

EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIÓN EN SALUD DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD ATLÁNTICO, PARA DETERMINAR LA EFICIENCIA DEL USO DE RECURSOS 2016 - 2019



**Escuela Superior de
Administración Pública**

ZEIDER MACHADO ARIAS

**INFORME FINAL DE CONSULTORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER EN ADMINISTRACION PÚBLICA**

DOCENTE TUTOR: JAIRO VARGAS LEÓN

**ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESAP
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MANIZALES – COLOMBIA
2020-2021**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	4
INTRODUCCIÓN	6
1. MARCO DE REFERENCIA	8
1.1. Estado del arte	8
1.2. Marco Conceptual	17
1.3. Marco Jurídico y Competencias Institucionales	22
2. ENFOQUE METODOLÓGICO, INSTRUMENTOS Y MÉTODOS APLICADOS EN EL DESARROLLO DE LA CONSULTORÍA	25
2.1. Metodología	25
2.2. Fuentes de Información utilizadas	26
3. APLICACIÓN METODOLÓGICA Y RESULTADOS	29
3.1. Tipo de investigación	29
3.2. Enfoque de investigación	30
3.3. Método de investigación	30
3.4. Técnicas de recolección de datos	31
3.5. Diagnóstico	32
3.6. Resultados	42
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
4.1. Conclusiones	59
4.2. Recomendaciones	61
REFERENCIAS	62
ANEXO	70

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Cobertura Salud Soledad 2008-2011	39
Cuadro 2. Distribución de los recursos: Inversión Salud Soledad 2012-2015	39
Cuadro 3. Capacidad disponible ESE Soledad 2012	40
Cuadro 4. Distribución total recursos SGP Salud 2016-2019.....	43
Cuadro 5. Distribución recursos SGP 2016-2019.....	44
Cuadro 6. Cobertura Régimen Subsidiado 2016.....	45
Cuadro 7. Cobertura Régimen Subsidiado 2017.....	45
Cuadro 8. Cobertura Régimen Subsidiado 2018.....	45
Cuadro 9. Cobertura Régimen Subsidiado 2019.....	46
Cuadro 10. Descripción hallazgos SGP Salud informe auditoria CGR 2017.....	47
Cuadro 11. No. Afiliados y cobertura régimen subsidiado 2016-2019	50
Cuadro 12. No. Biológicos aplicados 2016-2019	51
Cuadro 13. Muestra de acciones de salud pública	52
Cuadro 14. Calificación de cumplimiento de requisitos legales 2016-2019	54
Cuadro 15. Cumplimiento anual de requisitos legales 2016-2019	55
Cuadro 16. Cobertura Salud 2016-2019	56
Cuadro 17. Cobertura Vacunación Pentavalente	56
Cuadro 18. Tasa Mortalidad Infantil 2016-2019	57

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Mapa Red De Atención de la E.S.E. Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad	36
Ilustración 2. Distancia Centro de Salud Familiar Manuela Beltrán a la ESE Hospital Juan Domínguez Romero de Soledad	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Comparación cobertura salud	41
Gráfico 2. Distribución de los recursos del SGP en Salud	43
Gráfico 3. Cobertura total de salud Soledad 2008-2019.....	49

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Comparación cobertura salud	71
--	----

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación-consultoría se centra en el municipio de Soledad, Atlántico –cuya población es de 665.535 habitantes según el censo del DANE de 2018– en el transcurso de las vigencias de 2016 a 2019. Esto con el fin de evaluar los resultados de la distribución y ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) destinados al sector de la salud durante la administración del exalcalde Joao Herrera Iranzo. Determinar la eficiencia de la inversión de proyectos ejecutados con los recursos del SGP en salud frente a los indicadores de gestión y medición del desempeño en el municipio de Soledad.

Teniendo en cuenta: por un lado, que la medición evaluación del desempeño y respectiva aplicación de los recursos de transferencias del SGP designados a los municipios, ha cobrado mayor importancia por parte del gobierno nacional, la academia y la ciudadanía, aún más si se trata de los recursos asignados para los sectores de salud y educación; por el otro, que Soledad ha sido epicentro y víctima de corrupción e ineficiencia en el uso y distribución de los recursos del Sistema General de Particiones, además de la cooptación y captura de las rentas conferidas a la salud a manos de grupos al margen de la ley en complicidad o ejerciendo control sobre algunos gobernantes de turno.

