

# LA SALUD EN LA “OTRA COLOMBIA”:

El contraste en los estados de salud, la seguridad social y la prestación de servicios en las dos Colombias.

IVÁN JARAMILLO PÉREZ\*

## INTRODUCCIÓN

Colombia es un país de contrastes: en un extremo está la Colombia relativamente desarrollada y en el otro extremo, una Colombia marginal. Este estudio pretende caracterizar esos extremos y explorar qué ocurre con el estado de salud de la población y su relación con la equidad y la eficiencia en la prestación de los servicios y la aseguramiento en salud de la población.

Para caracterizar las “dos Colombias” se toma como referencia la categorización de los municipios sin considerar los departamentos, pues en muchos de estos últimos, pese a que se pueden clasificar

en ocasiones como más desarrollados, coexisten en su interior las dos realidades extremas del país. La categorización de municipios está establecida por el artículo 6 de la Ley 136 de 1994 y reglamentada por los decretos 2796 de 1994 y 915 de 1997, según los cuales, la clasificación de cada localidad debe ser establecida por los respectivos concejos municipales en el tercer período de sesiones, para la vigencia del año siguiente, de acuerdo con los criterios de población e ingresos.

Según el Decreto 915 de 1997, es deber de las oficinas de Planeación Departamental informar a la Dirección de Desarrollo Territorial del Departamento

---

Este artículo es posible gracias al apoyo de la oficina de Democracia de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional en Colombia (USAID / Colombia). Las opiniones presentadas aquí son de la exclusividad del autor y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

\* Contador público de la Universidad La Salle de México, con maestría en administración pública del CIDE, México. Ha sido secretario general del Fondo Nacional Hospitalario, coordinador del Programa de Consolidación del Sistema Nacional de Salud, y asesor del Ministerio de Salud en varias ocasiones. Es también docente universitario y autor de varios libros sobre el sector. Coordinó el grupo que sacó adelante la Ley 10 de 1990. Posteriormente integró el equipo que ajustó la Ley 60 de 1993 y cooperó en el desarrollo de varios aspectos de la Ley 100 y su reglamentación. Es reconocido especialista en temas de administración y financiación del sector salud, con énfasis en descentralización. Es consultor de USAID/ARD Colombia.

Nacional de Planeación Nacional (DDT/DNP), sobre la categoría de los municipios de su jurisdicción. Sin embargo, el DNP no cuenta con la categorización oficial y actualizada de todos los municipios y para este estudio tomamos la información conocida hasta 1999 en 1049 municipios, que es el número sobre el cual se encontró información sistemática, sobre un total de 1098 municipios que existen en el país.

***SOBRE EL ESTADO DE SALUD  
DE LOS MUNICIPIOS***

Para determinar el estado de salud de los municipios se tomaron como referencias las informaciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE), denominadas estadísticas vitales y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) a cargo del Instituto Nacional de Salud así:

Del DANE se tomó la información contenida de las estadísticas vitales del año 2000 (cifras preliminares) en las cuales se establecen las defunciones por municipio de residencia y se las clasifica según causas agrupadas por el CIE-10 de 6/67, basada en la lista 6/66 de OPS (ver Anexo con detalle). La suma total de defunciones se toma como la mortalidad general y de ellas se extrae específicamente el dato de las muertes maternas identificadas con el código 614 (Embarazo, parto y puerperio), las cuales, según los expertos, son por lo general evitables cuando hay buenos servicios de salud.

Del DANE se tomó, además, la in-

formación específica de las llamadas “Defunciones por causa externa”, disponible por municipio para el año 1999, que agrupa el conjunto de causas de muertes por violencia y accidentalidad, distintas a la enfermedad.

Del Instituto Nacional de Salud se tomaron los datos de mortalidad por causas evitables reportados por municipio en 39 semanas del año 2002 y publicados en el Boletín Epidemiológico No. 41 de octubre de ese año. Entre las causas de muerte reportadas se encuentran la muerte materna y perinatal, la malaria y el dengue, la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y la Infección Respiratoria Aguda (IRA).

Es de observar que mientras el DANE toma sus datos de las informaciones producidas por medicina legal y se considera una fuente muy confiable, el SIVIGILA se nutre de los reportes que hacen las direcciones departamentales de salud y se considera que tiene un subregistro relativamente alto.

***SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD  
EN LOS MUNICIPIOS***

Para determinar la cobertura de los servicios de salud en los diversos municipios, y relacionarlos con el “estado de la salud”, se tomó como referencia la asignación de los recursos financieros que hace la nación por medio del Sistema General de Participaciones de acuerdo con las cifras contenidas en el Documento CONPES 057 de 2002.

Se hubiera querido tener otra información, tal como el número médicos, camas y centros de salud por municipio, o bien el número de consultas, actividades y atenciones pero no disponemos de tales cifras. No obstante, se puede deducir que hay una cierta proporción entre los recursos financieros asignados por la Nación a los municipios y la cantidad de servicios de que disponen, o bien el grado de acceso a los servicios asegurados a sus habitantes.

La asignación de los recursos financieros revela, además, la modalidad institucional de su manejo o las políticas de gestión del sector salud. Los recursos se asignan de la siguiente manera: como subsidios a la demanda por municipio cuando se quiere financiar el Régimen Subsidiado de Salud, o como subsidios a la oferta cuando se quiere financiar la red pública de servicios. En este último caso los recursos se asignan directamente a los municipios cuando existe descentralización municipal de los servicios de primer nivel de atención. Por otro lado, los recursos del primer nivel de atención se asignan a los municipios por vía de las redes departamentales de servicios, cuando se trata de municipios no descentralizados.

#### ***SOBRE LA COMPARACIÓN ENTRE ESTADO DE SALUD VERSUS SERVICIOS DE SALUD***

De la evaluación sobre la equidad o inequidad en la distribución de los recursos y los efectos en el estado de salud, finalmente medido por la mortalidad evitable y no evitable, resulta un diagnóstico de los

aciertos y debilidades de las políticas estatales, en especial frente a la “Otra Colombia”, que es la más pobre. Adicionalmente se hace referencia a la situación de los municipios que presentan sembrados de coca.

De este cuadro analítico final se pueden sacar conclusiones y hacer recomendaciones.

### **1. LAS DOS COLOMBIAS: TAMAÑO Y ORGANIZACIÓN TERRITORIAL**

Colombia posee 1.098 municipios y cada año aparecen nuevos, lo cual dificulta disponer de información actualizada. Para este estudio se ha conseguido información de la mayoría de las variables consideradas para 1.049 municipios.

La ley 136 de 1994 estableció categorías de municipios según su desarrollo y pobreza relativa. La Dirección de Desarrollo Territorial del DNP cada año actualiza la categorización de municipios; no obstante, no hay información adicional después de 1999. Según la misma, apoyada en las normas legales, los municipios se clasifican en seis categorías, más una categoría especial (ver Cuadro 1), siendo la especial y la categoría 1 las que incluyen los municipios y distritos más grandes y desarrollados, aquellos con más población y más ingreso.

Tal como puede observarse en el Cuadro 1, a medida que se asciende desde la categoría especial y se escalan las categorías 1, 2 y 3, el número de municipios incluidos en cada clase va en aumento desde

Cuadro 1: Categorización de los municipios

LAS CATEGORÍAS DE MUNICIPIOS	POBLACIÓN			
	No. de Mpios	Total	Urbana	Rural
Categoría especial Participación	5	13.256.070	13.038.492	217.578
	0,5%	31%	42%	2%
Categoría 1 Participación	13	4.531.659	4.211.580	320.079
	1%	10%	13%	3%
Categoría 2 Participación	29	5.836.303	4.922.422	913.881
	3%	13%	16%	8%
Categoría 3 Participación	58	4.139.670	2.779.550	1.360.120
	6%	10%	9%	11%
Categoría 4 Participación	122	4.628.211	2.416.917	2.211.294
	12%	11%	8%	18%
Categoría 5 Participación	344	6.752.045	2.577.008	4.175.037
	33%	16%	8%	35%
Categoría 6 Participación	478	4.115.763	1.316.365	2.799.398
	46%	10%	4%	23%
TOTALES GENERALES	1.049	43.259.721	31.262.334	11.997.387
	100%	100%	100%	100%

Fuente: DNP, 1999.

5, 13, 29 y 58, hasta pasar a cantidades de tres dígitos desde la categoría 4 en adelante con 122, 344 y 478 municipios respectivamente.

Aunque, que el número de municipios asciende a medida que se avanza en la categorización, la población incluida en cada categoría tiende a disminuir o a permanecer constante. Esto demuestra que los municipios incluidos son cada vez más pequeños en cuando a cantidad de pobladores. Mientras la categoría especial tiene 5 municipios y posee el 31% de la

población total del país, la categoría siguiente, con 13 municipios, sólo tiene el 10% de la población; en general, cada categoría siguiente incluye un 10% de la población o un poco más, y es así como la categoría 2 llega al 12% y la cinco, al 16%.

Otra de las características básicas de la categorización de municipios es la distribución poblacional entre urbana y rural. Obsérvese que, mientras la categoría especial posee el 31% de toda la población del país, ésta incluye el 41% de toda la población urbana y solo el 2% de la po-

Cuadro 2: La estructura piramidal de los municipios colombianos

TAMAÑO DE LOS MUNICIPIOS	No. Mpios	POBLACIÓN		
		Total	Urbana	Rural
Municipios grandes	18	17.787.729	17.250.072	537.657
Participación	2%	41%	55%	4%
Municipios medianos	209	14.604.184	10.118.889	4.485.295
Participación	20%	34%	32%	37%
Municipios pequeños	822	10.867.808	3.893.373	6.974.435
Participación	78%	25%	12%	58%
<b>TOTALES GENERALES</b>	<b>1.049</b>	<b>43.259.721</b>	<b>31.262.334</b>	<b>11.997.387</b>

Fuente: DNP, 1999.

blación rural. En el otro extremo la categoría 6 agrupa el 10% de la población (sólo 1/3 de la especial), pero incluye solo el 4% de la población urbana (solo 1/25 del total). En cambio posee el 23% de la población rural (casi la cuarta parte).

No obstante la utilidad analítica de tener siete categorías de municipios, conviene simplificar el marco de análisis para conseguir en una mirada rápida y observar mejor los fenómenos que se quieren evaluar.

Proponemos, por lo tanto, reagrupar las categorías del DNP en tres grandes grupos: municipios grandes, medianos y pequeños. Se observa así (ver Cuadro 2) que los municipios grandes serían 18, integrantes de las categorías Especial y la categoría 1, que agrupa el 41% de la población total del país; los municipios intermedios serían 209 integrantes de las categorías 2, 3 y 4, con el 34% de la población; finalmente los municipios pequeños serían 822 e incluirían las categorías 5 y 6, con el 25% de la

población. Obsérvese que los intermedios agrupan un tercio de la población del país, los grandes, 3/5 partes y los pequeños, una 1/4 parte. Este esquema permite mostrar, además que los municipios grandes son fundamentalmente urbanos y recogen casi el 60% de la población del país que vive en las cabeceras municipales. En cambio los municipios pequeños son predominantemente rurales y agrupan casi al 60% de la población campesina del país.

En otros términos: los municipios grandes son en un 97% urbanos, los pequeños son en un 65% rurales y los intermedios son 70% urbanos y 30% rurales.

## 2. LA MORTALIDAD EN LOS MUNICIPIOS: ¿EQUIDAD O INEQUIDAD?

El DANE recopila la información oficial sobre la mortalidad con base en los reportes de medicina legal y de las autoridades

competentes para dictaminar las causas efectivas que la producen. Estas causas se clasifican según una metodología detallada de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pero todas ellas se pueden agrupar en dos grandes clases: las causas internas a las personas, incluidas las enfermedades y atención de la maternidad, y las que tienen causas externas asociadas con la violencia y con la accidentalidad.

Entre el primer tipo de causas, inherentes al desarrollo biológico de las personas, algunas causas son inevitables, pero tratables médicamente, en cambio otras sí pueden ser evitadas con la vacunación, por ejemplo, o con la adecuada atención de los procesos de maternidad, o con la debida atención de los recién nacidos. Es importante estudiar esta diferencia porque la equidad y la eficacia de los servicios de salud se pueden medir en proporción con los logros en la neutralización de las muertes por enfermedades evitables.

Existen, de otra parte, las muertes producidas por causas externas: la guerra, los homicidios y los accidentes, las cuales son inevitables para los servicios de salud, aunque de responsabilidad política de los gobernantes. Una prueba de ello es la experiencia en Bogotá, en donde una combinación de diversas políticas públicas ha logrado disminuir significativamente las muertes por violencia y accidentalidad.

## 2.1. La mortalidad general

Si existiera equidad en las causas externas e internas que determinan la mortalidad y el acceso a la prestación de los servicios, entonces la proporción de muertes registradas por el DANE en las diversas categorías de municipios debería ser igual a la proporción de población agrupada por cada categoría (No obstante, podrían derivarse dos tipos de errores: del subregistro de muertes en algunas categorías de municipios o de la exportación o importación de personas próximas a morir entre las diversas categorías de municipios).

Observando las dos primeras columnas del Cuadro 3 se concluye que para los municipios de categoría especial, además de las categorías 2 y la 4 la equidad es perfecta, pues coincide la proporción de población y la de muertes. Sorprende un poco los casos de las categorías 3, 5 y 6 en donde la mortalidad es uno o dos puntos más baja que la población agrupada y habría que concluir que allí se goza de mejor salud interna y contextual, pese a ser las dos últimas categorías las que integran los municipios más pobres y atrasados. Finalmente, resalta el caso de los municipios de categoría 1 que presentan la situación más negativa, pues agrupan el 10% de la población y el 13% de la mortalidad, sobrepasando en tres puntos porcentuales lo que pudiera llamarse su “mortalidad normal”.

Frente a la distribución de la mortalidad por categorías de municipios cabrían las siguientes hipótesis:

Cuadro 3: La mortalidad y su distribución entre los municipios.

