinar, dirigir, controlar, supervisar y apoyar las acciones de los diferentes niveles de atención en Salud.

Esto permite consolidar un grupo reducido de personal técnico que acompañara la gestión en el área de salud.

El diseño organizacional actual hizo necesario realizar una revisión de recurso humano y vincular únicamente al personal necesario para realizar las funciones mencionadas, lo que ocasiona en el entorno social serias repercusiones debido a que tradicionalmente el Sector Salud era uno de los organismos que vinculaba laboralmente a un elevado número de funcionarios públicos y oficiales, muchos de los cuales se verán abocados a pérdida del empleo sin posibilidades de otras fuentes de trabajo, lo que indirectamente influirá en el nivel de vida y las condiciones de estas poblaciones.

Considerando que la supresión de personal se acerca al 60% y el gobierno departamental no ha creado modalidades alternativas de generación de ingresos esta situación se constituye en una amenaza para la construcción del desarrollo social de nuestra población.

La constitució de 1.991 enfatiza la necesidad de fortalecer las entidades territoriales para mejorar el nivel de administraci3n y planificaci3n en la prestaci3n de servicios y para mejorar sus ingresos. Por ello, se prevee que no es posible descentralizar responsabilidades sin la previa asignaci3n de los recursos fiscales suficientes para atenderlos. Considerando que el Departamento del Magdalena no ha cumplido el proceso de descentralizaci3n de la Salud en el tiempo se1alado se hace evidente el riesgo de disminuci3n de ingresos del sector en lo concerniente al situado fiscal.

Siendo asi las cosas, es preocupante la cuesti3n referida a la acreditaci3n de la descentralizaci3n por parte del nivel central, el cual posee unos tr3mites para dar su concepto t3cnico, mientras que la comunidad departamental espera la aprobaci3n de los planes de acuerdo a sus necesidades politico-sociales. Lo que implica que en esta linea divisoria de transici3n, todavia estamos ante la permanencia que no se ha podido superar.

M3s a3n, si consideramos que el proceso de descentralizaci3n en todo el pa3s y al que el departamento del magdalena no es ajeno, est3 siendo obstaculizado como lo expres3 el Presidente Samper recientemente, y estamos convencidos de que se ha logrado una cierta descentralizaci3n de funciones n3 asi de recursos.

La impresión de los planificadores y del mismo comité de descentralización es que técnicamente se definen desde la nación unas estrategias y lineamientos que se deben cumplir, sin tener en cuenta las realidades políticas de nuestras regiones, donde los jefes de la administración pública están representados por cuotas políticas y en su gran mayoría no están capacitados para la gestión de los recursos financieros de los entes territoriales acorde con las necesidades de la comunidad.

Aún existe una separación entre la realidad técnica y sociopolítica de las comunidades, cuyos dirigentes no asumen con responsabilidad y compromiso el hecho de ser gestores de la construcción social de sus propias comunidades, lo que a largo plazo llevará a la extinción del sistema de salud estatal, por que la reglamentación legal otorga la normatividad para la descentralización administrativa y técnico-científica, pero no así los recursos necesarios, como se vivencia actualmente en la mayorías de los Departamentos, donde todavía no se ha diseñado el presupuesto del sector salud y el techo presupuestal sólo aumenta el 19% reglamentario del Pacto Social, sin considerar la nivelación salarial del recurso humano, adecuación de la infraestructura física y dotación de las instituciones, la capacitación y el incentivo del personal.

No es posible realizar la descentralización y asumir un nuevo modelo de salud y de seguridad social cuando no se cuenta con los recursos económicos para implantarlos como debe ser en forma planificada, programada y controlada.

A pesar de que existe una herramienta útil para realizar la estratificación de la población y focalizar el gasto social hacia las comunidades más pobres, como es el sistema de selección de beneficiarios SISBEN, aún en el Departamento no se ha liderado el proceso por falta de una adecuada información sobre los beneficios que presta éste y su importancia para ceder a los recursos del régimen subsidiado del sistema de seguridad social, lo que permitirá ofrecer servicios de atención en salud eficientes, eficaces y equitativos y posibilitará hacer del sistema de seguridad social un proyecto colectivo de planificación estratégica, que tenga en cuenta el entorno social, económico y político de las comunidades, a la vez que desde una óptica territorial se fortalezca la democracia al otorgarle opciones de vida con mayor calidad dentro de un contexto biosocial en salud que sirva de herramienta para el desarrollo social e institucional.

Así sería evidente la configuración de un constructo de política de cambio de la salud, a través de la autonomía territorial que le otorgue un nuevo significado a los servicios de atención en salud.