Factores que si bien se ha dado en períodos anteriores al lapso señalado –2016-2019–, han derivado en una crisis de salud que contribuye al desbordamiento –con creces– de la capacidad institucional del municipio y, por ende, colapse el sistema de salud actual de Soledad. A lo cual, se le añade el aumento excesivo de la población debido a: el incremento en la tasa de natalidad, la recepción de personas en situación de desplazamiento, víctimas de violencia, la inserción de desmovilizados de grupos al margen de la ley y la llegada masiva de inmigrantes venezolanos. Dichos aspectos o la situación en sí podrían acarrear y/o significar una problemática de gran envergadura en materia de salubridad y más riesgos de los que ya materializados.

Con base en lo anterior, se observó pertinente evaluar los resultados de la ejecución de los recursos del Sistema General de Participación (SGP) en el sector de la salud asignados al municipio de Soledad en los años previamente señalados (2016-2019) a fin de determinar el nivel de eficiencia en la distribución y ejecución de dichos recursos acorde con su destinación

para la prevención, atención y la prestación oportuna de los servicios de salud a los habitantes del municipio a través de la red hospitalaria, la infraestructura y las unidades de salud de Soledad en contraste con la disposición contemplada en el plan de desarrollo territorial del municipio 2016-2019.

A partir de lo cual, se formuló el interrogante ¿fue o no eficiente el uso y distribución de los recursos asignados por el Sistema General de Participación (SGP) en salud al municipio de Soledad, Atlántico en las vigencias 2016-2019? en torno al cual se encontró que, los recursos de transferencias del SGP en salud asignados al municipio aumentaron año con año como dicta el Acto legislativo 04 de 2007 y distribuidos en: 1. régimen subsidiado, el cual registró un crecimiento progresivo en el número de afiliados al régimen subsidiado a excepción de la vigencia de 2017; 2. salud pública, cuya asignación fue ejecutada en al menos un 96,96% con algunos hallazgos con incidencia disciplinaria sin afectación al erario; y, 3. subsidio a la oferta, la administración cumplió con la normatividad. Asimismo, se encontró que el municipio obtuvo calificaciones de incumplimiento mediano (2016), bajo (2017) y cumplimiento óptimo (2018 y 2019), respecto a los requisitos legales, lo que indica que, Soledad presentó diferencias bajas y medianas en la incorporación lo asignado.

Finalmente, si bien el municipio presenta problemas en relación con el sistema de salud, como la infraestructura de los centros de salud, las provisiones e insumos para la atención y prestación de los servicios básicos de salud, en las vigencias 2016-2019 bajo la administración del exalcalde Joao Herrera, Soledad no solo cumplió con la normativa de conformidad a la ley 715 de 2001 y demás lineamientos aplicables, sino que, alcanzó los mayores porcentajes de eficiencia en la ejecución de los recursos del SGP en salud, con base en los ingresos e inversión de estos en cada subcomponente de salud.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación-consultoría parte del propósito de evaluar los resultados del Sistema General de Participaciones (SGP) en el sector salud, para determinar si fue o no eficiente la utilización de los recursos en los subcomponentes de salud en el municipio de Soledad Atlántico en las vigencias 2016-2019, bajo la administración del exalcalde Joao Herrera Iranzo. Se trata de una investigación de tipo descriptiva, cuyo objeto es describir la evaluación de los resultados de la ejecución de los recursos SGP; con enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo) al tener información documental y estadística con porcentajes sobre la distribución de recursos en salud a través del SGP y método de investigación analítico.

Ahora bien, el texto se encuentra dividido en cinco partes. En el primer apartado se ubica el diagnóstico, en el cual, se describe la situación problemática del objeto de estudio: los resultados de los recursos del SGP en el sector salud en el municipio de Soledad 2016-2019, enfatizando en las causas y consecuencias del problema respecto a la destinación y ejecución de dichos recursos. El segundo apartado lo constituye el estado del arte, el marco conceptual y el marco jurídico y las competencias institucionales. Se hace una breve descripción de los estudios y trabajos antecesores en torno al Sistema General de Participación, puntualmente en el sector salud. Se definen los conceptos que resultaron relevantes en el desarrollo de la consultoría, tales como: economía de la salud, presupuesto y gasto público, transferencias intergubernamentales y Sistema General de Participaciones.