LA MORTALIDAD POR MUNICIPIOS	POBLACIÓN	MUERTE		
		GENERAL	VIOLENTA	MATERNA
Municipios categoría especial	13.256.070	55.952	14.045	188
Participación	31%	31%	32%	26%
Municipios categoría 1	4.531.659	22.931	5.748	71
Participación	10%	13%	13%	10%
Municipios categoría 2	5.836.303	23.096	5.930	115
Participación	13%	13%	14%	16%
Municipios categoría 3	4.139.670	15.625	3.794	82
Participación	10%	9%	9%	11%
Municipios categoría 4	4.628.211	19.543	4.755	84
Participación	11%	11%	11%	11%
Municipios categoría 5	6.752.045	25.530	6.039	135
Participación	16%	14%	14%	18%
Municipios categoría 6	4.115.763	15.660	3.392	59
Participación	10%	9%	8%	8%
<b>TOTALES GENERALES</b>	<b>43.259.721</b>	<b>178.337</b>	<b>43.703</b>	<b>734</b>

Fuente: DNP, 1999 y 2000.

- a. En los cinco municipios de categoría especial la proporción de mortalidad y población coinciden en el 31%. Son múltiples las causas de mortalidad atribuidas al desarrollo mismo, tales como la contaminación, la accidentalidad y la violencia, pero también poseen las mejores redes hospitalarias y de atención de urgencias.
- b. Los 13 municipios categoría 1, que son las ciudades capitales de departamentos y algunas ciudades intermedias, distintas a las 5 grandes ciudades, tienen una mortalidad 3 puntos más alta que la población que agrupan. También son escenarios de violencia y de las otras causas de mortalidad asociadas al desarrollo, pero con menos recursos técnicos y hospitalarios para enfrentarla que las localidades de categoría especial.
- c. Los 47 municipios más grandes de las categorías 1 y 2, son capitales de departamento y ciudades intermedias, que son la sede natural de los hospitales de

alta complejidad, y sirven de referencia a los pacientes gravemente enfermos o accidentados que son remitidos de los municipios periféricos (de las otras categorías). Por lo tanto pueden estar registrando una mortalidad importada a su territorio.

- d. Los 1.002 municipios de las categorías 3 a 6 presentan una mortalidad general menor a la “normal” porque en ellos las muertes violentas o accidentales son proporcionalmente menores. El subregistro es más probable o sus enfermos y accidentados graves son, por lo general, remitidos a las capitales en donde fallecen.
- e. No se descarta tampoco que las políticas oficiales de fortalecimiento del primer nivel de atención por vía de la descentralización, y del otorgamiento de subsidios a la demanda, que favorecen a los municipios más pobres, tengan un impacto en la contención de la mortalidad.

## 2.2. La mortalidad por violencia y accidentalidad

El DANE presenta por separado un reporte de la mortalidad por causas externas asociadas por lo general a la violencia y a la accidentalidad, y que representan aproximadamente un 25% de las causas de muerte.

Es de observar que en la columna tercera del Cuadro 3 la mortalidad por violencia es un punto superior a la mortalidad general en los municipios y distritos

de categoría especial y 2; pero es inclusive superior en 3 puntos a la proporción de la población agrupada en los municipios de categoría 1. En los municipios de la categoría 4 existe un equilibrio entre el 11% de la población agrupada, la mortalidad general y la violenta. Posteriormente, en las categorías 5 y 6, la muerte por violencia es más baja que la mortalidad general, y se sitúa en 2 puntos porcentuales por debajo de la población por ellos agrupada.

Podría concluirse que, pese al carácter predominantemente rural que tiene la guerra que vive el país, asociada a masacres de campesinos y a muertes en combate o fuera de él, el grueso de la violencia cobra sus víctimas en los grandes centros urbanos y ciudades intermedias. No obstante, hay que anotar que el fenómeno del desplazamiento y la remisión de los afectados por la violencia a hospitales de mediana y alta complejidad podrían explicar en parte una especie de mortalidad exportada a las categorías de municipios más desarrollados y, por supuesto, que existe además el riesgo de que el subregistro oficial de las muertes en los municipios más pequeños, por falta de capacidad técnica e informativa, y que por lo tanto oculte al menos en parte la realidad.

Sería importante, además, poder evaluar si la presencia de los alcaldes populares, la Iglesia y otras formas de democracia local desempeñan un papel importante en la contención de la violencia en los municipios pequeños. Incluso debería evaluarse hasta dónde el propio subdesarrollo tecno-



lógico o de la infraestructura evita ciertos impactos propios de la accidentalidad moderna, tales como son podrían ser los accidentes de tránsito.

### 2.3. La mortalidad materna según el DANE

La causa 614 del Código de Clasificación del DANE se refiere a la muerte materna por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio. Sus resultados se presentan en la columna 4 del Cuadro 3.

En forma contraria a las muertes violentas, las muertes maternas, que por definición pueden ser evitables, tienden a ser más reducidas en los municipios grandes y más relevantes en los pequeños. Mientras los municipios de categoría Especial reúnen el 31% de toda la población del país, sólo registran el 26% de la mortalidad materna; en cambio los municipios categoría 5, que agrupan el 16% de la población presentan el 18% de las muertes maternas. Las categorías más equilibradas son la 1 y la 4 con una proporción de muertes maternas igual a la proporción de su población. Las categorías 2, 3 y 5 cumplen con la regla que a más pobreza más proporción de muertes maternas. No obstante, rompe la regularidad el caso de los municipios de categoría 6 que, pese a agrupar el 10% de la población, sólo registran el 8% de las muertes maternas, quizás por problemas de subregistro o porque las madres emigran o son referidas a otros municipios para su atención.

### 2.4. El resumen del análisis piramidal

El agrupamiento de las categorías de municipios en tres grandes grupos elimina la falta de regularidad en los resultados observada en el análisis por categorías y muestra la tendencia general, así:

- a. Los municipios grandes presentan el mayor agrupamiento poblacional con el 41%; los pequeños, el menor con el 25% y los intermedios, con el 34%.
- b. La mortalidad general aumenta en proporción directa al tamaño de los municipios: los pequeños sólo presentan el 23%, inferior a la población agrupada; los intermedios presentan el 33% de las muertes en proporción casi igual a su población, y los grandes presentan la mayor mortalidad general, registrando el 44% de los casos frente al 41% de su proporción poblacional.
- c. La mortalidad por violencia muestra la misma tendencia que la mortalidad general (y posiblemente ésta explique en parte aquella): disminuye en un punto porcentual en los municipios pequeños y se incrementa un punto porcentual en los grandes municipios, agravando la tendencia general. En cambio, conserva la misma proporción en los intermedios con respecto a la mortalidad general.
- d. La mortalidad materna, por definición evitable, se presenta en proporción inversa al tamaño de los municipios. Está

Cuadro 4: La distribución piramidal de la mortalidad

MUNICIPIOS	POBLACIÓN	MORTALIDAD		
		GENERAL	VIOLENTA	MATERNA
<b>Municipios grandes</b> Participación	<b>17.787.729</b> 41%	<b>78.883</b> 44%	<b>19.793</b> 45%	<b>259</b> 35%
<b>Municipios medianos</b> Participación	<b>14.604.184</b> 34%	<b>58.264</b> 33%	<b>14.479</b> 33%	<b>281</b> 38%
<b>Municipios pequeños</b> Participación	<b>10.867.808</b> 25%	<b>41.190</b> 23%	<b>9.431</b> 22%	<b>194</b> 26%
<b>TOTALES</b> %	<b>43.259.721</b> 100%	<b>178.337</b> 100%	<b>43.703</b> 100%	<b>734</b> 100%

Fuente: DNP, 1999 y 2000.

seis puntos porcentuales por debajo de la población agrupada en los grandes municipios; en cambio está un punto por encima de la población agrupada en los pequeños municipios. Sobresale el caso de los municipios intermedios, en donde también la mortalidad materna presenta una gran prevalencia, pues recoge el 38% de los casos cuando este grupo de municipios sólo tiene el 34% de la población del país. Hay que hacer notar que en los municipios intermedios está el grueso de los hospitales de mediana complejidad (130 en total) y, por lo general, atienden los partos con alto riesgo.

e. Las causas de la mortalidad materna son quizás el mejor indicador de la situación de los servicios de salud, su cobertura, calidad y capacidad resolutive. Evidentemente en los municipios pequeños e

intermedios los servicios tienen menor capacidad resolutive para atender adecuadamente a las maternas en sus procesos de embarazo, parto y puerperio.

## 2.5. La mortalidad materna y perinatal en el SIVIGILA

Siendo tan importante la mortalidad materna como indicador de la cobertura y la calidad de los servicios, vale la pena corroborar las conclusiones extraídas de los datos del DANE confrontándola con otra fuente, y nada mejor que tomar los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, a cargo del Instituto Nacional de Salud. Éste presenta otro indicador muy cercano y de cobertura y calidad muy similar a la atención materna: se trata del indicador de la muerte perinatal de los niños nacidos vivos.

Cuadro 5: La mortalidad materna en el SIVIGILA

LA MORTALIDAD MATERNA	POBLACIÓN	DANE	SIVIGILA - INS	
		MATERNA	MATERNA	PERINATAL
Municipios categoría E Participación	13.256.070 31%	188 26%	61 22%	984 20%
Municipios categoría 1 Participación	4.531.659 10%	71 10%	16 6%	367 7%
Municipios categoría 2 Participación	5.836.303 13%	115 16%	64 23%	1.166 23%
Municipios categoría 3 Participación	4.139.670 10%	82 11%	17 6%	625 12%
Municipios categoría 4 Participación	4.628.211 11%	84 11%	37 13%	687 14%
Municipios categoría 5 Participación	6.752.045 16%	135 18%	58 21%	756 15%
Municipios categoría 6 Participación	4.115.763 10%	59 8%	27 10%	422 8%
<b>TOTALES GENERALES</b>	<b>43.259.721</b>	<b>734</b>	<b>280</b>	<b>5.007</b>

Fuente : DANE 1999 y 2000; SIVIGILA 2002.

Hay que señalar, no obstante, que el SIVIGILA presenta un subregistro del 60% con respecto a las informaciones del DANE. Sin embargo, si este defecto se repitiera sistemáticamente y en la misma proporción en todo el país, entonces sus resultados expresarían una tendencia válida para las conclusiones de este estudio.

### **2.5.1. Las muertes maternas y perinatales en los municipios grandes**

En los municipios categoría Especial, el SIVIGILA confirma y acentúa la tendencia mostrada por el DANE en materia de mortalidad materna, indicando que estos municipios grandes sólo registran el 22% de la mortalidad frente al 31% de la po-

blación agrupada muestra también una tendencia de mejor protección sobre los niños nacidos vivos, pues sólo agrupa el 20% de su mortalidad.

### **2.5.2. Las muertes maternas y perinatales en los municipios intermedios**

En los municipios intermedios la comparación entre los resultados del DANE y el SIVIGILA presenta en ocasiones resultados contradictorios, así: en los municipios de categoría 2 se confirma la tendencia, y la mortalidad materna y perinatal se incrementa con respecto a las dos categorías anteriores. Presenta incluso una diferencia de 10 puntos porcentuales, en ambos casos, con respecto al porcentaje de población

agrupada. En los municipios de categoría 3 se mantiene la tendencia en la muerte perinatal, pero desciende en forma abrupta desciende el indicador de muerte materna, presentando una diferencia hasta de - 5 puntos con el indicador del DANE. Finalmente, en la categoría 4 la tendencia DANE se acentúa un poco más con el SIVIGILA y la mortalidad materna y perinatal resulta superior a la población agrupada.

### **2.5.3. Las muertes maternas y perinatales en los municipios pequeños**

En los municipios pequeños de categoría 5 la mortalidad materna presenta unos indicadores del 18% y del 21% en las fuentes DANE y SIVIGILA, y en ambos casos supera la población agrupada, que es sólo del 16%. Hasta aquí confirmo la baja cobertura y calidad de los servicios en estos municipios pobres; no obstante, el indicador de muertes perinatales presenta un resultado inesperado, pues sólo agrupa el 15% de la mortalidad con un punto porcentual debajo de la población agrupada. Esto indicaría, en contradicción con la tendencia, buena cobertura y calidad en estos servicios de protección de los recién nacidos vivos, en los municipios de categoría 5.

En los municipios de categoría 6, las irregularidades se invierten un poco. Mientras el SIVIGILA detecta normalidad en el comportamiento de la muerte materna con el 10%, el indicador de muertes perinatales cae 2 puntos porcentuales, indicando resultados positivos y coinci-

diendo en los buenos resultados con el indicador DANE, para la muerte materna que es también de 8%.

Podría lanzarse como hipótesis que en los municipios más pobres del país la mortalidad materna y perinatal presenta resultados en ocasiones satisfactorios, debido quizás al acierto de las políticas estatales (descentralización y régimen subsidiado), o bien porque existen problemas de subregistro.

### **2.5.4. Análisis piramidal simplificado**

Si se observa el Cuadro 6, puede concluirse que la tendencia en materia de mortalidad materna se confirma en todos los casos. Incluso el SIVIGILA acentúa los resultados con respecto a la fuente DANE. En consecuencia, la conclusión inequívoca es que la mortalidad materna tiene un comportamiento inversamente proporcional al tamaño de los municipios. Así, en los grandes municipios la diferencia positiva entre mortalidad materna y población agrupada es de 13 puntos porcentuales; en los intermedios la diferencia negativa es de 8 puntos porcentuales y en los pequeños la diferencia negativa es de 5 puntos.

Para el caso de las muertes perinatales el comportamiento final en el modelo simplificado presenta una irregularidad o resultado inesperado para los municipios pequeños, pues el indicador del SIVIGILA muestra una situación positiva de un punto porcentual a favor en las menores muertes de los niños nacidos vivos. En consecuencia, puede afirmarse

Cuadro 6: Análisis pirámida de la mortalidad materna y perinatal

LA MORTALIDAD MATERNA	POBLACIÓN	MORTALIDAD		
		DANE	SIVIGILA - INS	
		MATERNA	MATERNA	PERINATAL
Municipios grandes	17.787.729	259	77	1.351
Participación	41%	35%	28%	27%
Municipios medianos	14.604.184	281	118	2.478
Participación	34%	38%	42%	49%
Municipios pequeños	10.867.808	194	85	1.178
Participación	25%	26%	30%	24%
<b>TOTALES</b>	<b>43.259.721</b>	<b>734</b>	<b>280</b>	<b>5.007</b>

Fuente : DANE 1999 y 2000; SIVIGILA 2002.

que hay una buena protección por parte de los servicios de salud y seguridad social en los municipios más pequeños. Los municipios intermedios y grandes muestran el comportamiento esperado: negativo en 15 puntos para los municipios intermedios y positivo en 14 puntos para los municipios grandes.

