

ARTICULOS ORIGINALES

ESTADO ACTUAL DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL VICHADA Y SUS MUNICIPIOS EN EL AÑO 1998

Yaneth C. Girón Bolívar*, Silvia T. Zura Ordóñez**

RESUMEN

Esta investigación describe el estado actual del proceso de descentralización en el departamento del Vichada y sus municipios al año 1998, a través de la adopción y alcance de los diferentes requisitos de certificación, así como la asunción de competencias en lo político, administrativo y fiscal, tanto en el departamento como en los municipios; Se identifican algunos problemas que han surgido durante el proceso y plantea recomendaciones que contribuyen a su desarrollo.

Los resultados del estudio mostraron en los municipios un mayor desarrollo en la dimensión política, seguida en su orden de la administrativa y fiscal. En el departamento se observaron los mayores desarrollos en la categoría fiscal y administrativa, con debilidades aún en los sistemas básico de información, de referencia y contrarreferencia.

PROPÓSITO

Este trabajo pretende servir como instrumento para la administración departamental y municipal en la formulación y reordenación de políticas de descentralización que impulsen de una forma más dinámica el proceso de descentralización.

OBJETIVOS

GENERAL

Describir el estado actual de la descentralización en salud del Departamento del Vichada y sus municipios, 1998.

ESPECÍFICOS

Determinar la existencia, organización y funcionamiento de la Dirección Local, la Dirección Seccional de Salud y los fondos de salud respectivos.

- Establecer la existencia del plan de descentralización y del plan sectorial de salud en el nivel departamental y municipal, la metodología para su elaboración y su inclusión en los planes de desarrollo.
- Determinar las funciones de la Secretaría de Salud y de los municipios en lo referente a actualización del diagnóstico de salud de los municipios, elaboración del plan local de salud y coordinación interinstitucional para la toma de decisiones.
- Determinar las características organizacionales actuales de las instituciones de salud de los municipios, en lo referente a la naturaleza jurídica, nivel

* Médico Magister en Administración Hospitalaria. Secretaria Distrital de Salud. Santafé de Bogotá.

** Enfermera Magister en Administración Hospitalaria. Profesora Asistente. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.

de atención, formas de vinculación de personal, régimen de carrera administrativa, afiliación al régimen de seguridad social y mecanismos de asunción del pasivo prestacional.

- Analizar el financiamiento en salud desde el punto de vista de las fuentes, montos, criterios de asignación, normas y procedimientos para la distribución del situado fiscal y los mecanismos para la elaboración del presupuesto.
- Analizar la intervención de la comunidad en el sector salud, en lo relacionado con la planeación, presentación de proyectos y control de procesos.

DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL VICHADA

El Departamento del Vichada está situado en la parte oriental del territorio colombiano. Ocupa una extensión territorial de 98,970 Km², 8 por ciento del territorio nacional. En su división político-administrativa, cuenta con territorio municipalizado dentro del cual se encuentran los municipios de Puerto Carreño, La Primavera, Santa Rosalía y Cumaribo, y territorio no municipalizado conformado por Corregimientos e Inspecciones de policía del orden departamental, en los que se encuentra una población total de 66.676 habitantes, con una densidad de 0.6 habitantes/km².

Es significativa la participación de los grupos indígenas en la región, 60 por ciento de la población, distribuidos en resguardos cuya máxima autoridad es el Cabildo, concentrándose una notable diversidad étnica en el departamento, especialmente en las áreas de los ríos Orinoco y Brazo Amanavén, hallándose Piaroas, Puinaves, Piapocos, Curripacos, Cubeos y Sikuanis. El grupo predominante es el Sikuanis. El nuevo ordenamiento constitucional ha establecido una especial protección para las comunidades indígenas, posibilitando la participación para fortalecer su desarrollo económico, social y cultural.