También, se exponen las leyes, los decretos, artículos y en sí, los lineamientos que respaldan la temática y el objeto de estudio de la investigación que, en este caso, se refiere a la normatividad que fundamenta las transferencias del SGP las cuales son: la Ley 715 de 2001, el Acto Legislativo 001 de 2001, los artículos 49, 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia de 1991, entre otras. Seguido del tercer apartado en el que, se exponen las diferentes fuentes de información utilizadas en el transcurso de la investigación. En el cuarto apartado, se detalla el aspecto metodológico del estudio, tales como: tipo de investigación, enfoque, método de investigación, técnicas de recolección de datos utilizadas y la exposición de los resultados obtenidos en el transcurso de la investigación-consultoría. Finalmente, en

el quinto apartado, se presentan las conclusiones de la investigación y las respectivas recomendaciones con relación a los resultados de la ejecución de los recursos del SGP en el sector salud en el municipio de Soledad, Atlántico.

En términos generales, en el presente documento se analiza e interpreta cómo se establecen los parámetros para la formulación, implementación y ejecución de los proyectos financiados con los recursos del Sistema General de participaciones en salud en el municipio de Soledad, la dependencia que existe de dichos recursos y la forma en la cual se realiza la distribución de recursos en salud a las diferentes variables de población afiliada, no afiliada, oferta de servicios y demanda per cápita, aterrizando los datos en el municipio de Soledad en las vigencias 2016-2019, con el fin de determinar si la ejecución de dichos recursos en la administración del exalcalde Joao Herrera fue o no eficiente.

Asimismo, se tiene en cuenta que en la actualidad se refleja una crisis en salud en el municipio, por dos factores, el primero está asociado al manejo de los recursos; como corrupción, ineficiencia y pobre desempeño administrativo y económico, problemas de captura de rentas. En el segundo encontramos, el aumento excesivo de la población en el municipio que en los últimos años ha sido receptor de personas en situación de desplazamiento, víctimas de la violencia, desmovilizados de grupos al margen de la ley crecimiento de natalidad y llegada de migrantes venezolanos; lo cual, se suma a la pobreza, inequidad y la segregación social. Dichos factores han generado un colapso del sistema de salud, que desborda la capacidad institucional del municipio y auguran una problemática de gran envergadura de salubridad que ahora se materializa en más riesgos.

Con base en todo lo anterior, se hace necesario evaluar la eficiencia de los recursos de SGP salud, describir la distribución de los recursos de transferencias el SGP destinado al sector de la salud en el municipio de Soledad durante el periodo 2016-2019. Determinar si el municipio incorporó los recursos de manera eficiente o no en cuanto a la inversión en cada subcomponente de salud frente a los indicadores de gestión, medición del desempeño, requisitos legales y si ha cumplido con el verdadero propósito en la prevención y atención oportuna a los habitantes del municipio a través de la red hospitalaria, infraestructura y unidades de salud con que cuenta el municipio de Soledad.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. ESTADO DEL ARTE

En el transcurso del presente estudio de consultoría, se hizo necesario revisar y/o consultar los estudios e investigaciones antecesoras a esta en torno a la evaluación de la eficiencia en el uso y la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) en el sector salud. Sin embargo, la búsqueda arrojó que, el número de autores, teóricos y/o investigadores que han abordado el tema es reducido. No obstante, a continuación, se exponen algunas de las investigaciones que se han llevado a cabo respecto a los recursos provenientes del SGP haciendo énfasis en los destinados al sector salud y que, además abordan la descentralización fiscal.

A nivel nacional se encontraron: 1. *“Las transferencias del Sistema General de Participaciones y el proceso de descentralización fiscal en Colombia”* (Franco y Bejarano, 2012), 2. *“La asignación de las Transferencias Intergubernamentales, para educación y salud: un balance de dos décadas”* (Montero, 2011), 3. *“Análisis del régimen de transferencias condicionadas del Sistema General de Participaciones y su impacto en indicadores sociales: el caso del Departamento de Nariño- Colombia 2010- 2017”* (Mesías, 2019), 4. *“La narrativa de las políticas públicas en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana”* (Cano, 2014), 5. *“Eficiencia en el uso de los recursos del SGP: los casos de la salud y la educación”* (Galvis, 2014), 6. *“Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia”* (Bonet, Pérez y Ayala 2014), 7. *“Impactos del Posconflicto en la asignación de Presupuesto mediante el Sistema General de Participaciones”* (González, 2018); y, 8. *“Descentralización fiscal y servicio de salud. Un estudio para los departamentos de Colombia en la última década”* (Salinas, 2014).