## 2.6. La mortalidad evitable por condiciones ambientales y de servicios

Las muertes por malaria, dengue, EDA e IRA tienen en común que se originan en causas ambientales y su proliferación se debe a tres causas fundamentales: falta de políticas públicas adecuadas para el control del saneamiento básico, aguas y vectores, la falta de una educación adecuada de la comunidad y la falta de oportunidad y calidad de los servicios médico - hospitalarios. El SIVIGILA considera que todas estas muertes podrían ser evitadas por regla general.

### 2.6.1. La muerte por malaria

La muerte por malaria no es común a todos los municipios, pues esta enfermedad presenta un carácter endémico y sólo ocurre en ciertas regiones; y no se podría establecer mecánicamente una relación de causalidad entre el tamaño o la categoría de municipio y la presencia de la malaria.

No obstante lo dicho, según el análisis por categoría de municipios, esta enfermedad tiene poco impacto en los municipios grandes y medianos, excepto en los municipios de categoría 2. Aquí se concentra el 38% de los muertos, cuando esos municipios sólo agrupan el 13% de la población. Esta situación quizás se explique porque allí están radicados parte importante de los hospitales de mediana complejidad, a donde remiten los enfermos graves. La muerte por malaria resulta ser proporcional a la población agrupada en los municipios categoría 6, y está en proporción de más del doble para el caso de los munic-

Cuadro 7: La mortalidad evitable

LA MORTALIDAD EVITABLE	POBLACIÓN	MALARIA	DENGUE	EDA	IRA
Municipios categoría E	13.256.070	1	3	15	70
Participación	31%	3%	12%	9%	28%
Municipios categoría 1	4.531.659	2	4	2	8
Participación	10%	5%	15%	1%	3%
Municipios categoría 2	5.836.303	15	3	41	45
Participación	13%	38%	12%	24%	18%
Municipios categoría 3	4.139.670	2	4	21	28
Participación	10%	5%	15%	12%	11%
Municipios categoría 4	4.628.211	1	7	33	35
Participación	11%	3%	27%	19%	14%
Municipios categoría 5	6.752.045	14	4	39	36
Participación	16%	36%	15%	23%	14%
Municipios categoría 6	4.115.763	4	1	22	30
Participación	10%	10%	4%	13%	12%
<b>TOTALES GENERALES</b>	<b>43.259.721</b>	<b>39</b>	<b>26</b>	<b>173</b>	<b>252</b>
<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente : SIVIGILA 2002.

pios de categoría 5 (36% de los casos y una población de sólo el 16% del país).

En la parte final de este estudio se muestra un hallazgo muy especial: los municipios sembrados con coca agrupan el 10% de la población, pero el 33% de las muertes son por malaria.

Podría concluirse que, sin llegar a asociaciones mecánicas para todos los casos, la muerte por malaria tiene una asociación importante con respecto al tamaño y categoría de los municipios.

### 2.6.2 La muerte por dengue

Todo lo dicho sobre la malaria es aplicable a la situación del dengue, ya que es endémico de ciertas regiones y no tiene relación de causalidad directa con el tamaño de los municipios.

Hecha la aclaración, el SIVIGILA detecta que la muerte por dengue es menos que proporcional a la población agrupada en los municipios de categoría Especial y de categoría 2, lo cual es un indicio de ausencia de esa enfermedad o de manejo positivo de la enfermedad en esos municipios. No obs-

tante, contrario a las expectativas, los municipios de las categorías 5 y 6 presentan el mismo buen comportamiento. La muerte por dengue se concentra con mayor frecuencia en los municipios categoría 1 y 4.

Lo anterior quiere decir que la muerte por dengue no presenta ninguna regularidad o tendencia asociada entre la enfermedad y la categoría de municipio.

### **2.6.3. La muerte por EDA**

La Enfermedad Diarréica Aguda, (EDA), que causa la muerte generalmente en los niños, se origina en situaciones ambientales y sociales donde hay descuido en la calidad y tratamiento del agua y de los alimentos. En consecuencia podría evitarse con adecuadas políticas públicas de saneamiento básico, mediante la educación de la comunidad y la intervención oportuna y adecuada de los servicios de salud.

Los casos de muerte por EDA presentan en el Cuadro 7 una asociación estable con respecto al tipo de municipio. Se presenta en proporciones muy bajas en las categorías Especial y 1 de los municipios, en donde el agua potable, el tratamiento de los alimentos y la oportunidad y calidad de los servicios es evidentemente muy superior. En todas las categorías de municipios restantes la proporción de muertes por esta causa es superior a la proporción de la población agrupada, presentado las mayores diferencias negativas en la categoría 2 con 9 puntos, en la categoría 4 con 8 puntos y en la categoría 5 con 7 puntos.

Se puede afirmar como regla general que la muerte por EDA sí está asociada en forma inversa al desarrollo de los municipios y que tiene relaciones de causalidad con la situación de pobreza.

### **2.6.4. La mortalidad por IRA**

La mortalidad por causa de la Infección Respiratoria Aguda, (IRA), tiene una caracterización similar a la muerte por EDA, pues se origina en condiciones de contaminación ambiental por deficiente tratamiento de basuras y en condiciones de malnutrición y hacinamiento. Estos aspectos podrían controlarse con adecuadas políticas públicas de saneamiento básico, con educación comunitaria y con la atención oportuna y de calidad en los servicios de salud.

Observando el Cuadro 7, los municipios de categoría Especial y 1 presentan una proporción de casos de muerte por IRA inferior a la proporción que agrupan. Sin embargo, los de categoría Especial recogen el 28% de las muertes proporción elevada debido quizás a la contaminación atmosférica presente en los grandes centros urbanos e industriales, en conexión con la gran cantidad de vehículos automotores, en contraste con las ciudades intermedias y pequeñas. No obstante, lo dicho, los municipios de categoría 2 a 6 muestran, por lo general, un porcentaje de muertes por causa del IRA superior en 1 a 5 puntos por encima de la población agrupada, excepto para el caso de los municipios de categoría 5, que rompen la regularidad y sólo

presentan el 14% de los casos, frente al 16% de población agrupada.

Puede concluirse que sí existe una asociación entre pobreza y casos de muerte por IRA, pero también así como la contaminación podría incidir negativamente en las grandes ciudades, incrementando los casos de muerte. Es posible que la descontaminación relativa contribuya en algunos municipios rurales a disminuir las muertes por IRA.

#### **2.6.5. El análisis simplificado de la mortalidad evitable**

Al analizar el Cuadro 8, con la reclasificación de las siete categorías en tres niveles de municipios grandes, medianos y pequeños, puede observarse mejor cómo en el grupo de los municipios grandes, que reúne (41% de la población del país), en todos los casos la mortalidad evitable representa una proporción inferior. No obstante, los casos de dengue e IRA son relativamente altos y se presentan en una

proporción de 27% y 31% respectivamente.

Los municipios medianos presentan en todos los casos una mortalidad por causas evitables muy superior a la proporción de la población agrupada, situándose por encima del 31% entre 9 y 19 puntos porcentuales.

En los municipios pequeños la proporción de la mortalidad agrupada por causas evitables también está, por encima de la población agrupada que (25%), aunque la diferencia tiene un rango de variación mayor entre 1 y 21 puntos. Pero se presenta una irregularidad con la mortalidad por dengue, la cual se sitúa por debajo de la población agrupada con 6 puntos porcentuales menos.

#### **2.7. Conclusiones sobre el análisis de la mortalidad**

Del análisis comparativo entre mortalidad y categorías de municipios se puede concluir que:

**Cuadro 8: Estructura piramidal de la mortalidad evitable**

LA MORTALIDAD EVITABLE	POBLACIÓN	MALARIA	DENGUE	EDA	IRA
<b>Municipios grandes</b>	<b>17.787.729</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>78</b>
<b>Participación</b>	<b>41%</b>	<b>8%</b>	<b>27%</b>	<b>10%</b>	<b>31%</b>
<b>Municipios medianos</b>	<b>14.604.184</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>95</b>	<b>108</b>
<b>Participación</b>	<b>34%</b>	<b>46%</b>	<b>54%</b>	<b>55%</b>	<b>43%</b>
<b>Municipios pequeños</b>	<b>10.867.808</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>61</b>	<b>66</b>
<b>Participación</b>	<b>25%</b>	<b>46%</b>	<b>19%</b>	<b>35%</b>	<b>26%</b>
<b>TOTALES</b>	<b>43.259.721</b>	<b>39</b>	<b>26</b>	<b>173</b>	<b>252</b>
<b>%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente : SIVIGILA 2002.



- a. La mortalidad general es mayor en los grandes conglomerados urbanos que en los pequeños municipios.
- b. La muerte violenta se concentra en los municipios medianos y grandes y esto explica parcialmente el comportamiento relativamente elevado de la mortalidad general en estas localidades.
- c. La mortalidad materna y perinatal se incrementa con las condiciones de pobreza, atraso municipal y falta de oportunidad y calidad en los servicios.
- d. La mortalidad por malaria y por dengue está muy condicionada por la ubicación geográfica pero al menos en la malaria la mortalidad se incrementa con el atraso municipal y presenta una presencia inusitada en los municipios sembrados con coca.
- e. Las muertes por EDA y por IRA se incrementan con el atraso y la pobreza presente en los municipios pequeños, aunque para el caso del IRA la contaminación urbana favorece esta causa de mortalidad.
- f. Los municipios sembrados con coca presentan alta mortalidad materna y perinatal y poseen una proporción muy grande de mortalidad por malaria, quizás asociada precisamente a las características propias de los cultivos ilícitos.
- g. La equidad en la asignación de los subsidios no equivale a calidad y eficacia en el manejo de los mismos, (pues hay grupos de municipios que manifiestan un alto beneficio de los subsidios), pero al mismo tiempo muestran indicadores negativos de mortalidad evitable.
- h. No puede descartarse, sin embargo, el éxito relativo de las políticas públicas de la descentralización de servicios y del régimen subsidiado, como explicación en la neutralización parcial de las muertes evitables en los municipios medianos y pequeños.

## 2.8. Análisis estadístico

Datos de 1049 municipios

Variables:

- PT: Población total por municipio proyección DANE 2002.
- MG: # total de muertes en cada municipio DANE 2000.
- MV: # total de muertes por causa externa DANE 1999.
- MM: # muertes maternas (DANE 2000 + Sivigila 2002).
- ME: # muertes evitables según Sivigila 2002 (maternas, perinatales, malaria, dengue, EDA, IRA)
- MG/PT: tasa de mortalidad general.
- MV/PT: tasa de mortalidad violenta.
- MM/PT: tasa de mortalidad materna.
- ME/ PT: tasa de mortalidad evitable.

Del cuadro de correlaciones estadísticas se pueden sacar como conclusiones:

- a. La tasa de mortalidad general se incrementa en proporción directa al tamaño de la población de cada municipio,

CORRELACIONES	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	R - 2
Tasa de mortalidad general a población municipal	1,16%	0,013%
Tasa de mortalidad violenta a población municipal	1,88%	0,035%
Tasa mortalidad materna a población municipal	-0,27%	0,0007%
Tasa de mortalidad evitable a población municipal	-0,31%	0,0010%

según el coeficiente de correlación en forma positiva a razón del 1.16%.

- b.** La tasa de mortalidad por violencia crece en forma directa al tamaño de los municipios y en proporción superior al crecimiento de la tasa de mortalidad general, según el coeficiente de correlación en forma positiva a razón del 1,88%.
- c.** La tasa de mortalidad materna se incrementa, en relación inversa con el tamaño de los municipios, según el coeficiente de correlación crece en forma negativa al -0,27%.
- d.** La tasa de mortalidad evitable crece, más que la materna, en relación inversa con tamaño de los municipios, según el coeficiente de correlación en forma negativa a razón del -0,31%.

El análisis estadístico de 1049 municipios corrobora las conclusiones sacadas con el análisis agregado por categorías de municipios.

### 3. LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD

El Cuadro 9 muestra el origen y la aplicación de los recursos públicos de salud en el año 2002.

Las fuentes financieras de los subsidios en salud son de tres tipos principalmente:

- a.** Las procedentes del Sistema General de Participaciones Territoriales, SGPT, que recogen la parte del presupuesto general de la nación que se transfiere a las entidades territoriales.
- b.** Los recursos de las cuenta de solidaridad del FOSYGA, que recoge la solidaridad obrero - patronal principalmente.
- c.** Las rentas cedidas recaudadas por los departamentos y procedentes de los impuestos de licores, cervezas y loterías.

Los recursos de las fuentes principales se asignan según tres grandes conceptos: salud pública, 15%; subsidios a la oferta de servicios 41%, y subsidios a la demanda, 45%. Estos recursos son manejados en un 50% por los municipios, en un 15% por los distritos y en un 36% por los departamentos.

A continuación se hará un estudio detallado de cómo se distribuyen los subsidios de demanda y de oferta entre las diversas categorías de municipios. No obstante se tomará la fuente denominada SGP, que maneja el 63% de todos los recursos

Cuadro 9: la financiación de los subsidios y la salud pública

	2002	Mpios.	Distritos	Dptos.	Estructura
<b>Salud pública</b>	\$607.874	47%	13%	41%	15%
* SGP	\$290.874				
* P y P (Fosyga)	\$154.000				
* ECAT	\$163.000				
<b>Oferta de servicios</b>	\$1.671.873	11%	15%	74%	41%
* SGPT	\$1.093.069	13%	12%	74%	
* Rentas cedidas	\$523.842		30%	70%	
* ETESA	\$54.962	85%	15%		
<b>Régimen subsidiado</b>	\$1.843.565	85%	15%	0,1%	45%
* SGPT	\$1.207.542	85%	15%	0,1%	
* Fosyga	\$623.447	85%	15%	0,1%	
* Esfuerzo propio	\$12.576	85%	15%		
<b>TOTAL</b>	<b>\$4.123.312</b>	<b>2.041.112,60</b>	<b>603.060,66</b>	<b>1.479.138,74</b>	<b>100%</b>
<b>DISTRIBUCIÓN</b>		<b>100%</b>	<b>50%</b>	<b>15%</b>	<b>36%</b>

<b>SGP</b>	<b>\$ 2.591.485</b> <b>63%</b>
------------	-----------------------------------

y marca la tendencia en la distribución de los restantes.