Las características geográficas del Vichada, su situación económica y social y la diversidad cultural de la población, explican el perfil de morbimortalidad del departamento. Se hace evidente una serie de problemas de salud. Entre los más importantes están las enfermedades infecciosas, las enfermedades transmitidas por vectores y otras patologías importantes como la desnutrición en la población indígena; en general

problemas propios de una población pobre (88.9 por ciento de la población del Vichada tiene sus necesidades básicas insatisfechas y 23 por ciento viven en condiciones de miseria, según Censo DANE 1993) que habita en su mayoría dispersa, en áreas rurales, donde existe una pobre infraestructura sanitaria y difícil acceso a los servicios de salud.

La salud en el Vichada es dirigida por la Secretaría Departamental de Salud, entidad que actúa como ente rector y lidera todas las decisiones técnicas y administrativas de los diferentes organismos de salud en el departamento. En 1994, la Asamblea Departamental mediante Ordenanza No. 047 del mismo año, transformó el Servicio Seccional de Salud del Vichada en Secretaría Departamental de Salud, adscrita a la Gobernación, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio. A finales de 1995, le fue concedida certificación de descentralización en salud por el Ministerio de Salud según Resolución 005242 del 19 de Diciembre de 1995, al cumplir con las formalidades y requerimientos necesarios.

La Secretaría de Salud viene desarrollando funciones operativas y no ha delegado en ningún organismo la autoridad y responsabilidad de la prestación de los servicios de salud. En este sentido, hasta 1997 se desempeñaba como una Empresa Promotora de Salud (EPS) transitoria (ARS) a cargo de la prestación de servicios de salud, del Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen subsidiado y el Plan de Atención Básico (PAB) del departamento.

El proceso de descentralización de la salud en los municipios se viene desarrollando en forma lenta, de manera tal que aún ninguno de los cuatro municipios se ha certificado; sin embargo vienen desarrollando actividades tendientes a la asunción del manejo de la salud en el nivel local y en pro del cumplimiento de requisitos para la descentralización.

MÉTODO

Esta investigación fue de carácter descriptivo, transversal, con corte a Julio de 1998.

Unidad de análisis

El estado del proceso de descentralización en salud.

Unidad de observación

El Departamento del Vichada y sus municipios.

Universo

Estuvo constituido por el nivel departamental y los 4 municipios que lo conforman: Puerto Carreño, La Primavera, Santa Rosalía y Cumaribo.

Variables

Las variables se agruparon en tres categorías: administrativa, fiscal y política.

En la dimensión administrativa se tuvieron en cuenta las variables relacionadas con la creación de la dirección local de salud, existencia de planes, ajustes institucionales para la descentralización, red de servicios y sistema básico de información.

Para el estudio de la dimensión fiscal se contemplaron variables relacionadas con la existencia y funcionamiento del fondo local de salud, fuentes de financiación de la salud, distribución de los recursos y criterios de asignación.

EN LA CATEGORÍA POLÍTICA SE ANALIZÓ LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LOS PROCESOS DE SALUD

Fuentes de información

Se utilizaron principalmente fuentes primarias tales como el Director seccional de salud del Vichada, los Directores locales de salud, y líderes comunitarios de cada uno de los municipios. Como fuentes secundarias se utilizaron los archivos de la Dirección seccional de salud del Vichada y de las direcciones locales de salud.

Instrumentos

Para la recolección de la información se diseñaron formatos de inspección de documentos que fueron diligenciados en los archivos de la Dirección seccional y Direcciones locales de salud, y encuestas semi-estructuradas que fueron aplicadas directamente a los Directores de cada Dirección local y seccional de salud, y líderes comunitarios.

Análisis

Para determinar el estado del proceso de descentralización en cada municipio y a nivel departamental, se adoptó la escala de clasificación del proceso de descentralización utilizada en estudios anteriores presentados como trabajo de grado en la Maestría

de administración en Salud en la Pontificia Universidad Javeriana, en los que se definen los siguientes estados:

- o Estado 4: Alto, entre 75 por ciento y 100 por ciento.
- o Estado 3: Medio, entre 50 por ciento y 74 por ciento.
- o Estado 2: Bajo, entre 25 por ciento y cuarenta y nueve por ciento.
- o Estado 1: Incipiente, entre 0 por ciento y 24 por ciento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base en el análisis se pudo apreciar que el proceso de descentralización en salud en el departamento del Vichada no ha avanzado con éxito.