En lo que hace referencia al procedimiento para el proceso de descentralización en salud del departamento del Magdalena con respecto a la participación comunitaria, se tiene que inicialmente la comunidad ha participado como un ente representativo al formar parte de las juntas directivas de los hospitales del segundo y tercer nivel, siguiendo los lineamientos del 1416 de 1.990.

Posteriormente con el impulso que se dió a la descentralización con las leyes 60 y 100 de 1.993, al organizar el plan sectorial de salud, la comunidad participó convocada por el comité departamental de descentralización en la formulación y organización de dicho plan.

La nueva normatividad legal a través del decreto 1757 del 3 de agosto de 1.994 se constituye en una oportunidad para consolidar la democracia participativa cuando en el artículo cuarto exige a la entidad territorial departamental crear el servicio de atención a la comunidad para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos.

A nivel institucional podrán participar a través del ejercicio de las asociaciones de usuarios, comités de ética médica y la representación ante las juntas directivas de las instituciones, además ejercerán una veeduría en salud en todos los niveles mediante las participaciones enunciadas anteriormente, como también mediante la vigilancia de la

gestiòn de los consejos territoriales de seguridad social y de los consejos territoriales de planeaciòn, los cuales tendràn la obligaciòn de dar respuesta a los requerimientos de inspecciòn y comprobaciòn que cursen formalmente cualquiera de las organizaciones comunitarias. En nuestro departamento estos mecanismos de participaciòn ciudadana se deben establecer a la mayor brevedad por que nõ estàn funcionando.

Pero realmente no se puede identificar un trazado de politica pùblica de Salud del Departamento, en que estèn involucrados tanto los diferentes actores como los intereses de èstos y las diferentes instancias.

Asi las cosas, no existe a nivel de politica pùblica en el sector salud del Departamento, una formulaciòn, organizaciòn, ejecuciòn, seguimiento y control de los mecanismos participativos para la planificaciòn y gestiòn de la reorganizaciòn sectorial.

Una de las dificultades evidente en el proceso de descentralizaciòn de tipo financiero es la deuda acumulada de las instituciones del sector, producto de un manejo no planificado, la cual afecta la disponibilidad presupuestal de èstas y no garantiza que se pueda manejar las entidades en forma eficiente, eficaz y efectiva.

Los procesos de descentralización y modernización del sector salud a generado tanto al interior de la misma dirección departamental como en su entorno social, un profundo sentimiento de temor, los cuales se han presentado a través de carteles y volantes donde se rechazan estos procesos por considerarlos lesivos a los intereses del sector salud pero que son un fiel reflejo del desconocimiento del objetivo y alcance del nuevo sistema de seguridad social.

Este sistema le permitirá a los funcionarios cesantes organizarse y asociarse para conformar Empresas Solidarias de Salud, Empresas Promotoras de Salud, Instituciones prestadoras de servicios de salud privadas que bajo un criterio de eficiencia, eficacia y efectividad brinden atención en salud y en última instancia serán cobijados por el Plan Básicos de Salud.

Con la nueva legislación en seguridad social, el esquema de subsidio a la oferta, que tradicionalmente fue el sistema como operó el Sistema de Salud, es reemplazado por el subsidio a la demanda, pero, considerando que los Directivos de las instituciones en el departamento no han tomado conciencia de la necesidad de lograr que sus entidades sean eficientes, eficaces y efectivas y así poder recibir recursos del Estado. Este cambio, del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda va a tener un impacto político, debido a que las instituciones están construidas en el interés burocrático y no en el interés social lo

que replantearà inexorablemnte èsta concepciòn al tener que convertir las empresas del estado en empresas competitivas por que sòlo con resultados se obtendràn recursos.

Para que dichas instituciones de salud funcionen como IPS hay que cambiar la concepciòn de direcciòn de una entidad de beneficiencia por la de gerencia de una entidad prestadora de servicios dònde èstos deben tener un costo establecido por una unidad de contabilidad de costos y asi obtener el desembolso del servicio prestado por parte del usuario o de la Entidad Promotora de Salud correspondiente.

Igualmente, no hay que perder de vista la importancia que tienen factores condicionantes esenciales en la salud como los servicios de saneamiento bàsico, agua potable y el manejo del medio ambiente, los cuales deben desarrollarse a la par del proceso de descentralizaciòn en el sector salud.