### 3.1. La financiación del régimen subsidiado de salud

La capacidad de afiliación del Régimen Subsidiado de Salud para el año 2002 es de 11.2 millones, correspondiente al 69% de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas, (NBI). Sin embargo, según la base de datos la población afiliada efectivamente a finales del año era de 9.5 millones de personas.

Para los subsidios a la demanda el 66% de la financiación se origina, el SGPT, el 33% en el Fosyga y el Categoría 1% en el esfuerzo propio de los municipios. Estos subsidios a la demanda se asignan según un per

cápita anual determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y que asciende a \$180.000 persona año para el 2003. Los beneficiarios se escogen utilizando la encuesta del Sistema de Identificación de Beneficios (SIS-BEN), y por regla general son prioritarios para afiliación los que resulten clasificados en los estratos 1 y 2 sobre 6, con 48 puntos sobre 100 o menos. Este proceso garantiza la focalización de los subsidios hacia los estratos sociales más pobres de la sociedad.

#### 3.1.1. Antecedentes de inequidad

No obstante lo dicho, el proceso de selección de beneficiarios no garantiza, por sí sólo, la equidad territorial de la distribución de subsidios. Cuando apareció el

Cuadro 10: índice de GINI

RECURSOS	2000	1999	1998
ICN	31,25	30,41	30,42
Rentas cedidas	85,76	82,31	85,6
Situado fiscal	40,31	38,25	36,41
FOSYGA	43,73	37,53	36,57
Régimen subsidiado	26,88	26,7	27,98

Régimen Subsidiado en 1993 - 1994, no existía un criterio territorial de distribución equitativa de los subsidios, sobre todo porque el Régimen Subsidiado se financiaba principalmente con recursos del ICN, asignados por el CNSSS, en ocasiones en forma caprichosa.

En el Cuadro 11 se puede observar cómo las fuentes financieras han jugado un papel a veces inequitativo y a veces complementario para la equidad en la financiación y distribución del Régimen Subsidiado en el territorio. No obstante, los vaivenes de las distintas fuentes, la equidad territorial en el manejo del Régimen Subsidiado ha venido mejorando, dado que el índice de GINI ha caído del 28% en 1998 al 27% en el 2000.

Es de recordar que el Régimen Subsidiado se extendió inicialmente con prelación a los municipios “no descentralizados”.

En 1994 la llamada “EPS Transitoria”, les dio prioridad a estos municipios a través de los departamentos. Por esta razón hoy manejan el 36% del Régimen Subsidiado pese a no agrupar sino el 28% de la población, manteniendo un principio de inequidad parcial.

Posteriormente se corrigió forma parcial el rumbo cuando la fuente de recursos principal empezó a ser el antiguo sistema de participaciones territoriales previsto por la Ley 60 de 1993 (ICN y SF). Luego se empezó a redistribuir el Régimen Subsidiado con más equidad territorial.

Desde el año 2002 la norma de distribución de los recursos financieros es la Ley 715 de 2001; según se observa en el Cuadro 12 la asignación per cápita del SGPT (columna 3) es en el promedio nacional de \$27. 216. Pero por categoría de municipio se ha incrementado progresi-

Cuadro 11: Gestión del régimen subsidiado 2002

Total de recursos del SGPT	\$ 1.177.346.610.102
Municipios certificados	\$748.831.641.831
Participación	64%
Municipios no certificados	\$428.514.968.271
Participación	36%

Cuadro 12: La financiación del régimen subsidiado de salud.

LOS SUBSIDIOS A LA DEMANDA	POBLACIÓN TOTAL	RÉGIMEN SUBSIDIADO	PER CÁPITA X PT
Municipios Categoría especial Participación	13.256.070	\$217.090.047.860	\$ 16.377
	31%	18%	
Municipios Categoría 1 Participación	4.531.659	\$ 79.617.956.985	\$17.569
	10%	7%	
Municipios Categoría 2 Participación	5.836.303	\$ 131.154.978.899	\$22.472
	13%	11%	
Municipios Categoría 3 Participación	4.139.670	\$120.338.920.512	\$29.070
	10%	10%	
Municipios Categoría 4 Participación	4.628.211	\$148.043.219.109	\$31.987
	11%	13%	
Municipios Categoría 5 Participación	6.752.045	\$272.279.152.321	\$40.325
	16%	23%	
Municipios Categoría 6 Participación	4.115.763	\$208.822.334.416	\$50.737
	10%	18%	
TOTALES GENERALES	43.259.721	\$1.177.346.610.102	27.216
	100%	100%	

Fuente: CONPES 057 del 2001

vamente desde los \$16.377 para la categoría Especial hasta llegar \$50.737 para la categoría 6. Esto quiere decir que las asignaciones per cápita son más grandes en proporción directa al incremento de la pobreza y del atraso relativo de los municipios de cada categoría; es un indicador de equidad creciente.

Como resultado de esta distribución, se tiene que:

- Los municipios categoría de Especial, 1 y 2 reciben proporciones de los subsi-

dios a la demanda inferiores a las poblaciones que agrupan, pues su población pobre es proporcionalmente menor.

- Los municipios de categoría 3 expresan el punto de equilibrio, pues reciben el 10% de los subsidios y poseen el 10% de la población del país.
- Los municipios de categorías 4, 5 y 6 reciben proporcionalmente más subsidios que la población por ellos agrupada; la proporción de población pobre es superior. Las diferencias porcentuales a favor son de + 3 puntos para la

categoría 4; 7 puntos más para la categoría 5 y + 8 puntos para la categoría 6.

Confirma esta tendencia el Cuadro 13 que resume la estructura piramidal de los municipios en grandes, medianos y pequeños. Muestra que los municipios grandes reúnen el 41% de la población y reciben el 25% de los subsidios (16 puntos porcentuales menos); los municipios medianos muestran un equilibrio y reciben una porción de los subsidios igual a la población agrupada que es del 34%; finalmente, los municipios pequeños son los más beneficiados y reciben el 41% de los subsidios para el 25% de la población agrupada. Obsérvese que las proporciones son iguales para los intermedios y se invierten para los grandes y pequeños, lo cual otorga una gran simetría a la pirámide de análisis.

Hasta aquí puede afirmarse, sin lugar a dudas, que la distribución territorial de

los subsidios a la demanda, en lo que compete al Sistema General de participaciones SGPT, es altamente equitativa.

Esta afirmación no puede hacerse extensiva a las otras fuentes financieras del Régimen Subsidiado: FOSYGA y Rentas Cedidas, las cuales tienen condiciones distintas de equidad-inequidad.

Lo anterior tampoco significa que los recursos del Régimen Subsidiado sean suficientes para cubrir la población; además, su cobertura es estimada por el Ministerio de Salud en un 66% de la población con necesidades básicas insatisfechas NBI.

### 3.2 La financiación de la red pública de servicios en los municipios

La red pública de servicios cumple con tres grandes funciones:

- a. Ofrecer servicios de salud en compe-

**Cuadro 13: La estructura piramidal de la financiación del régimen subsidiado**

LOS SUBSIDIOS A LA DEMANDA	POBLACIÓN TOTAL	RÉGIMEN SUBSIDIADO	PER CÁPITA X PT
Municipios grandes	17.787.729	\$ 296.708.004.845	\$6.680
Participación	41%	25%	
Municipios medianos	14.604.184	\$ 399.537.118.520	\$7.358
Participación	34%	34%	
Municipios pequeños	10.867.808	\$ 481.101.486.737	\$4.268
Participación	25%	41%	
<b>TOTALES</b>	<b>43.259.721</b>	<b>\$ 1.177.346.610.102</b>	<b>\$27.216</b>
%	100%	100%	

Fuente: CONPES 057 del 2001

tencia con el sector privado para atender a la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud.

- b. Ofrecer subsidios por vía a la oferta a la población pobre que no está afiliada al Régimen Subsidiado de Salud.
- c. Realizar en conjunto con las entidades territoriales las acciones de salud pública.

El Cuadro 14 muestra el origen y las aplicaciones de los recursos públicos dife-

rentes a los subsidios de demanda. Como puede observarse los subsidios de oferta “en lo no cubierto por los subsidios a la demanda”, llegan para el año 2002 a \$ 1.6 billones, que son aportados en un 65% por el SGPT, en un 32% por las rentas cedidas y en un 3% por ETESA. El Cuadro muestra, además, cómo se distribuyen \$ 367.328 millones en las diversas actividades y programas de salud pública.

Cuando se inició y desarrolló el Régimen Subsidiado éste capturó rápidamente

**Cuadro 14: Los subsidios de oferta y el gasto de salud pública (en millones de pesos).**

Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios	Sistema General de Participaciones (CONPES 57) incluidos aportes patronales	1.093.069
	Rentas cedidas (presupuesto entidades territoriales)	523.842
	ETESA (Recaudo a septiembre de 2002)	54.962
	<b>TOTAL OFERTA</b>	<b>1.671.8735</b>
<b>Salud pública</b>	Sistema General de Participaciones	290.874
	FOSYGA (Programas Minsalud)	34.994
	<b>Presupuesto Minsalud Funcionamiento</b>	
	Campañas directas	17.795
	Campaña antituberculosa	890
	Control de tuberculosis	1.769
	Lehismaniasis	3.162
	Apoyo Programas de Desarrollo de la Salud	2.473
	Programa de Emergencia Sanitaria	1.067
	Lepra	1.191
	Plan Nacional de Salud Rural	7.517
	Subtotal Funcionamiento Minsalud	35.868
	<b>Inversión</b>	
	Protección de la salud pública en el ámbito nacional	5.591
	<b>Subtotal Presupuesto Minsalud</b>	<b>41.459</b>
<b>TOTAL SALUD PÚBLICA</b>	<b>367.328</b>	

te más del 75% de los recursos territoriales (entre ICN y situado fiscal), integran hoy del SGPT, y de ellos sólo quedan el 25% de los recursos para la atención de los subsidios de oferta en el primer nivel.

Es de observar en los Cuadros 15 y 16, que para el año 2002, según la distribución de recursos del CONPES 57, había 493 municipios “certificados” como descentralizados que recibían recursos directamente de la nación para operar el primer nivel de

atención. Estos municipios cubren 31.2 millones de personas equivalentes al 72% de toda la población del país; manejan, además, \$281.200 millones de pesos equivalentes al 73% de los recursos de oferta asignados al primer nivel por parte del Sistema General de Participaciones. Los otros municipios “no certificados” como descentralizados son 600, pero cubren solo el 28% de la población y su red de servicios es manejada por los departamentos al igual

**Cuadro 15: La financiación de la red pública de servicios en los municipios**

SUBSIDIOS DE OFERTA	POBLACIÓN TOTAL	1ER NIVEL DEPARTAMENTO	1ER NIVEL MUNICIPIO	TOTAL SUBSIDIOS
Municipios categoría E Participación	13.256.070	-	142.302.884.146	\$ 142.316.140.216
	31%	0%	51%	37%
Municipios categoría 1 Participación	4.531.659	385.583.870	26.627.561.847	\$ 27.017.677.376
	10%	0%	9%	7%
Municipios categoría 2 Participación	5.836.303	13.663.622.948	24.608.939.277	\$ 38.278.398.528
	13%	13%	9%	10%
Municipios categoría 3 Participación	4.139.670	16.053.695.086	17.456.235.458	\$ 33.514.070.214
	10%	15%	6%	9%
Municipios categoría 4 Participación	4.628.211	18.403.785.239	22.460.021.308	\$ 40.868.434.758
	11%	17%	8%	11%
Municipios categoría 5 Participación	6.752.045	37.090.098.917	30.626.481.513	\$ 67.723.332.475
	16%	35%	11%	17%
Municipios categoría 6 Participación	4.115.763	20.830.183.226	17.120.735.743	\$ 37.955.034.732
	10%	20%	6%	10%
TOTALES GENERALES	43.259.721	106.426.969.286	281.202.859.292	\$ 387.673.088.299
	100%	100%	100%	100%

Fuente : CONPES 057, 2001.



Cuadro 16: Gestión del primer nivel de atención en 2002

	Municipios certificados	Municipios no certificados
<b>No. de municipios</b>	493	600
<b>Recursos</b>	\$ 281.202.859.292	\$ 106.426.969.286
<b>Población cubierta</b>	73%	27%

que el 27% de los recursos de primer nivel equivalentes a \$106.426 millones.

### 3.2.1. La red pública de primer nivel en manos de los municipios

Del Cuadro 17 se deduce que la descentralización municipal y distrital es, ante todo, un fenómeno que se da con prelación en los municipios y distritos más desarrollados. Es así como los 18 municipios y distritos más grandes están descentralizados, excepto Yumbo. Ellos poseen, además, el 41% de la población del país. Como si fuera poco el 60% de toda la red de primer nivel

es descentralizada. Luego 209 municipios intermedios poseen el 34% de la población, pero sólo el 23% de la red descentralizada y, finalmente 822 pequeños que agrupan el 25% de la población tienen a su cargo sólo el 17% de la red pública descentralizada. La distribución de esta red descentralizada de primer nivel no expresa equidad con los más pobres sino, al contrario, mayor satisfacción para los más desarrollados o los más capaces de cumplir requisitos, superar obstáculos y desarrollar luchas políticas y burocráticas para “certificarse” y descentralizarse.

Cuadro 17: Resumen de la financiación de la Red Pública

LA FINANCIACIÓN	POBLACIÓN TOTAL	1ER. NIVEL DEPARTAMENTAL	1ER. NIVEL MUNICIPAL	TOTAL SUBSIDIOS
<b>MUNICIPIOS GRANDES PARTICIPACIÓN</b>	17.787.729 41%	385.583.870 0%	168.930.445.993 60%	169.333.817.592 44%
<b>MUNICIPIOS MEDIANOS PARTICIPACIÓN</b>	14.604.184 34%	48.121.103.273 45%	64.525.196.043 23%	112.660.903.500 29%
<b>MUNICIPIOS PEQUEÑOS PARTICIPACIÓN</b>	10.867.808 25%	57.920.282.143 54%	47.747.217.256 17%	105.678.367.207 27%
<b>TOTALES</b>	43.259.721 100%	106.426.969.286 100%	281.202.859.292 100%	387.673.088.299 100%

Fuentes: CONPES 057 del 2001.