En el nivel departamental se encontró el mayor grado de descentralización, consistente con la certificación obtenida en 1995 como departamento descentralizado, sin embargo el proceso aún se está perfeccionando. Uno de los aspectos que más afecta su desarrollo, es el déficit financiero que en la actualidad asciende a tres mil millones de pesos aproximadamente, ocasionado por los recortes del gasto público social de la Nación, el no aporte de recursos por parte del Departamento al sector salud a pesar de su responsabilidad, agravado por el mal manejo administrativo de los últimos años, situación que se refleja en la disminución de las acciones que desarrolla el sector.

De otra parte, el hecho de que la mayoría de la población del departamento sea indígena (60 por ciento) significa un fuerte subsidio estatal, en detrimento de las oportunidades de inversión en el departamento.

Es necesario tener en consideración que el Vichada a pesar de haberse constituido como departamento a raíz de la Constitución de 1991, sigue estando marcado por características que hasta el pasado reciente catalogaban a los llamados Territorios Nacionales, tales como la difícil situación económica de la mayoría de la población (88.9 por ciento de la población del Vichada tiene sus necesidades básicas insatisfechas y 23.3 por ciento viven en condiciones de miseria, según Censo DANE 1993), que incide en el estado de salud de sus pobladores y limita el desarrollo del Departamento como ente territorial autónomo.

Esta situación financiera precisa que el Departamento se apropie y asuma la responsabilidad de la administración de la salud de la población vichadense, como

Dentro de la dimensión administrativa, los mayores avances se han logrado en planeación, existiendo planes de descentralización y del sector, este último incorporado en el plan de desarrollo departamental.

Las variables que no se han desarrollado son las relacionadas con el sistema básico de información, aspecto que representa un gran obstáculo para perfeccionar el proceso de descentralización, si se tiene en cuenta la importancia de la información para la toma de decisiones. En este sentido se recomienda estructurar un sistema de información acorde con los requerimientos de recolección, procesamiento, sistematización y flujos de información necesarios, con énfasis en el área financiera, que apoyen la planeación, prestación, control y evaluación de los servicios de salud.

Dentro del análisis de la red de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia no funciona efectivamente en el componente de contrarreferencia, a pesar de contar con una amplia red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en todos los niveles de atención, aspecto de difícil manejo puesto que implica la participación de otras instituciones de salud ajenas a la Secretaría Departamental. Este sistema también se ve afectado por los altos costos que implica el desplazamiento de los pacientes hasta el sitio de la referencia, por las características geográficas del departamento. En este sentido no se deberían ahorrar esfuerzos para gestionar ante los organismos rectores de la salud del nivel nacional, el establecimiento de mecanismos de coordinación, vigilancia y control que garanticen su funcionamiento dinámico y fluido con el único propósito de brindar una atención oportuna, integral y humanizada al conjunto de los habitantes del ente territorial.

Los cuatro municipios se sitúan en un estado bajo de descentralización, lo que significa poco progreso de las variables en las tres dimensiones. Los resultados del estudio determinaron el siguiente orden en el avance del proceso de descentralización: Santa Rosalía, Puerto Carreño, La Primavera y Cumaribo, siendo en éstos la dimensión política la más desarrollada y la administrativa la que menos aporta al desarrollo del proceso.

Dentro de la dimensión administrativa, cabe destacar que ninguno de los municipios ha creado la Dirección Local de salud, no han elaborado planes de descentralización, ni locales de salud, como tampoco cuentan con IPS transformadas en Empresas Sociales del Esta-

do (ESEs), ni con sistemas básicos de información. La asistencia técnica por parte del departamento hacia los municipios en el proceso de descentralización no se ha realizado, notándose falta de interés en ambas instancias.

En los aspectos entre los que se nota algún esfuerzo en la asunción de competencias se puede mencionar que todos los municipios han formulado el plan de atención básica y las autoridades locales han contratado su prestación; también se observa que en todos se ha llevado a cabo la inscripción de los empleados al régimen de carrera administrativa.