1. En este artículo, las autoras Franco y Bejarano (2012) buscan analizar el papel de las transferencias del Sistema General de Participaciones dentro del proceso de descentralización fiscal en Colombia. También, basándose en algunas concepciones y teorías respecto de la descentralización fiscal, le describen al lector las particularidades de dicha descentralización, las transferencias del SGP de acuerdo con el ordenamiento jurídico colombiano. Por otro lado, las autoras llegan a la conclusión de que, aunque el SGP en sí, no

es un instrumento para alcanzar la descentralización, sí es un elemento importante e imprescindible para las finanzas territoriales, a fin de atenuar la desigualdad existente entre los entes territoriales del país. Este artículo resulta pertinente en la medida en la que indica, puntualiza y/o destaca el aspecto positivo de la relación que se genera de las transferencias del Sistema General de Participación en el logro de las metas trazadas por las distintas entidades territoriales con el propósito de satisfacer las necesidades de la población y que, el SGP les facilita y/o permite.

2. Trabajo de grado presentado por Montero (2011) como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia en Gobierno y Gestión Pública. El cual tuvo como objetivo realizar un análisis comparativo a la luz de las normas expedidas en materia de descentralización fiscal para el período 1991 – 2010, en los sectores de educación y salud. Asimismo, buscó determinar los principales factores de cambio en la normatividad y sus respectivas implicaciones para la política pública, para después plantear una serie de recomendaciones para el diseño y ejecución de política pública en materia de descentralización fiscal para los sectores de la educación y de la salud. Para ello, la autora debió revisar y/o examinar los montos de participación destinados a la educación y la salud a través de las medidas de dispersión y los porcentajes de repartición establecidos en la norma.

Como su título indica, Montero (2011) hace un balance entre las décadas 1991-2010, en el que se cotejan y analizan los cambios de que ha tenido o experimentado la normatividad y que optimizan la comprensión de la distribución de los recursos dados a los sectores de educación y de salud para los departamentos. Además de evaluar la eficiencia y el nivel de cobertura dado al momento de proveer los bienes y servicios. Respecto al tipo de investigación, esta fue de carácter mixto, es decir, tanto cualitativa como cuantitativa. La autora con base en el análisis concluye que, existe una disparidad económica muy fuerte en cuanto a la asignación de los recursos pese a que la normatividad ha sido modificada a fin de fortalecer y equilibrar dichas asignaciones, es menester que en los planes de desarrollo de los gobiernos se contemple dicho tema.

Que, aunque la descentralización en sí ha sido un mecanismo por el cual se persigue tener una mayor eficiencia en el gasto y generar así, autonomía y responsabilidad en las entidades territoriales, ha ocurrido lo opuesto, se ha ocasionado un desequilibrio en la utilización de los recursos e ingresos y una serie de inconsistencias en cuanto a los montos asignados con las transferencias con las que cuenta cada una de las regiones. Finalmente, Montero (2011) dice que, si bien las coberturas y la eficiencia en salud y en educación han mejorado debido al fortalecido proceso de control en las transferencias intergubernamentales hecho por el país, se debe mejorar la eficiencia del gasto puesto que no se evidencia un equilibrio entre dicho gasto y la concentración poblacional.

Ahora bien, la investigación antecesora resulta relevante para el desarrollo del presente estudio en cuanto se analiza la normatividad y los cambios que ha tenido en relación con la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones en los sectores de la educación y de la salud en la última década del siglo XX y la primera del siglo XXI; mencionando la eficiencia y la cobertura de dichas transferencias en materia de educación y salud. Aspectos semejantes al objeto de este estudio, exceptuando que, este se centra en uno de los entes territoriales –el municipio de soledad– y se busca evaluar la eficiencia del uso y/o distribución de los recursos del SGP en el sector salud entre 2016 y 2019.