### 3.2.2. La red pública de primer nivel en manos de los departamentos

La red pública departamental de primer nivel presentada en la columna 2 del Cuadro 17 muestra una distribución si se quiere más equitativa, pues está ausente en los municipios grandes y tiene buena presencia en los municipios intermedios y pequeños. Se deduce que los distritos de categoría especial son totalmente autónomos ante los departamentos, pues estos

últimos no poseen en este tipo de municipios ninguna red pública de primer nivel. Otro tanto ocurre con los municipios de categoría 1 en los cuales sólo existe una presencia departamental residual.

La presencia departamental en la red de primer nivel se ha reducido a los municipios intermedios en donde su participación fomenta la equidad, pues pese a que estos municipios sólo agrupan el 34% de la población poseen el 45% de la red departamental de primer nivel. En forma

**Cuadro 18: La distribución general de los subsidios por categoría de municipio**

SUBSIDIOS TOTALES	RÉGIMEN SUBSIDIADO	SUBSIDIOS DE OFERTA	TOTAL SUBSIDIOS
MUNICIPIOS CATEGORÍA ESPECIAL PARTICIPACIÓN	\$217.090.047.860 18%	\$142.316.140.216 37%	\$359.406.188.076 23%
MUNICIPIOS CATEGORÍA 1 PARTICIPACIÓN	\$79.617.956.985 7%	\$ 27.017.677.376 7%	\$106.635.634.361 7%
MUNICIPIOS CATEGORÍA 2 PARTICIPACIÓN	\$131.154.978.899 11%	\$38.278.398.528 10%	\$169.433.377.427 11%
MUNICIPIOS CATEGORÍA 3 PARTICIPACIÓN	\$120.338.920.512 10%	\$33.514.070.214 9%	\$153.852.990.726 10%
MUNICIPIOS CATEGORÍA 4 PARTICIPACIÓN	\$148.043.219.109 13%	\$40.868.434.758 11%	\$188.911.653.867 12%
MUNICIPIOS CATEGORÍA 5 PARTICIPACIÓN	\$272.279.152.321 23%	\$67.723.332.475 17%	\$340.002.484.796 22%
MUNICIPIOS CATEGORÍA 6 PARTICIPACIÓN	\$208.822.334.416 18%	\$37.955.034.732 10%	\$246.777.369.148 16%
<b>TOTALES GENERALES</b>	<b>\$1.177.346.610.102</b>	<b>\$387.673.088.299</b>	<b>\$1.565.019.698.401</b>

Fuentes: CONPES 057 del 2001.

semejante los municipios pequeños de categoría 5 y 6, que sólo reúnen el 25% de la población, en cambio gozan del 54% de la red departamental de primer nivel.

### **3.2.3. La tendencia general en la red pública de primer nivel**

Agregando las redes de primer nivel tanto municipales y departamentales (Ver columna # 3 del Cuadro 17), se encuentra que su distribución de los subsidios de oferta es en general menos equitativa que la distribución de los subsidios a la demanda. Ello debido a que éstos se concentran en los dos extremos de los municipios grandes y pequeños: los municipios grandes tienen una red muy amplia, más que proporcional a su población, y reúnen el 44% de la red total cuando sólo agrupan al 41% de la población. En el otro extremo,

los municipios pequeños poseen el 27% de la red cuando sólo reúnen el 25% de la población. Para el caso de los municipios pequeños esa participación se justifica, pero no para los grandes. Lo que ocurre tras esta distribución es que mientras los municipios grandes ganan con la red municipal descentralizada, los municipios pequeños ganan con la red departamental no descentralizada. Al final, pierden los municipios intermedios, ya que agrupan el 34% de la población y poseen sólo el 29% de la red agregada de primer nivel.

### **3.2.4. La distribución general de los subsidios por categoría de municipio**

Si se hace la sumatoria de los subsidios de oferta y demanda la distribución resultante expresa, a pesar de todo, equidad.

Los municipios grandes reúnen en

**Cuadro 19: La estructura piramidal de los subsidios**

SUBSIDIOS TOTALES	RÉGIMEN SUBSIDIADO	SUBSIDIOS DE OFERTA	TOTAL SUBSIDIOS
MUNICIPIOS GRANDES PARTICIPACIÓN	\$ 296.708.004.845 25%	\$ 169.333.817.592 44%	466.041.822.437 30%
MUNICIPIOS MEDIANOS PARTICIPACIÓN	\$ 399.537.118.520 34%	\$ 112.660.903.500 29%	512.198.022.020 33%
MUNICIPIOS PEQUEÑOS PARTICIPACIÓN	\$ 481.101.486.737 41%	\$ 105.678.367.207 27%	586.779.853.944 37%
TOTALES %	\$ 1.177.346.610.102 100%	\$ 387.673.088.299 100%	1.565.019.698.401 100%

Fuente: CONPES 057 del 2001.

total el 30% de los subsidios, pero agrupan el 41 % del total de la población. Los municipios intermedios reúnen el 33% de los subsidios y poseen el 34% de la población del país. Finalmente, los municipios pequeños reciben el 37% de los subsidios y agrupan el 25% de la población, que es precisamente la más pobre.

#### **4. HACIA UNA EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LOS MUNICIPIOS POBRES**

##### **4.1. Evaluación de la descentralización**

Desde el punto de vista técnico, la evaluación de la descentralización responde a la pregunta central: ¿los municipios “certificados” como descentralizados lo están haciendo bien o mal en la organización y prestación de los servicios?

Según las cifras del DANE, en el año 2000 los municipios y distritos descentralizados agrupaban el 72% de toda la población del país, pero registraban el 74% de la mortalidad general. El 75% de la mortalidad se debía a causas violentas o externas a motivos de enfermedad. Hasta

aquí la descentralización pierde porque no ha logrado, excepto en Bogotá, controlar la violencia y la accidentalidad. Sin embargo, según las cifras de la misma fuente, las muertes maternas, por lo general consideradas por los expertos como muertes evitables, sólo representan en los descentralizados el 66% de los casos cuando ellos mismos agrupan en 72% de la población, en cambio la muerte materna llega al 34% de los casos en los municipios no descentralizados que agrupan sólo el 28% de la población, pese a poseer una cobertura mayor del Régimen Subsidiado con el 36% de la población afiliada. Según esta cifra los servicios de salud a cargo de los municipios y distritos “descentralizados” cumplen mejor la tarea de proteger la maternidad en sus procesos de embarazo, parto y puerperio.

Revisando las cifras del SIVIGILA, a cargo del INS, menos confiables que las del DANE por el subregistro, se confirma que la mortalidad materna y perinatal representa el 62% y el 64% de los casos en los municipios descentralizados frente al 72% de la población agrupada. En cambio los no certificados pierden porque su número de casos representa una proporción mayor que

**Cuadro 20: La relación entre mortalidad y descentralización**

MORTALIDAD	GENERAL	VIOLENTA	MATERNA	POBLACIÓN
<b>600 Municipios no certificados</b>	<b>46.499</b>	<b>10.827</b>	<b>246</b>	<b>12.036.324</b>
<b>Participación</b>	<b>26%</b>	<b>25%</b>	<b>34%</b>	<b>28%</b>
<b>493 Municipios certificados</b>	<b>131.838</b>	<b>32.876</b>	<b>488</b>	<b>31.223.397</b>
<b>Participación</b>	<b>74%</b>	<b>75%</b>	<b>66%</b>	<b>72%</b>

Fuente: DANE 1999 y 2000.

Cuadro 21: La relación entre mortalidad y descentralización

MORTALIDAD	MATERNA	PERINATAL	POBLACIÓN
Participación	62%	64%	72%
600 Municipios no certificados	107	1.809	12.036.324
Participación	38%	36%	28%

Fuente: SIVIGILA 2002

su población así: agrupan el 28% de la población, pero se sobregiran recogiendo el 38% y el 36% de la mortalidad materna y perinatal respectivamente.

Al esperar que el subregistro no favorezca indebidamente a los municipios descentralizados, se observa con preocupación en el SIVIGILA que los “no” descentralizados presentan el 41% de la muerte por malaria, el 31% de las muertes por dengue, así mismo, el 43% de las muertes por EDA y el 44% de los casos por IRA. Es decir, en todos los casos la mortalidad reportada por los municipios no descentralizados es superior a la población por ellos agrupada que sólo llega al 28% y pese, además, a tener una mejor cobertura relativa para la población subsidiada.

Queda, no obstante, el interrogante de si la descentralización permite una mejor organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención, y si esta organización contribuye a lograr mejores resultados en materia de salud y en sus indicadores de mortalidad evitable.

Otra forma de interpretar los resultados sería afirmar que la descentralización es un indicador de madurez en la organización municipal de los servicios de sa-

lud, que va acompañada de la reducción significativa de los indicadores de mortalidad evitable.

## 4.2. Evaluación de las redes públicas departamentales y municipales

### 4.2.1. Análisis estadístico

El Cuadro 22 muestra una matriz de correlaciones entre el tamaño de los municipios y sus tasas de mortalidad. En la primera columna se muestra la correlación nacional encontrada con todos los municipios y en las dos columnas siguientes se desagrega por grupos de municipios, según sea que la red pública esté a cargo de los departamentos o a cargo de los municipios. Como se sabe cuando los municipios están descentralizados la red pública está a cargo de la administración municipal y cuando no están descentralizados la red pública es manejada por los departamentos.

### 4.2.2. Red pública y mortalidad general

La tasa de mortalidad general se incrementa en forma positiva (con una correlación del + 1,16%) con el tamaño poblacional de los

Cuadro 22: Matriz de correlaciones: Mortalidad a población total de los municipios

MORTALIDAD	1. NACIONAL	2. RED DEPTAL.	3. RED MPAL.
M. general	PT y M/PT Gral. 1,16%	PT y M/PTd -1,38%	PT y M/PTm 0,87%
M. violenta	PT y MV/T 1,88%	PT y MV/T d 6,36%	PT y MV/T m 0,50%
M. materna	PT y MM/PT -0,27%	PT y MM/PTd 1,91%	PT y MM/PTm 0,25%
M. evitable	PT y ME/PT -0,31%	PT y ME/PT d 7,76%	PT y ME/PTm -0,05%

municipios, tal como ya se mostró antes, pero el Cuadro 22 agrega que :

- Siguiendo la tendencia general, la tasa de mortalidad general se incrementa con el tamaño de los municipios (con una correlación positiva del 0,87%) en los municipios con red pública municipal que son, por lo general, los medianos y grandes y agrupan el 78% de la población.
- No obstante, en contra de la tendencia general, la tasa de mortalidad general disminuye en relación inversa al tamaño del municipio (con correlación negativa del - 1,38%), en los municipios con red pública departamental que son, por lo general, los medianos y pequeños y agrupan el 28% de la población. Quiere decir lo anterior que cuando los municipios son más pequeños, más alta es la tasa de mortalidad y diversa.
- Las tres correlaciones permiten concluir que es, por lo general, en los grandes centros urbanos en donde se concentran las tasas de mortalidad altas, y es en ellos en donde predominan las redes municipales descentralizadas. La evalua-

ción es negativa, pues a más desarrollo, se supondría mejor red pública y, sin embargo, hay más mortalidad general. De otra parte, en los municipios más pequeños y atrasados, aquellos no descentralizados, la tasa de mortalidad general tiende a ser también grande.

- Podría concluirse que la mortalidad general es independiente de la cobertura y calidad de la red pública.

#### 4.2.3. Red pública y mortalidad violenta y accidental

La tasa de mortalidad violenta se incrementa en forma positiva (con una correlación del + 1,88%) en proporción directa al mayor tamaño poblacional de los municipios, tal como ya se mostró antes, pero el Cuadro 22 agrega que:

- La tasa de mortalidad violenta se incrementa más rápido (con correlación positiva del + 6,36%) en los municipios a medida que son más grandes y con red pública departamental, los cuales son, por lo general, los medianos y peque-

- ños y agrupan el 28% de la población.
- La tasa de mortalidad violenta se incrementa a medida que el tamaño de los municipios es más grande, pero en forma más lenta (con una correlación positiva del + 0,50%) en los municipios con red pública municipal los cuales son, por lo general, los medianos y grandes, y agrupan el 72% de la población.
  - Las tres correlaciones permiten concluir que las muertes por causa externa, bien sea violenta o accidental, se incrementan siempre en forma positiva en proporción al tamaño de los municipios (CC 1,88%) y en forma más acelerada que la mortalidad general (CC 1,16%).
  - Todo indica que la mortalidad por causa externa es independiente de la calidad y cobertura de la red de servicios, aunque puede influir en su desaceleración la eficacia que puedan tener los servicios de salud manejados por municipios descentralizados (dado que hay una correlación mas baja del + 0,50%).

#### **4.2.4. Red pública y mortalidad materna**

La tasa de mortalidad materna crece en relación inversa (con una correlación negativa del - 0,27%) con el tamaño poblacional de los municipios, tal como ya se mostró antes, de tal forma que mientras más pequeño sea el municipio más mortalidad materna se da. El Cuadro 22 agrega que:

Tomado por separado cada grupo de municipios (con red departamental o red

municipal) las correlaciones entre tasa de mortalidad materna y tamaño crecen positivamente, aunque con mayor lentitud en los municipios descentralizados, que son los medianos y más grandes.

Es de observar cómo la mortalidad materna es mayor (34%) que la población que agrupan los municipios no descentralizados (28%) que son, por lo general, los más pequeños. Al juntar los dos grupos (descentralizados y no descentralizados) la correlación es negativa y se cumple la tendencia según la cual a tamaños más pequeños de municipios corresponden tasas más grandes de mortalidad materna, considerada por lo general como evitable.

#### **4.2.5. Red pública y mortalidad evitable**

Sumando la mortalidad materna y perinatal, más la muerte por malaria y dengue. Así mismo, la muerte por EDA e IRA, se tendría un conjunto de causas casi siempre de muerte evitable.

Al correlacionar el tamaño de los municipios y la muerte evitable se comprueba que en los municipios del país, en general, y en particular los municipios descentralizados, la tasa de correlación es negativa con el -0,31% y el -0,05% respectivamente; quiere decir lo anterior que a más tamaño de los municipios más se puede evitar la muerte por causas controlables, debido, por supuesto, a los mejores servicios de salud.

No obstante, se da una excepción con los municipios no descentralizados, que agrupan el 28% de la población del país,

en cuyo caso la correlación es positiva con el +1,91%. Esto quiere decir que a mayor tamaño municipal, es mayor el índice de mortalidad evitable. Esto indicaría baja eficacia de los servicios de salud.