El único logro en el ámbito fiscal es la creación del fondo local de salud acompañado de la respectiva apertura de cuenta, funcionando solamente en el municipio de Puerto Carreño. No fue posible obtener el dato del monto del pasivo prestacional por municipio, sin embargo por información recibida en la Secretaría Departamental, los aportes patronales se han venido consignando periódicamente como lo ordena la ley y para el periodo 1996 - 1997 éstos fueron superiores a los compromisos reales, lo que indica una mayor transferencia a los fondos de pensiones y cesantías. A diferencia del resto del país, el pasivo prestacional no constituye en este departamento un obstáculo importante para el proceso de descentralización.

En cuanto al financiamiento del sector salud en los municipios, los ingresos provienen exclusivamente de participaciones municipales en los ingresos corrientes de la Nación y del Situado Fiscal para salud, e igual que en el departamento, no se ha estructurado un sistema de información presupuestal y contable que permita la adecuada planeación y razonable toma de decisiones.

Los logros obtenidos en el ámbito político en la mayoría de municipios, muestran que la participación de la comunidad no se da tal como la concibe la Ley, especialmente en lo relacionado con las formas de organización comunitaria, sino que ésta se logra a través de la gestión de organizaciones sociales ya constituidas, como las asociaciones de colonos, grupos asociativos de trabajo, juntas de acción comunal y organizaciones indígenas, no contempladas en el Decreto 1757 de 1994 y que prioritariamente tienen como objetivo lograr beneficios para sus asociados. Esta situación revela claramente la falta de liderazgo de las instituciones de salud para propiciar espacios de participación comunitaria que apoyen el desarrollo del proceso de descentralización.

En el municipio de Santa Rosalía fue determinante en el desarrollo de la dimensión política, la variable realización de proyectos para atender las necesidades locales del sector, lo que no significa necesariamente una real participación de la comunidad, sino más bien el producto de una coyuntura política en el periodo de estudio, que no garantiza en el tiempo la consolidación de la participación comunitaria como elemento esencial del proceso de descentralización.

Estas situaciones justifican la necesidad de emprender acciones institucionales que favorezcan la participación social, con el fin de obtener mejores resultados en la gestión del sector y en dinamizar el avance del proceso descentralizador. Urge en este sentido promover actitudes solidarias, estimular la promoción de los métodos de participación, la práctica de la democracia y la cultura de participación en forma decisiva y comprometida, de tal manera que la comunidad forme parte de la solución de los problemas.

En cuanto a los modelos de regresión lineal elaborados, el que mayor utilidad aportó al estudio fue el que se realizó entre categorías, el cual mostró una asociación positiva del 70 por ciento entre la categoría política y el estado de descentralización, seguido de las categorías fiscal y administrativa, que presentaron una asociación más débil con la variable dependiente. Los coeficientes de regresión para las tres categorías fueron mayores que cero, indicando que están directamente relacionadas con la variable dependiente descentralización, lo que explica que un incremento en el desarrollo de las categorías administrativa, fiscal y política implica cambios en el estado de descentralización.

El análisis de regresión múltiple realizado para mirar el efecto de las variables categóricas en forma integral sobre el estado de descentralización, mostró con 95 por ciento de confianza, que la descentralización no puede darse por sí misma y requiere ser explicada a través del algún grado de desarrollo de las variables categóricas, es decir que en la medida en que se desarrollen las diferentes dimensiones de la descentralización, ésta será mayor. De los modelos construidos, éste resulta ser el más útil para determinar aproximaciones al estado de descentralización de los entes territoriales, sin perder de vista que el abordaje a este tipo de estudio es fundamentalmente de carácter cualitativo.

En general, el aspecto que más se destaca del estudio, es el desarrollo de la dimensión política resultado de la participación social en el departamento, sin embar-

go el avance aislado de esta categoría no posibilita el desarrollo integral del proceso de descentralización y el logro de una real autonomía local, siendo necesario realizar esfuerzos simultáneamente en las dimensiones administrativa y fiscal.