3. Trabajo de grado presentado por Mesías (2019), como requisito para optar por el título de Politóloga. El cual, parte del propósito de analizar el impacto de la implementación del régimen de transferencias del Sistema General de Participaciones en el departamento de Nariño durante el período comprendido entre el 2010 y el 2017. Del mismo modo, identificar los antecedentes y el contexto que enmarca dichas transferencias en Colombia, describir y analizar el comportamiento presupuestal del departamento de Nariño en función del régimen de transferencias del SGP para el lapso señalado (2010-2017), la dinámica presupuestal de este en relación con el comportamiento de los indicadores en los sectores salud, educación, agua potable y saneamiento básico de acuerdo a la cobertura para el departamento de Nariño y sus subregiones 2010-2017.

En cuanto a la metodología utilizada por Mesías (2019), esta fue de tipo descriptivo, se basó en el análisis y la recolección de datos, valiéndose para ello, de los recursos, técnicas

e instrumentos propios de la investigación cuantitativa. En el transcurso de la investigación, se logró a cabalidad la elaboración de un análisis de la dinámica existente entre el SGP y los indicadores sociales hacia los cuales va dirigido este presupuesto dentro de las regiones. Asimismo, en ella se evidencia que el proceso de descentralización fiscal y la promoción de la autonomía territorial en el ámbito de la administración de los recursos del SGP tienen serias limitaciones en el territorio nariñense. Respecto al sector salud, la autora afirma que es relevante retomar el artículo 43 de la Ley 715 de 2001, en la medida en la que esta, indica que los Departamentos deben cumplir la función de supervisión y regulación del recaudo y la gestión de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del SGP destinados al sector salud y a administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud, lo que significa que los departamentos ejercen un control superior en salud en comparación con educación y APSB.

Por otra parte, Mesías (2019) manifiesta que es evidente la desigualdad entre territorios en materia de cobertura del sector salud y de manera específica, el régimen subsidiado que es el sector sobre el cual tiene incidencia el SGP. “En el 53,85% de las subregiones se evidencia un aumento del déficit de cobertura, mientras que el 15,38% permanece igual y el 30,77% estante disminuye este déficit”. (p.93). La autora concluye que el impacto del régimen de las transferencias del SGP en el desarrollo de los indicadores de educación, salud y APSB en Nariño durante 2010 y 2017 ha sido de dependencia, debido a que, dichas transferencias representan más de la mitad de los recursos propios del departamento; y aun con los aumentos de los presupuestos de transferencias, los indicadores sociales de cobertura no son para nada alentadores.

Tanto el trabajo antecesor como este, comparten varias similitudes en cuanto al objeto de estudio y la metodología de investigación seleccionada e implementada en el transcurso de dicha investigación. La investigación de Mesías (2019), si bien tuvo como propósito analizar el régimen de transferencias del SGP y su impacto en indicadores sociales en el Departamento de Nariño durante el período comprendido entre 2010 y 2017; esta analiza las transferencias del SGP en salud y el presente estudio aborda la eficiencia de la distribución de los recursos del SGP en salud en el municipio de Soledad, Atlántico. Asimismo, el tipo de investigación empleados en ambos trabajos es el descriptivo; además, se basan el análisis

y recolección de datos. Lo anterior, hace que la investigación de Mesías (2019) sea relevante.

4. Este artículo de la autoría de Cano (2014), buscó reconstruir la narrativa de la Corte Constitucional en torno a las políticas públicas desde la promulgación de la Constitución de 1991 hasta el año 2013. Para ello, la autora tomó como punto de partida el análisis narrativo de políticas públicas sustentado por Emery Roe (1994). Dicha reconstrucción narrativa se desarrolló en dos momentos: 1. Se exploraron los diferentes escenarios en los cuales la Corte se refiere a las políticas públicas; y, 2. Se aborda el aspecto formal de su narrativa. Cano (2014) al inicio de su texto plantea las siguientes hipótesis: 1. El principal escenario fáctico en el que se usa la categoría de políticas públicas en la jurisprudencia constitucional es el de la violación a la faceta prestacional y progresiva de los derechos constitucionales; 2. el uso jurisprudencial de las políticas públicas obliga principalmente al gobierno y no al legislador, como competente para su diseño; y, 3. que las políticas públicas son asimiladas en la jurisprudencia de la Corte a conceptos cercanos como políticas de Estado, planes y programas.