Estas correlaciones demuestran la tendencia general según la cual a medida que los municipios son más grandes y/o descentralizados, los servicios de salud son mejores y se puede evitar la muerte por causas controlables, aunque sea en forma parcial. No obstante, los municipios que tienen red departamental (los más pequeños y/o no descentralizados) presentan una correlación positiva entre tamaño y muerte evitable, lo cual indicaría ineficacia de sus redes de servicios y un entorno con poco control de riesgos.

El Cuadro 23 confirma que las tasas de mortalidad encontradas con las cifras disponibles (incluido el subregistro), muestran que los municipios más grandes y/o descentralizados presentan las tasas más altas de mortalidad general y violenta, pero las más bajas en maternidad y en general en mortalidad evitable.

### 4.3. Evaluación del impacto del régimen subsidiado

#### 4.3.1. Análisis estadístico

Para efectuar el análisis del Cuadro 22 se han tomado los valores totales de los subsidios a la demanda asignados a cada municipio y se han establecido correlaciones con sus tasas de mortalidad (columna 1). Posteriormente se han desagregado las correlaciones, primero con los municipios que tienen red pública departamental (municipios no descentralizados en la columna 2) y después con los municipios que tienen red pública municipal (municipios descentralizados en la columna 3).

#### 4.3.2. El régimen subsidiado y la mortalidad general

Los municipios pequeños y medianos concentran el 75% de los subsidios a la demanda (ver Cuadro 19), pero al mismo tiempo sólo reúnen el 56% de la mortalidad general (ver Cuadro 4), lo cual explicaría que la correlación entre la mor-

**Cuadro 23: Matriz de tasas de mortalidad: Municipios descentralizados y no descentralizados**

MORTALIDAD	RED DPTAL.	RED MPAL.
M. general	M/PTd 0,3799039542%	M/PTm 0,4222163929%
M. violenta	MV/PT d 0,0885746%	MV/T m 0,1051958106%
M. materna	MM/PTd 0,00201618%	MM/PTm 0,0015611104%
M. evitable	ME/PT d 0,01948432%	ME/PTm 0,0132534437%



talidad general por tamaño de municipios y los subsidios a la demanda es negativa con el - 0,86%. Quiere decir esto que a medida que los municipios agrupan proporcionalmente menos muertes por causa general, esos mismos municipios presentan más concentración de subsidios a la demanda, o viceversa, a más subsidios menos muertes generales, sin que el hecho pruebe de por sí relaciones necesarias de causalidad.

La correlación negativa es más alta con el - 8,55% en los municipios con red departamental que agrupan el 28% de la población y el 34% de los subsidios. Allí de nuevo se cumple que a más subsidios menos muertes generales y viceversa. Pero dicha correlación negativa es más pequeña - 0,85% en los municipios descentralizados en los cuales los subsidios del 66% son proporcionalmente menores con respecto a la población agrupada 72%.

Como se sabe, los subsidios a la demanda se asignan más por razones de equidad y están focalizados más por pobreza y no tanto por el riesgo de muerte. Si bien la pobreza podría estar asociada a un mayor riesgo de morir, no siempre es así, pues hay causas de muerte externa que están asociadas a los grandes núcleos urbanos más desarrollados, más violentos y en ocasiones menos pobres. No obstante, el manejo eficaz de los subsidios debería disminuir el riesgo de muerte en el mediano y largo plazo, al menos cuando se trata de muertes evitables por los servicios y las políticas de salud.

#### **4.3.3. El régimen subsidiado y la mortalidad por violencia y accidentalidad**

Como se dijo en el numeral anterior los municipios pequeños y medianos concentran el 75% de los subsidios a la demanda (ver Cuadro 19) pero al mismo tiempo sólo reúnen el 55% de la mortalidad por violencia (ver Cuadro 4) de ello se esperaría que la correlación entre mortalidad violenta por tamaño de municipios y los subsidios a la demanda fuera negativa como en el caso anterior; sin embargo, esta tendencia sólo se manifiesta como tal en los municipios que, además de tener subsidios de demanda, poseen también una red pública descentralizada y allí entre los subsidios y la mortalidad violenta se produce una correlación negativa del - 0,84%. De esta manera a más subsidios menos muertes violentas o viceversa a más muertes violentas menos subsidios.

Pero esta tendencia (ver Cuadro 24) no se manifiesta así en los municipios en los cuales existe una red departamental. Al contrario, allí existe tendencia positiva en la correlación (con + 4,43%) entre subsidios por tamaño de municipio y la mortalidad violenta (es decir, a más mortalidad violenta más subsidios o viceversa), arrastrando el comportamiento general del país hacia esta tendencia, con una correlación positiva de + 0,76% entre mortalidad violenta y subsidios.

Dado que ambos grupos de municipios están asociados en forma contraria a la disponibilidad de los subsidios a

Cuadro 24: Matriz de correlaciones: Tasas de mortalidad y subsidios a la demanda por municipio

MORTALIDAD	1. NACIONAL	2. RED DPTAL.	3. RED MPAL.
M. general	RS y M/PT -0,86%	RS y MPTd -8,55%	RS y MPTm -0,85%
M. violenta	RS y MV/PT 0,76%	RS y MV/PTd 4,43%	RS y MV/PTm -0,84%
M. materna	RS y MM/PT 0,64%	RS y MM/PTd 4,32%	RS y MM/PTm 1,41%
M. evitable	RS y ME/PT 1,43%	RS y ME/PTd 8,52%	RS y ME/PTm 2,61%

la demanda, podría concluirse que la mortalidad violenta es totalmente independiente de la variación de los subsidios a la demanda.

#### 4.3.4. El régimen subsidiado y la mortalidad materna

El Cuadro 24 muestra que en todos los casos los subsidios a la demanda están asociados en forma positiva con la muerte materna. A más muerte materna más subsidios se asignan o viceversa a más subsidios a la demanda más muertes maternas se presentan. En el segundo sentido de la afirmación se podría estar indicando una ineficacia de los subsidios. En el primer sentido sencillamente aparece una asignación por equidad, dado que la muerte materna está asociada con la pobreza.

La correlación nacional de tendencia positiva, entre subsidios y mortalidad materna, es del 0,64%, pero ésta se multiplica por 7 cuando se establece sólo entre los municipios que poseen red departamental, y se multiplica sólo por 2 cuando la red está únicamente a cargo del municipio. Po-

dría concluirse que los subsidios a la demanda se asignan con equidad ante el caso de la mortalidad materna; pero que cuando están asociados con las redes municipales públicas descentralizadas, presentan resultados más eficaces en el control de este tipo de muertes prevenibles o evitables.

Efectivamente, los municipios con red propia agrupan el 72% de la población del país y presentan sólo el 66% de la mortalidad materna; en cambio los municipios con red departamental agrupan sólo el 28% de la población; no obstante, incluyen el 34% de la mortalidad materna.

#### 4.3.5. El régimen subsidiado y la mortalidad evitable

El Cuadro 24 muestra que en todos los casos los subsidios a la demanda están asociados en forma positiva con la mortalidad evitable (materna, perinatal, malaria, dengue, EDA, IRA). A más muerte evitable más subsidios se asignan o viceversa a más subsidios a la demanda más muertes evitables se presentan. En el segundo sentido de la

afirmación se podría indicar una ineficacia de los subsidios a la demanda, pero en el primer sentido sencillamente aparece una asignación por equidad, dado que la muerte evitable está asociada con la pobreza.

La correlación nacional de tendencia positiva, entre subsidios y mortalidad evitable, es del 1,43%, pero ésta se multiplica por 6 cuando se establece sólo entre los municipios que poseen red departamental y se multiplica sólo por 1.8 cuando la red está sólo a cargo del municipio. Podría concluirse que los subsidios a la demanda se asignan con equidad ante el caso de la mortalidad evitable; pero que cuando están asociados a las redes municipales presentan resultados más eficaces en el control de este tipo de muertes prevenibles.

En efecto, los municipios con red propia agrupan el 72% de la población del país y presentan proporciones menores de mortalidad en cada uno de los indicadores estudiados (ver Cuadro 25); en cambio los municipios con red departamental agrupan sólo el 28% de la población, pero incluyen proporciones superiores a su población de mortalidad evitable.

#### 4.3.6. La mortalidad y los subsidios en los municipios sembrados de coca

Se examinaron por separado 196 municipios sembrados con coca de un total 1098 que hay en el país, y se encontró que sus indicadores de mortalidad presentan, por lo general, una situación más crítica que en el conjunto del país.

La población agrupada en estos 196 municipios sembrados de coca equivale al 13% de los habitantes del país y en esa misma proporción se presenta la mortalidad general según datos del DANE (Ver Cuadro 26). Sin embargo, la composición de esa mortalidad no es igual a la del conjunto del país y se encuentra que en esos municipios sembrados de coca, pese a que agrupan el 13% de toda la población, reúnen el 16% de las muertes por causas externas de tipo accidental o de violencia. Podría afirmarse que los municipios sembrados de coca presentan factores de violencia y accidentalidad adicionales a los del conjunto del país.

Los 196 municipios sembrados de coca presentan indicadores de mortalidad

**Cuadro 25: Mortalidad evitable con redes municipales o departamentales**

	Población total	Muertes por malaria	Muerte por dengue	Muertes perinatales	Muertes por EDA	Muertes por IRA
Con redes municipales	72%	59%	69%	64%	57%	56%
Con redes departamentales	28%	41%	31%	36%	43%	44%

Fuente: SIVIGILA

**Cuadro 26: La mortalidad general y por violencia**

	POBLACIÓN	M. TOTAL	M. VIOLENTA
Municipios con coca	5.792.846	22.778	6.816
Total municipios	43.659.513	179.092	43.872
Porcentaje	13%	13%	16%

materna y perinatal superiores a la población agrupada. Es así que mientras su población equivale al 13% de la población del país, reúnen sin embargo, el 20% de la mortalidad materna y el 17% de la muerte perinatal (Ver cuadro 27).

Esta situación evidencia que estos municipios presentan mayores factores que favorecen la mortalidad materna y, al mismo tiempo, tienen deficiencias en la prestación de los servicios de salud, pues este tipo de mortalidad, la materna y perinatal, es por lo general evitable cuando se tiene una red de servicios realmente efectiva.

Quizás lo más interesante de analizar es el impacto que pudiera tener el ambiente en municipios sembrados con coca, teniendo en cuenta que estos cultivos ilícitos, por lo general, se establecen en zonas de colonización en donde las condiciones ambientales pueden influir negativamente en los estados de salud.

El Cuadro 28 muestra con claridad que en los 196 municipios sembrados con

coca, pese a agrupar el 13% de la población, reúnen el 33% de las muertes por malaria que se reportan en el país. En otras palabras, el 13% de la población presenta un tercio de la mortalidad por malaria.

Este hallazgo podría permitir el levantamiento de nuevas hipótesis sobre la expansión de esta enfermedad, pues el incremento de los indicadores de la prevalencia e incidencia de la malaria en la población durante los últimos quince años se asocia con la descentralización de los servicios de salud, a la implantación de la Ley 100 de 1993 e incluso a fenómenos naturales como la corriente del niño, y que hasta ahora no se había asociado a la expansión de los cultivos ilícitos.

No obstante lo dicho, los otros indicadores considerados no presentan una proporción tan elevada en estos municipios. La mortalidad por dengue y por IRA presenta indicadores por debajo de los promedios nacionales. Finalmente, la muerte por EDA sí presenta un indicador más alto que la población agrupada con el

**Cuadro 27: La mortalidad materna y perinatal**

	POBLACIÓN	M. MATERNA	M. PERINATAL
Municipios con coca	5.792.846	145	845
Total municipios	43.659.513	738	5.108
Porcentaje	13%	20%	17%

Cuadro 28: La mortalidad por factores ambientales

	POBLACIÓN	MALARIA	DENGUE	EDA	IRA
Municipios con coca	5.792.846	13	2	30	22
Total municipios	43.659.513	40	27	186	280
Porcentaje	13%	33%	7%	16%	8%

17%, similar a la muerte perinatal que es del 16%, lo cual indicaría deficiencia no sólo en las condiciones ambientales y de servicios públicos, sino en la calidad y eficacia de los servicios de salud.

Otro hallazgo importante de estos cuadros comparativos (Ver Cuadro 29) es la alta equidad y la baja eficacia de los subsidios a la demanda y los de la oferta manejados por los departamentos. Tal como puede observarse estos municipios presentan una proporción de subsidios a la demanda del 17% sobre el total nacional, superior a la población agrupada que es del 13%, lo cual revelaría equidad; más aún,

estos municipios sembrados con coca reciben el 34% de los subsidios a la oferta, manejados por los departamentos, lo cual también significaría asignación equitativa. Finalmente, hay que observar la poca presencia de los subsidios de oferta manejados por los municipios, los cuales sólo llegan al 11% del total asignado en el país.

Puede concluirse que equidad en la asignación de los subsidios no equivale a calidad y eficacia en el manejo de los mismos, pues en este grupo de municipios se manifiesta un alto beneficio de los subsidios e indicadores negativos de mortalidad evitable.

Cuadro 29: Los subsidios en los municipios sembrados con coca

	POBLACIÓN	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RED DEPTAL.	RED MUNICIPAL
		Monto	Monto	Monto
Municipios con coca	5.792.846	206.687.504.672	7.545.635.788	30.985.235.513
Total municipios	43.659.513	1.190.539.083.199	111.752.182.530	81.595.468.504
Porcentaje	13%	17%	34%	11%

## BIBLIOGRAFÍA

- CIE-10 de 6/67, *Causas de morbimortalidad*, basada en la lista 6/66 de OPS, Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia, *Ley 136 de 1994: La categorización de municipios*, reglamentada por los decretos 2796 de 1994 y 915 de 1997, Bogotá.
- Departamento Nacional de Estadística, DANE, *Defunciones por causa externa 1999*, Bogotá.
- Departamento Nacional de Estadística, DANE, *Estadísticas vitales año 2000*, Bogotá.
- Departamento Nacional de Planeación, *Documento CONPES 057: Sistema General de Participaciones*, Bogotá, 2002.
- Jaramillo P., Iván, *El futuro de la salud en Colombia - Ley 100 de 1993, cinco años después*, cuarta edición. FESCOL, FRB, FES, Fundación Corona. Bogotá, enero de 1999.
- Jaramillo Pérez, Iván, “¿Por qué no fluyen los recursos en el Régimen Subsidiado?” en *¿Ha mejorado el acceso a la salud?*, CID, Universidad Nacional, Bogotá, 2002.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica, SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, “Mortalidad por causas evitables reportados por municipio en 39 semanas del año 2002” , *Boletín Epidemiológico*, número 41, octubre, 2002.