BIBLIOGRAFIA

1. **BORJA, Jordi.** Estado, Descentralización y Democracia. Primera Edición. Ediciones Foro Nacional por Colombia. Bogotá D.E. 1989.
2. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. A. B. C. de la descentralización de la salud. Palmira, Valle del Cauca. Noviembre de 1993.
3. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 10 del 10 de Enero de 1990. Bogotá D. E. 10 de Enero de 1990.
4. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Reglamentación Ley 10 de 1990. Tomos 1, 2. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D.E. Enero de 1991.
5. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Organización de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud en Colombia. CEADS. Santa Fe de Bogotá, 1995.
6. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 60 Reglamentada. Editorial Carrera Séptima Ltda. Primera Edición. Santa Fe de Bogotá. 1994.
7. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La Seguridad Social en Colombia. Ley 100 de 1993. Editorial Dupligráficas Santa Fe de Bogotá. 1993.
8. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La Reforma a la Seguridad Social. Primera Edición. Editorial Carrera Séptima Ltda. Tomos 1, 2, 3. Santa Fe de Bogotá.
9. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD y ACOMSAP. Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Memoria Analítica de la Ley 10 de 1990. Volumen 1. Primera Edición. Tercer Mundo Editores. Santa Fe de Bogotá, Octubre de 1990.
10. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Instrumentos para la municipalización de la salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá D.E. 1991.
11. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Cómo organizar el Sistema Municipal de Seguridad Social en Colombia. Programa Sistema Municipales de Salud. Santa Fe de Bogotá, D.C. Junio de 1995.
12. **CARDENAS, Claudia y otros.** Estado actual del proceso de descentralización en salud en el Departamento de Cundinamarca y sus municipios para 1997. Santa Fe de Bogotá, D.C. Diciembre de 1997. Tesis de Grado Maestría en Administración de Salud. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Pontificia Universidad Javeriana.
13. **DIAZ-GRANADOS O, Juan Manuel y otros.** La Reglamentación de la Seguridad Social. Primera Edición. Ediciones Rosaristas. Santa Fe de Bogotá, D.C. 1995.
14. **DUQUE, Horacio.** Compilador. La Descentralización y el desarrollo institucional en Colombia, hoy. Un análisis a la Descentralización. Documento ESAP 0297, Santa Fe de Bogotá, D.C. Julio 1997.

15. **GONZALEZ SALAS, Edgar.** El Laberinto Institucional Colombiano 1974-1994. De Fundamentos Administración Pública. Primera Edición. Santa Fe de Bogotá, D.E., Colombia: Imprenta Universidad Nacional De Colombia. 1997. p. 447-511.
16. **JARAMILLO, Iván.** El futuro de la salud en Colombia. Tercera Edición. Santa Fe de Bogotá. FESCOL, Octubre de 1997.
17. **JARAMILLO, Iván.** La descentralización en el sector salud. En Revista Foro. Diez años de Descentralización. Santa Fe de Bogotá. p. 79-87.
18. **LONDOÑO, Juan y BERNAL, Jorge.** Compiladores. Balance del Proceso de Descentralización. Ministerio del Interior - Viva la Ciudadanía. Oficina Asesora de Publicaciones del Ministerio del Interior. Santa Fe de Bogotá, D.C. Mayo de 1997.
19. **MARTINEZ O, Mabel y otros.** Estado actual del proceso de descentralización en salud en el Departamento del Meta y en sus municipios, 1997. Santa Fe de Bogotá. Diciembre de 1997. Tesis de Grado Maestría en Administración de Salud. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Pontificia Universidad Javeriana.
20. **PAGANINI José y CAPOTE M. Roberto.** Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos - Métodos - Experiencias. Publicación Científica No. 519. O. P.S. Washington, D. C. E.U.A. 1990.
21. **RODRIGUEZ, Alfredo.** La Descentralización en América Latina: Los pro y los Contra. Revista Foro - Diez años de descentralización. Santa Fe de Bogotá. p. 47 - 60.
22. **WIESNER DURAN, Eduardo.** La Descentralización, el gasto social y la Colombia. Gobernabilidad en Colombia. DNP - Asociación Nacional de Instituciones Financieras. Santa Fe de Bogotá D.C. Octubre de 1995.