CONCLUSIONES

Con base en el análisis realizado, se ha observado que aunque el Proceso de descentralización del sector Salud en el Departamento del Magdalena se inició hace cuatro años (1.991), y tuvo un fuerte impulso, pero luego sufrió un estancamiento de tres años hasta que la nueva normatividad legal del País lo reactivó en el segundo semestre de 1.994, sumado al decidido interés del Comité de descentralización Departamental quien en menos de un año logró en un 90% cumplir los requisitos exigidos por la Ley 10 de 1.990, la Ley 60 de 1.993 y la Ley 100 de 1.993, así como los lineamientos metodológicos del documento CONPES No 026 de Mayo de 1.994.

Siendo así, las cosas se encuentra que el Departamento del Magdalena no ha sido certificado como descentralizado por el Ministerio de Salud, a pesar de que se ha gestionado lo pertinente con este. Inmediatamente el envíe el análisis los documentos entregados se

deben realizar los ajustes necesarios para obtener su certificación, así mismo cumplir con los compromisos adquiridos, específicamente la implantación y consolidación de la Red de Servicio.

Es importante resaltar la Participación Ciudadana en el proceso, la cual se consiguió mediante la concertación con la comunidad y los diferentes sectores, a través del Comité Consultivo realizado; no obstante lo anterior, queda un vacío en los mecanismos de participación ciudadana que fueron reglamentados durante 1.994 y no se han creado y puesto a funcionar aún en el Departamento, como son la Asociación de Usuarios, Los Comités de Participación Comunitaria, las veedurías comunitarias y los consejos territoriales de Seguridad Social y de planeación en salud (Decreto ley 1298 del 22 de junio de 1994 y Decreto 1755 del 3 de agosto de 1994)

La certificación de descentralización para el Departamento, se constituye en una ventaja por que le permitirá tener acceso de los recursos del nivel nacional, así como asumir las competencias con los recursos necesarios e igualmente permitirá tener acceso a los Fondos de Cofinanciación del Estado.

Por otra parte se fortalece la gestión institucional, permitiendo la toma de decisiones oportunas y adecuadas debido a que se está más cerca a los problemas y se puede ser beneficiario y participe de las soluciones.

RECOMENDACIONES

1. Gestionar ante el Ministerio de Salud, los resultados del análisis de los documentos entregados para obtener la certificación, a la mayor brevedad posible, con el objetivo de fortalecer la descentralización del Departamento.
2. Crear y poner en funcionamiento los diferentes mecanismos de participación ciudadana reglamentado por la legislación del Ministerio de Salud vigente (Decreto 1755 del 3 de agosto de 1994).
3. Fortalecer el proceso de capacitación y actualización del recurso humano del sector salud para enfrentar más competitivamente el nuevo modelo de desarrollo social.
4. Elaborar y gestionar el plan de cofinanciación del departamento a corto, mediano y largo plazo.

5. Fortalecer el Comitè de Descentralizaciòn a nivel Departamental, para que sirva de impulso a la descentralizaciòn de las diferentes localidades.
6. Establecer control de gestiòn del cumplimiento de la descentralizaciòn del Departamento, a nivel administrativo, tècnico y social.
7. Crear y poner en funcionamiento equipos de investigaciòn, desarrollo tècnico y asesoria para la modernizaciòn institucional.
8. Mejorar y establecer mecanismos de coordinaciòn interinstitucional e intersectorial..
9. Elaborar y desarrollar campañas de difusiòn de politicas, planes y programas de promociòn y prevenciòn de la salud.
10. Fortalecer el proceso de planeaciòn, programaciòn y evaluaciòn de los planes, proyectos y programas.
11. Consolidar el sistema de salud y de seguridad social en salud en el departamento, para fortalecer la red de atenciòn a la comunidad usuaria y beneficiaria.

12. Comprometer a los directivos de las diferentes entidades para que mediante la capacitación gradual de su recurso humano, se logre un cambio de actitud, que le permita asumir de manera activa y participativa el nuevo modelo de salud.

13. Realizar una gran movilización social a través de los medios de comunicación, para que la comunidad paulatinamente logre apropiarse de los nuevos mecanismos y esquemas de participación y atención en salud.

14. Definir una Política de salud que permita que tanto el recurso humano del sector, como la comunidad puedan realizar el apoderamiento de la nueva conceptualización del modelo de atención en salud, a la vez, que a través de una participación real y efectiva, logre ir consolidando la construcción de su desarrollo social, desde una perspectiva de planeación estratégica.

15. Participar activamente en la creación y consolidación de la Región Caribe, para lograr a través de la unión regional enfrentar el centralismo nacional, que no permite obtener rápidamente la descentralización de recursos que exigen nuestros departamentos.