**ANEXO 1****LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 (BASADA EN LA LISTA 6/66 DE OPS)  
AÑO 2000 Cifras preliminares**

<b>LISTA 6/67 CIE X(BASADA EN LISTA 6/66 DE OPS)</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>CAUSAS DE DEFUNCIONES</b>
102	Tuberculosis, inclusive secuelas
103	Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia
104	Ciertas enfermedades prevenibles por vacunas
105	Meningitis
106	Septicemia
107	Infección con modo de transmisión predominantemente sexual
108	Enfermedad por el VIH/SIDA
109	Infecciones respiratorias agudas
110	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias
201	Tumor maligno del estómago
202	Tumor maligno del colon
203	Tumor maligno de orígenes digestivos y peritoneo, Excl. de estómago y colon
204	Tumor maligno hígado y vías biliares
205	Tumor maligno del páncreas
206	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón
208	Tumor maligno de la mama
209	Tumor maligno del útero
211	Tumor maligno otros órganos genitourinarios
212	Tumor maligno tejido linfático, órgano hematopoyético y tejidos afines
213	Residuo de tumores malignos
214	Carcinoma <i>in - situ</i> , tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido

302	Enfermedades hipertensivas
303	Enfermedades isquémicas del corazón
304	Enfermedades cardiopulmonares, de la circulación pulmonar y otras enfermedades corazón
306	Insuficiencia cardiaca
307	Enfermedades cerebrovasculares
309	Resto de enfermedades del sistema circulatorio
401	Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas
402	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y trauma en el nacimiento
403	Retardo crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer, gestación corta
404	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal
405	Sepsis bacteriana del recién nacido
406	Enfermedades hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus
407	Otras afecciones originadas en el período perinatal
501	Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas
502	Otros accidentes de transporte y los no esperados, inclusive secuelas
503	Caídas
505	Accidentes causados por disparo de armas de fuego
506	Ahogamiento y sumersión accidentales
507	Exposición al humo, fuego y llamas
508	Envenenamiento accidental, y exposición a sustancias nocivas
510	Otros accidentes, inclusive secuelas
511	Lesiones autoinflingidas intencionales (suicidios), inclusive secuelas
512	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas
513	Intervención legal y operación de guerra, inclusive secuelas
514	Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas
601	Diabetes Mellitus



602	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales
604	Enfermedades sistema nervioso, excepto Meningitis
605	Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores
607	Enfermedades del pulmón debido a factores externos
608	Otras enfermedades respiratorias
609	Apendicitis, hernia cavidad abdominal, obstrucción intestinal
610	Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis
611	Otras enfermedades sistema digestivo
612	Enfermedades sistema urinario
613	Hiperplasia de la próstata
614	Embarazo, parto y puerperio
615	Malformaciones congénitas, deformidad y anomalías cromosómicas
616	Residuo
700	Síntomas, signos y afecciones mal definidas

Fuente: DANE-Estadísticas Vitales

**ANEXO 2****DEFUNCIONES POR CAUSA EXTERNA****LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 (BASADA EN LA LISTA 6/66 DE OPS)****AÑO 1999**

501	Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas
502	Otros accidentes de transporte y los no esperados, inclusive secuelas
503	Caidas
504	Accidentes causados por máquinas y por instrumentos cortantes/punzantes
505	Accidentes causados por disparo de armas de fuego
506	Ahogamiento y sumersión accidentales
507	Exposición al humo, fuego y llamas
508	Envenenamiento accidental, y exposición a sustancias nocivas
509	Complicación de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas
510	Otros accidentes, inclusive secuelas
511	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas
512	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas
513	Intervención legal y operaciones de guerra, inclusive secuelas
514	Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas

### ANEXO 3

#### Informe de mortalidad por causas evitables en Colombia 2002

#### SIVIGILA INS-BOLETÍN 41

#### Resumen

De los 1098 municipios que conforman el territorio nacional, se notificaron a través del SIVIGILA los siguientes datos:

- \* 20 muertes por dengue.
- \* 20 muertes por malaria. En Nariño, Cauca y Chocó se ubica el mayor número de muertes por esta causa.
- \* 73 muertes por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años. Es importante resaltar que de los 23 municipios del departamento del Atlántico, 11 han notificado muertes por esta causa, y de éstos, seis tienen una tasa de mortalidad por encima del percentil 75 nacional (57,07 por cada 100.000 menores de 5 años). En Caquetá, de 16 municipios, siete han notificado muertes por EDA en menores de cinco años. En Vichada, de cuatro municipios, dos han notificado muertes por esta misma causa. El municipio de San Eduardo (Boyacá) tiene la tasa de mortalidad más alta del país (434,78) por esta causa.
- \* 78 muertes por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años. De la totalidad de municipios, 20 tienen tasas de mortalidad por encima del per-

centil 75 nacional (75,21 por cada 100.000 menores de 5 años). Es de resaltar que en Santander, de los cinco municipios que han notificado muertes por IRA, cuatro tienen tasas de mortalidad por encima del percentil 75 nacional (75,21 por cada 100.000 menores de 5 años). El municipio de Caruru (Vaupés) tiene la tasa de mortalidad más alta del país (299,40) por esta causa.

- \* 126 muertes maternas. De la totalidad de municipios, 32 tienen una tasa de mortalidad por encima del percentil 75 nacional (2,12 por cada 1.000 nacidos vivos).
- \* 578 muertes perinatales hasta la semana epidemiológica 39 del presente año. De la totalidad de municipios, 145 presentan tasas de mortalidad por encima del percentil 75 nacional (6,53 por cada 1.000 nacidos vivos).

#### Discusión

Debe tenerse en cuenta que si bien la notificación de muertes por causas evitables a través del SIVIGILA se ha generado por un esfuerzo de los departamentos con el objetivo de tener información sobre la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud, el sistema aún adolece de grandes debilidades.

Infortunadamente, la gran mayoría de los departamentos no ha realizado un análisis serio de dichos eventos tanto en el ámbito departamental como en el municipal. Hasta 1999, entre el SIVIGILA y las

estadísticas vitales del DANE se presentó un enorme subregistro, situación que ha llevado a evaluar la forma en que se deberían seguir vigilando tales eventos. Sin embargo, más allá de eso, los datos con los que cuenta el SIVIGILA deberían permitir a los departamentos conocer la situación municipal y enfocar así las actividades necesarias para impactar en la reducción de estos indicadores.

Por lo general, se observa que a través del Plan de Atención Básica (PAB) se formulan proyectos en pro de la mujer y la infancia. No obstante, valdría la pena preguntarse si estos proyectos se han concebido con un enfoque de riesgo, es decir, evaluando cada escenario municipal y las soluciones que se adecuen a esa realidad. Asimismo, con la participación de la comunidad y de los responsables dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud de esa jurisdicción.

Los datos que se presenten al sistema deben brindar una herramienta a los departamentos para evaluar la situación de la realidad local. Es necesario que las direcciones locales de salud sean participantes activos en el proceso de análisis de información, pues en esta etapa es donde se deben tomar los correctivos. Es una tarea fundamental de los departamentos realizar asistencia técnica y seguimiento a las actividades locales. Sólo a través de este nivel territorial, se pueden complementar actividades y fortalecer la gestión local, de lo contrario, algunos municipios seguirán esperando a que el departamento o la na-

ción sean quienes asuman sus responsabilidades en salud pública.

Teniendo en cuenta que la información es necesaria para enfocar actividades, es importante:

- \* Crear o reactivar los comités de estadísticas vitales en los departamentos y los grupos de estadísticas vitales en los municipios.
- \* A través de estos comités, generar un espacio en el cual se analice la situación local, y con la participación intersectorial e interinstitucional se generen proyectos que respondan a la problemática de mortalidad en cada jurisdicción.
- \* Incentivar el registro del 100% de muertes en el ámbito local y la participación de la comunidad en la notificación de muertes no registradas.
- \* Es necesario desarrollar proyectos de investigación que permitan profundizar el conocimiento de factores determinantes de la ocurrencia de muertes en el nivel local.

**PROPUESTAS DE POLÍTICA PÚBLICA PARA EL SECTOR SALUD EN BENEFICIO DE LOS MUNICIPIOS PEQUEÑOS, POBRES Y ALEJADOS**

**1. Hacia una reforma del régimen subsidiado de salud**

La creación del régimen subsidiado de salud es sin duda un gran logro. En la actualidad agrupa a 11,7 millones de personas pobres que tienen garantizado el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, hay problemas que pueden ser corregidos. Estos cambios implican adicionar y modificar las leyes 100 de 1993 y 715 de 2001. Entre los problemas del sector se encuentran:

- a. La no democratización de las ARS:  
Las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) se han convertido en intermediarias con ánimo de lucro, incluso las cooperativas y mutuales por lo general son estructuras de segundo orden que impiden la participación directa de los afiliados. El ánimo de lucro convierte a las ARS en retenedoras de recursos y en negadoras de servicios a la comunidad para poder salvaguardar su rentabilidad.
- b. Las moras en los pagos:  
Como consecuencia de lo anterior, los hospitales, profesionales y prestadores de servicios se quejan de las moras en los pagos, hasta tal punto que quienes prestan los servicios se han convertido

en prestamistas o financiadores del sistema, cuando en realidad debería ser al contrario.

Como correctivos se propone:

- a. Cambiar el régimen de propiedad y dirección de las ARS:  
Que las ARS se conviertan en entidades cuyos reales propietarios sean los afiliados y los prestadores de los servicios. Quizás lo más adecuado sea que los afiliados sean los propietarios del 51% del patrimonio y que participen en forma directa del poder de decisión, y que los hospitales, profesionales y otros prestadores sean propietarios directos del 49% del patrimonio y del poder de decisión real. No se niega el interés del lucro, pero sí se cambia el beneficiario del lucro.
- b. Establecer un sistema de anticipos:  
Que las ARS otorguen anticipos a los hospitales profesionales y otros proveedores para que éstos financien cómodamente la prestación de los servicios, de tal forma que mensualmente reciban un pago por parte de las ARS, quizás del 60% de los servicios estimados que se prestarán en el mes y después, con la debida presentación de facturas, reciban el 40% restante.
- c. Sustituir los subsidios de oferta:  
En la actualidad los hospitales públicos deben recibir los denominados subsidios de oferta para atender a la población no asegurada, estos subsidios equivalen a un 40% del gasto público

en salud. Se propone que los hospitales que acepten ser socios de las ARS y que reciban anticipos, renuncien progresivamente a los subsidios de oferta con el fin de utilizar esos recursos en la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado.

## **2. Autorizar y simplificar el funcionamiento de los hospitales en los municipios pequeños**

La Ley 100 de 1993 creó la figura de las Empresas Sociales del Estado (ESE) como la estructura jurídica para operar los hospitales en forma más eficiente y competitiva. Infortunadamente, la norma estableció requisitos administrativos muy útiles en los grandes hospitales, pero que resultan muy costosos de cumplir en los hospitales pequeños y del primer nivel de atención.

Posteriormente, los decretos que regulan los requisitos esenciales para garantizar la calidad de los hospitales, establecieron requisitos muy difíciles y costosos de cumplir en los hospitales pequeños, pobres y apartados.

La Ley 100 y sus decretos reglamentarios exigieron la nivelación salarial de todos los cargos para la totalidad de los hospitales del país, obligando a pagar iguales escalas salariales en los municipios pequeños y en las capitales. Esta situación se tradujo en un sobre costo imposible de ser sufragado por los municipios con menores niveles poblacionales y de recursos.

Finalmente, la Ley 715 prohibió la

operación de redes de servicios públicos de primer nivel en municipios que no habían logrado certificarse en el año 2001. No obstante, en muchos de los 500 municipios no certificados aún operan irregularmente hospitales y puestos de salud que no han sido recibidos por los departamentos según lo exigía la ley; en otros municipios muchos centros y hospitales se debieron cerrar.

Por cualquiera de estas razones, se ha vuelto imposible que en los municipios pequeños opere una red de servicios pública; condición que se empeora cuando el sector privado no encuentra rentable garantizar servicios de salud en esas localidades.

Esta situación amerita una intervención que genere un cambio normativo en beneficio de las redes públicas de los municipios pequeños pobres y marginados, lo cual implica:

- a. Autorizar redes públicas en municipios pequeños:  
Demandar el artículo de la Ley 715 que impide poner en funcionamiento redes públicas de primer nivel de atención.
- b. Simplificar las normas de las ESE para municipios pequeños:  
Simplificar por medio de leyes y decretos, las normas administrativas de las Empresas Sociales del Estado para los municipios pequeños.
- c. Simplificar requisitos esenciales para municipios pequeños:  
Simplificar por medio de decretos, los

requisitos técnicos esenciales para que operen las redes de servicios en los hospitales de los municipios pequeños.

d. Flexibilizar escalas salariales y crear incentivos:

Modificar, por medio de leyes y decretos, la nivelación salarial y conseguir la derogación de las escalas salariales únicas en el país, dejando flexibilidad en los municipios pequeños, pobres y aislados. A cambio se debe generar un sistema de estímulos económicos por productividad y de incentivos sociales para los profesionales y empleados que presten sus servicios en este tipo de municipios.





## COMENTARIO AL ARTÍCULO DE IVÁN JARAMILLO PÉREZ:

La salud en la “Otra Colombia”: El contraste en los estados de salud, la seguridad social y la prestación de servicios en las dos Colombias

JOHN MARULANDA\*

El estudio presentado por el profesor Jaramillo busca identificar aciertos y debilidades de la política en salud, según tipo de municipio, a partir de un análisis comparativo de la equidad en la distribución de recursos. Para ello aproxima la equidad y la eficacia de los servicios de salud a la medición proporcional de los logros de las asignaciones en salud a la neutralización de las muertes por enfermedades evitables a nivel local; es decir, identifica equidad con la compensación de recursos necesaria para disminuir una desigualdad en los determinantes o factores causales de muertes evitables a nivel municipal.