La primera hipótesis fue verificada, la autora expone que, de 76 decisiones de tutela, sentencias de unificación y autos, todas se refieren a dicha faceta de los derechos. Respecto a la segunda hipótesis Cano (2014) encontró que, la Corte atribuye la obligación y/o responsabilidad de diseñar políticas públicas al ejecutivo, sin embargo, no rechaza la intervención y/o participación del legislador a fin de “enmarcar la política”. Para la tercera hipótesis Cano (2014) resuelve que, la jurisprudencia estudiada en efecto asimila las políticas públicas a conceptos cercanos y se refiere a estos términos de manera complementaria con la finalidad de reforzar su propósito. Por otro lado, en las conclusiones la autora expresa que, es evidente que la Corte privilegia las políticas como mecanismo para la garantía de los derechos de personas en condición de debilidad. Finalmente señala que “la narrativa jurisprudencial de las políticas públicas ha tenido la intención de presionar la acción gubernamental frente a los problemas públicos”.

5. En este trabajo, se analiza el uso de los recursos públicos destinados a salud y educación; el cual, tuvo como propósito evaluar la calidad del gasto territorial con recursos

del Sistema General de Participaciones (SGP), a partir del estudio de la eficiencia relativa. Por tal motivo, Galvis (2014) implementó la metodología del análisis Envolvente de Datos e hizo énfasis en los sectores de salud y educación puesto que estos representan aproximadamente un 96% de los recursos provenientes del SGP. Los resultados obtenidos por el autor indican que la eficiencia promedio en cuanto a cobertura se encuentra en 62,3% para educación y 63,4% en salud. Asimismo, el autor respecto a la calidad de la eficiencia en educación señala que esta solo llega al 48,8% y, la de salud alcanza el 50,6%. Lo cual significa que los municipios requieren esforzarse para mejorar u optimizar su nivel de desempeño y eficiencia con que emplean los recursos provenientes del SGP, especialmente en materia de calidad.

El autor afirma que el análisis de la eficiencia relativa en el uso y la distribución del gasto público en salud y educación, arroja varias conclusiones y las sintetiza de la siguiente forma: 1. En el sector educación el poseer el control de los recursos mejora la eficiencia en cobertura y en calidad, mayor eficiencia en las zonas menos pobres, las capitales, áreas densas y de un nivel más elevado de urbanización; 2. En el sector salud, los municipios certificados son menos eficientes, lo que podría significar que tener el manejo de los recursos por una entidad de mayor jerarquía –como lo es el departamento– mejora la eficiencia, que la eficiencia es menor para los más alejados de la capital departamental, mientras que las capitales y municipios más densos y con mayor grado de urbanización son más eficientes.

En cuanto a la distribución de los recursos del SGP Galvis (2014) que, al finalizar la transitoriedad hasta el 2016, al menos se debía garantizar el monto del año anterior para así asegurar la cobertura alcanzada y que los aumentos de ahí en más, se den conforme al cumplimiento de metas de calidad en educación y salud, sin descuidar los logros ya alcanzados en cobertura. Este trabajo resulta relevante en la medida en la que en ambos se busca evaluar la eficiencia en el uso de los recursos del SGP. Pero a diferencia del trabajo de Galvis (2014) que aborda los sectores de educación y salud, en el presente estudio solo se aborda el sector salud.

6. En este documento, los autores estudian el funcionamiento reciente del sistema de transferencias y de forma específica, a partir de la creación del SGP. Analizan el balance entre las competencias y los recursos de los gobiernos subnacionales y ofrecen ciertas recomendaciones en el marco de una reforma del SGP a futuro. Los resultados obtenidos muestran un sistema de transferencias complejo en cuanto a su estructura y los criterios de asignación de los recursos. Respecto a los logros de la última reforma, se encontró que, las metas trazadas y/o establecidas no se cumplieron. Además, que estas fueron fijadas exclusivamente en cobertura y no en calidad, ni hicieron una distinción para las áreas rurales y urbanas; por lo que se hace necesario una reforma al SGP que contemple el establecimiento de metas específicas en calidad y que se diferencien por áreas.

Que los departamentos están en desventaja en relación con los municipios, teniendo en cuenta que son los que menos recursos reciben y tienen mayores responsabilidades a cargo, como ser gestores de las competencias de los municipios no certificados. Asimismo, que no todas las competencias asignadas a los gobiernos subnacionales poseen una fuente de financiación determinada. Finalmente, y con base en los resultados obtenidos, los autores recomiendan que se contemple el fortalecimiento u optimización de la capacidad de gestión de los departamentos. Ahora bien, es importante esta investigación antecesora en cuanto enfatiza en la forma de distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones y fomenta la supervisión y control de los recursos.