16. Impulsar un proceso de compromiso y concertación con los diferentes actores, sectores, entidades, comunidad y gremios para ir

trazando una política pública de salud del departamento del Magdalena, que incluya su organización, formulación, ejecución, seguimiento y control, así como los mecanismos participativos para la planificación y gestión de la reorganización del sector salud.

BIBLIOGRAFIA

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. 1.991. Editorial Dovel, artes gráficas. Barranquilla.

LEY 10 DE 1.990. 1.990. Ministerio de Salud. Santa Fè de Bogotá.

LA DESCENTRALIZACION Y MUNICIPALIZACION DE LA SALUD. 1.993. Proadsa- Aupha. Universidad del Valle, Cali.

LEY 60 DE 1.993. 1.993. Ministerio de Salud. Santa Fè de Bogotá.

METODOLOGIA PARA LA DESCENTRALIZACION.1.992. Programa Nacional de acción en favor de la infancia. Presidencia de la república y otros. Santa Fè de Bogotá.

DESCENTRALIZACION Y MUNICIPALIZACION DE LA SALUD. MEMORIAS.1.992. Ministerio de Salud, Proadsa. Cali.

LA NUEVA SEGURIDAD SOCIAL. 1.994. Plazas G. German. Santa Fè de Bogotà.

ACTOS ADMINISTRATIVOS (Ordenanzas, acuerdos y otros), 013, 237, 552,1891,172, de 1.991 y 848 y 478 de 1.994. Oficina Jurídica del Servicio Seccional de Salud del Magdalena y Gobernaciòn . 1.991. 1.994. Santa Marta.

DOCUMENTO CONPES No 026 MIN EDUCACION, MIN SALUD, DNP. UDS - UDT.1.994, Santa Fè de Bogotà.

PROCESO DE DESCENTRALIZACION EN SALUD. Ministerio de Salud, Direcciòn General de descentralizaciòn y Desarrollo Institucional. 1.993. Santa Fè de Bogotà.

GESTION MUNICIPAL EN SALUD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL. Universidad del Valle Proadsa, Corpes Costa Atlàntica, 1.994. Santa Marta.

FOCALIZACION DEL GASTO SOCIAL. Departamento Nacional de Planeaciòn DNP, Unidad de Desarrollo Social, Misiòn Social, 1.994. Santa Fè de Bogotà.

ORIENTACIONES PARA LA EJECUCION Y PROGRAMACION DE RECURSOS. Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, ESAP, 1.994. Santa Fè de Bogotá.

PLAN MUNICIPAL DE SALUD CON PARTICIPACION SOCIAL. Gobernación de Cundinamarca, Servicio Seccional de Salud de Cundinamarca, División Administrativa, Sección Trabajo Social. 1.993. Santa Fè de bogotà.

DECRETOS REGLAMENTARIOS DE L PROCESO DE DESCENTRALIZACION DEL NIVEL NACIONAL. Números 1757,1770, 1876, 1877, 1893, 1895, 1920, 1921, RESOLUCIÓN 05165 DE 1.984. Dirección General de Descentralización y Desarrollo Territorial. Ministerio de Salud. 1.994, Santa Fè de Bogotá.

PLAN DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA. Comité de Planeación y Descentralización de la Secretaria de Salud del Magdalena, 1.994. Santa Marta.

PLAN DE DESCENTRALIZACION DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA. Comité de Planeación y Descentralización de la Secretaria de Salud del Magdalena. 1.994. Santa Marta.



DOCUMENTO DEL SISTEMA BASICO DE INFORMACION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL MAGDALENA. Comitè de Planeaciòn y Descentralizaciòn de la Secretaria de Salud del Magdalena. 1.994. Santa Marta.

GUIA METODOLOGICA PARA LA VALORACION DE LOS PLANES DE SALUD. Comitè de Planeaciòn y Descentralizaciòn de la Secretaria de Salud del Magdalena. 1994. Santa Marta.

MEMORIAS AL CONGRESO NACIONAL 1.992 - 1.993. Transformaciones Institucionales del Sector Salud. Capitulo 1. Politica sectorial de Salud. pàgina 32. Ministerio de Salud. Santa Fè de Bogotà.

LA SALUD EN COLOMBIA. Documento General. Tomo II. Direcciòn Francisco José Yopez. Descentralizaciòn, pàg 143. Ministerio de Salud. DNP.1.991.

REORGANIZACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Memoria analítica de la Ley 10 de 1.990 .Volùmen 1 en Tercera parte: Diagnòsis prospectiva y reformatoria del Sistema Nacional de Salud. Pag 281 y sg. 1.991. Santa Fe de Bogotà-