El estudio, a pesar de los problemas metodológicos que presenta, es de notable interés, no sólo por el profundo conocimiento del autor sobre los temas de descentralización y salud (dentro y fuera del país; toda vez que ha sido de larga data protagonista de los mismos), sino también, en la medida que aborda temáticas como

las propuestas de política pública y el momento de reforma de la seguridad social que actualmente vivimos (Proyecto de Ley 180 de 2004, Senado). A continuación presento algunos comentarios a los elementos conceptuales más relevantes del trabajo, sobre los cuales se soportan las propuestas de política pública; pues, un análisis sobre los resultados cuantitativos, dados los problemas metodológicos que presentan, me obligaría a una reinterpretación de la realidad que conozco mucho menos que el autor. Para el desarrollo de los comentarios trataré de ir de lo más general a lo más específico, partiendo del concepto mismo de equidad e ir encadenando las reflexiones hasta llegar al punto de las propuestas de política pública, relacionadas con nuevos arreglos organizacionales como solución a los problemas de equidad en la distribución local de recursos. Sobre la parte final hago comentarios a la metodología empleada.

---

Médico Cirujano de la Universidad Pontificia Bolivariana. Especialista en Medicina Nuclear de la Universidad Pontificia Javeriana. Magíster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de la Universidad de Barcelona y Pompeu Fabra. Docente del seminario de Política Pública en Salud de la Universidad Externado de Colombia.

## COMENTARIOS A LOS PRINCIPALES CONCEPTOS DESARROLLADOS

Siguiendo esta línea, en primer término, el autor desarrolla por lo menos tres conceptos principales para el estudio. En primer lugar habla sobre la equidad como un problema de desigualdad sobre la base de la heterogeneidad de condiciones materiales de los municipios y presencia de factores que afectan la salud. Segundo, la financiación en salud, desde una perspectiva de asignación a una red pública de prestadores que debe compensar las desigualdades locales a través de una mezcla de subsidios de oferta y demanda (relación público - privada). Finalmente, el papel y la gestión de lo “local” en la salud, bajo una perspectiva de riesgo. Posteriormente, pasa a una serie de propuestas de política desde donde pondera y viabiliza, tal vez el aspecto más importante del estudio, nuevas formas de organización industrial, más democráticas y cercanas al ciudadano, de la provisión de servicios de salud. Esto, mediante la cooperativización (integración) comunal de las funciones de compra y prestación de servicios de salud en los municipios.

Sobre el primer concepto de equidad establece una definición operativa que no dice mucho sobre la concepción propia del sistema de salud. La importancia de este punto no es meramente filosófica como idea de justicia social, pues a partir de aquí pueden entenderse tanto las fallas del siste-

ma como la viabilidad institucional de las propuestas de política que se hacen. En este sentido, debe tomarse en cuenta el énfasis que le da el profesor Jorge Iván González<sup>1</sup> al problema de la equidad: “Últimamente se han intensificado las críticas a la Ley 100. La mayoría de los argumentos insisten en los problemas administrativos y en las trabas financieras. Junto con estos temas que sin duda son importantes, debería examinarse un aspecto más sustantivo: las limitaciones de los principios de aseguramiento y solidaridad, y la necesidad de introducir un principio de equidad”; pues en ausencia de éste, perdurarán, aún en esquemas más democratizados, o por esta misma razón, los mecanismos por los cuales el sistema de salud, con más o menos mercado, reproduce sus fallas. Es decir, el concepto de equidad no sólo es sustantivo en términos de norma, sino también en términos de los arreglos institucionales que determinan la entrega final de bienes públicos. Así, por ejemplo, nuestra constitución, al menos en sus artículos 48 y 49 sobre salud y seguridad social, define un esquema de principios “rawlsianos” de justicia, como garantía de medios que supone unas consecuencias justas (beneficios) de la distribución de los recursos correspondientes. En esta forma, puede entenderse que en una realidad material e idiosincrática tan heterogénea el sistema de salud no presente los ajustes necesarios para mejorar esta distribución y, además, sobre esta base, que cual-

1. Conferencia presentada con motivo del acto de presentación del No. 1 de la *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, el 28 de febrero del 2002 en el Auditorio Luis Carlos Galán, Universidad Javeriana.

quier esquema local, participativo o no, tenderá por este motivo a generar tensiones entre una democracia local posiblemente consecuencialista y una central, basada en medios y beneficios. Más específicamente, propende a generar tensiones sobre el encuadre regulatorio vía asignación central y distribución local.

Como conclusión a este primer aspecto, puede decirse que la equidad, además de ser variable dependiente o explicada, también es principio tanto como resultado.

En relación con el segundo concepto, la financiación en salud, estas tensiones asignación - distribución tampoco serían solucionadas completamente por los instrumentos de focalización como el SIS-BEN; pues a pesar de estar más cercano a la idea de “necesidad” (suponiendo mantener un modelo de aseguramiento, el cual se encuentra fundamentado en los conceptos de riesgo y renta), provocaría ajustes permanentes sobre los criterios patrimoniales de necesidades básicas insatisfechas en la identificación de usuarios (siempre sobraría alguien que debería estar afiliado y que finalmente es atendido por el único hospital y ARS locales con subsidios a la demanda que no lo reconocen). Sin embargo, debe aceptarse que fuera del esquema de aseguramiento con intermediación, este instrumento sería invaluable frente a las propuestas democráticas que hace el profesor Jaramillo a nivel local, pues tendería un puente eficiente, equitativo y transparente entre las asigna-

ciones locales y la distribución y gestión local de recursos. Lo que insinuó en este punto es que después del principio de equidad, esquemas de asignación y distribución más justos, donde la comunidad coparticipe de las decisiones y los servicios, requerirían considerar la continuidad de un esquema de aseguramiento como lo conocemos, o reevaluar el instrumento de focalización para considerar aspectos de ingreso en los subsidios a la demanda.

Lo anterior se engancha con la idea de gestión local de la salud con base en escenarios de riesgo, que no es otra cosa que priorizar la focalización, dejando posiblemente por fuera parte de los ciudadanos que participan y deciden, pero sobre una diferenciación sobre quién recibe qué y cuánto a nivel local. En general, me atrevo a decir que la viabilidad democrática de estas propuestas de mejora de la equidad a nivel local, con esquemas de participación y representación ciudadana, además de los peligros inherentes de politización, conllevan ideas de universalización, sobre todo en aquellos municipios donde se presentan monopolios geográficos (en realidad monopolios bilaterales: un prestador y un comprador). Dicho de otro modo, pareciera que las banderas neoliberales de democracia y mercado no podrían seguir funcionando, o al menos no podrían forzarse tanto, como para permitir en este tipo de municipios esquemas viables: COMUNIDAD + ARS + HOSPITAL.

Con esto llego al punto que me parece de mayor interés: las propuestas de cam-

bio de titularidad de las ARS a nivel local, y sobre el cual ya existe evidencia empírica impulsada por el mismo autor. A mi parecer estas experiencias son en realidad valiosas, pero por ello no necesariamente generalizables como esquema institucional nacional, el cual trata de mediar la dotificación público-privada a nivel local a través de la participación ciudadana. Es decir, recomponer el sistema de salud sin abandonar la idea de aseguramiento. Sin conocer el estudio de estas experiencias por disciplinas sociales distintas a la economía, debo decir que los mecanismos de gobierno de las transacciones, distintos al mercado y la jerarquía, al menos desde un punto de vista neoinstitucional, como lo son los “mecanismos de clanes” (como muy bien señalan algunos autores, Barney y Ouchi, 1984; Imai y Itami, 1984. Las soluciones posibles al problema del gobierno de una transacción admiten una variedad mayor que la que refleja la dicotomía anterior). Sostienen que el conflicto de intereses que hay en toda transacción puede resolverse mediante la negociación, o sea el mercado, o la burocracia, que sería la empresa, y el clan, que se daría cuando por encima de intereses particulares prevalecieran unos intereses generales en los cuales participarán todos los involucrados.

Es decir, son formas de organización viables, donde el entorno cultural e idiosincrásico son suficientemente homogéneos en términos de valores y principios

como para establecer desde éstos, de manera continua, justa y eficiente, un control y gobierno a las transacciones que se suceden bajo la tutela de los ciudadanos que promueven, gestionan y controlan la distribución de bienes públicos. Máxime cuando éstos no cumplen de manera purista con los predicados de no rivalidad y no exclusión. Ahora observemos algunos aportes al problema de la organización industrial desde el neoinstitucionalismo, mirando la conformación cooperativa en salud y sus problemas. A continuación, sobre una traducción personal, cito a Serra Ramoneda<sup>2</sup> en los siguientes apartes:

“... el hospital [...] es una organización de profesionales, es decir, su mano de obra se compone mayoritariamente de trabajadores con un control importante del proceso de trabajo. Los conocimientos específicos que poseen estos profesionales les permiten supervisar y controlar mejor que los capitalistas el funcionamiento del hospital, sobre todo con respecto a su *output*. Muchos de ellos tienen, además, contactos directos con los pacientes, cosa que les suministra un *feedback* de información útil para evaluar el funcionamiento del centro. Parece, pues, que los que aportan este importante capital humano, como son los conocimientos médicos, tendrían que ser los que asumieran el papel de propietarios. Eso tenderá a suceder cuando el capital humano sea importante en la producción de algún *output* y cuando el flu-

2. Els models d'organització sanitària”. López i Casasnovas, Guillem. Anàlisi Econòmica de la Sanitat, p. 243-259. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona - 1994.

jo de servicios de este capital humano no pueda ser bien dirigido desde el exterior, pero, en cambio, está bien controlado para la persona en quien el capital está incorporado” (Pauly y Redisch, 1973).

¿Cómo es que entonces hay tan pocos grandes hospitales organizados como cooperativas de médicos? Es cierto que existen clínicas especializadas, normalmente de dimensiones reducidas, propiedad de profesionales de la medicina. Pero éste no es el caso de los grandes centros. La causa de la situación es doble. En primer lugar, porque a menudo la cooperación entre los diferentes especialistas que un gran hospital requiere dista mucho de ser perfecta. Nuevamente Pauly y Redisch (1973) exponen con claridad la situación:

Individualmente el médico puede tener de hecho el control directo sobre el proceso de producción de los servicios [...] Eso contrasta con una cooperativa de producción que, se puede presumir, una dirección central es más capaz de evitar comportamientos individualistas.

Existen, además, intereses contrapuestos entre los diferentes especialistas a la hora de distribuirse el excedente. Los radiólogos, por ejemplo, pueden reclamar una fracción más importante del excedente en perjuicio de los cirujanos, por ejemplo. Es sabido que para que una cooperativa de trabajo asociado pueda funcionar sin grandes inconvenientes hace falta que exista bastante homogeneidad entre las tareas que se llevan a cabo en el suyo y que el número de socios no sea excesivo. La segunda razón es

la dificultad de encontrar capital, precisamente por los inconvenientes que se oponen a la asunción del riesgo por parte de los médicos, que hacen que éste se traslade a los que aportan capital. De aquí que, incluso en los Estados Unidos, existan HMO, más concretamente centros de asistencia primaria, organizados como *partnerships*. Sin embargo, no sucede lo mismo con los grandes hospitales. Éstos requieren mucho de capital, cosa que no pasa con aquéllos”.

#### COMENTARIOS A LA METODOLOGÍA

El estudio, sin embargo, presenta algunos problemas metodológicos en su desarrollo; primero, las fuentes emplean tiempos distintos; segundo, se parte de agrupaciones de municipios hasta cierto punto arbitrarias, pues recategoriza los municipios en grandes, medianos y pequeños sin consideraciones adicionales de comparabilidad que bien pueden tratarse mediante técnicas econométricas de agrupación. Tercero, establece una serie de correlaciones no significativas como apoyo argumental al desarrollo de las hipótesis (ver recuadro con análisis hechos por Axel Arcila, economista). Adicionalmente, muy posiblemente por problemas de información, debieran mencionarse índices de desigualdad como el Theil, más apropiado que el de Gini para estos casos. Finalmente, hasta cierto punto se trato de establecer una función de producción en salud, cuyos problemas de medición y estimación son considerables para este tipo de trabajos.

### TEST T PARA LA SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE LAS CORRELACIONES

Para el análisis de la significancia de cada una de las correlaciones se emplea el siguiente test:

$$t = \left( \frac{n-2}{\sqrt{1-r^2}} \right)^r$$

Dicho estadístico se distribuye como una t –student con n-2 grados de libertad bajo la hipótesis nula que la correlación es nula.

Del análisis se encuentra que sólo la correlación en negrilla es significativa.

CORRELACIONES	Coefficiente de correlación	R-2
Tasa de mortalidad general a población municipal	1,16%	0,013%
Tasa de mortalidad violenta a población municipal	1,88%	0,035%
Tasa mortalidad materna a población municipal	-0,27%	0,0007%
Tasa de mortalidad evitable a población municipal	-0,31%	0,0010%

Mortalidad	1. Nacional	2. Red Dptal.	3. Red Mpal.
M. general	PT y M/PT 1,16%	PT y M/PTd -1,38%	PT y M/PTm 0,87%
M. violenta	PT y MV/T 1,88%	PT y MV/T d 6,36%	PT y MV/T m 0,50%
M. materna	PT y MM/PT -0,27%	PT y MM/PTd 1,91%	PT y MM/PTm 0,25%
M. evitable	PT y ME/PT -0,31%	PT y ME/PT d <b>7,76%</b>	PT y ME/PTm -0,05%

Población total y tasa de mortalidad evitable

Mortalidad	1. Red Dptal.	2. Red Mpal.
M. general	M/PTd 0,3799039542%	M/PTm 0,4222163929%
M. violenta	MV/PTd 0,0885746%	MV/T m 0,1051958106%
M. materna	MM/PTd 0,00201618%	MM/PTm 0,0015611104%
M. evitable	ME/PTd 0,01948432%	ME/PTm 0,0132534437%

Mortalidad	1. Nacional	2. Red Dptal.	3. Red Mpal.
M. general	RS y M/PT -0,86%	RS y MPTd -8,55%	RS y MPTm -0,85%
M. violenta	RS y MV/PT 0,76%	RS y MV/PTd 4,43%	RS y MV/PTm -0,84%
M. materna	RS y MM/PT 0,64%	RS y MM/PTd 4,32%	RS y MM/PTm 1,41%
M. evitable	RS y ME/PT 1,43%	RS y ME/PTd <b>8,52%</b>	RS y ME/PTm 2,61%

Tasa de mortalidad total y régimen subsidiado en municipios no certificados

Tasa de mortalidad evitable y régimen subsidiado en municipios no certificados