7. Monografía presentada por González (2018) como requisito para optar al título de Especialista en Gestión Pública. La cual, se enfocó en el posconflicto y el impacto generado en el presupuesto General de Colombia, analizando sus causas y evaluando sus posibles conclusiones. Su objetivo principal fue identificar las causas y consecuencias que tiene el posconflicto en la asignación del Presupuesto General de la Nación de Colombia para el año 2017. También se propuso plantear posibles soluciones que contribuyan a disminuir el impacto económico. El autor concluye que deben ajustarse los presupuestos contemplados para la desmovilización de acuerdo con las cifras reales del personal desmovilizado.

Asimismo, dice que los altos costos del postconflicto van a verse afectados principalmente por los contenidos asociados a los campos de seguridad; del mismo modo que

estos, van a evidenciar efectos económicos y sociales, que han de considerarse a fin de evitar más desequilibrios presupuestales y sociales. Incluir programas para el posconflicto respecto a estrategias integrales, que no afecten el desarrollo de los departamentos con los beneficios del SGP. Finalmente, propone hacer un redireccionamiento de los recursos que antes se empleaban en la guerra para temas como: educación, desarrollo y emprendimiento, para los desmovilizados y sus familias.

Ahora bien, el trabajo de González (2018) es importante para el presente estudio por cuanto, expone ideas, propuestas respecto a la forma en la cual debe hacerse la distribución de recursos, a partir del postconflicto en Colombia, sus impactos e implicaciones a largo y mediano plazo. Si bien, en el presente estudio se pretende evaluar los resultados de la ejecución de los recursos del SGP en salud para determinar su eficiencia en Soledad. Un municipio receptor de personas víctimas del conflicto armado interno, de victimarios desmovilizados y en proceso de reintegrarse a la sociedad; lo cual, constituye una variable en el uso y/o distribución de los recursos del SGP en salud.

8. Trabajo de la autoría de Salinas (2014) en el cual, se estudia el impacto de la descentralización fiscal sobre la mejora en los indicadores de salud poblacional. Por lo que el autor, elabora un ejercicio empírico en el que se definen las variables de descentralización (los recursos de transferencias y los recursos propios generados por los entes territoriales) y se analiza la relación que guarda con las variables de salud (la tasa de mortalidad infantil, la cobertura del régimen subsidiado y la tasa de vacunación). Por otro lado, el autor seleccionó 22 departamentos para analizar. Entre los resultados obtenidos se encuentra que, la descentralización fiscal guarda relación con la reducción de la tasa de mortalidad infantil y los aumentos en la cobertura del régimen subsidiado.

Asimismo, concluye que, dicha descentralización jugó un papel positivo en la mejora de los indicadores de salud poblacional en los departamentos analizados; se comprobó que hubo un incremento en los recursos fiscales durante el período analizado. Salinas (2014), afirma que la importancia de su trabajo radica en haber encontrado evidencia empírica que demuestre los avances en salud asociados al proceso de descentralización fiscal. La investigación de Salinas (2014) resulta relevante para el presente estudio, en tanto aborda los

avances y/o mejoras de la salud poblacional en relación con la descentralización fiscal, los recursos de transferencias y los recursos propios.

A nivel internacional se encontraron: 1. “*El estado de los servicios descentralizados en América Latina. Una perspectiva comparada*” (Galilea y Letelier, 2013) y 2. “*Descentralización fiscal y eficiencia técnica del sector público: los casos de la educación y la salud*” (Letelier, 2010).

1. Artículo de la autoría de Galilea y Letelier (2013) en el cual, se enfatiza en la identificación de los conflictos institucionales desde la dimensión normativa y las dificultades de gestión, producto de la asignación de competencias entre niveles de gobierno. En él los autores plantean que la descentralización –en materia fiscal y en la asignación de competencias administrativas entre niveles de gobierno– implica articular variados problemas comunes e independientes del país en el que se implementan y exige atender aspectos idiosincráticos inherentes del país en cuestión y del servicio específico que se desea descentralizar, los cuales no se pueden ignorar u omitir. En el trabajo se mezcla la experiencia de cinco países latinoamericanos (Chile, Colombia, Brasil, Costa Rica y México), puntualizando en los sectores salud y educación a fin de crear lecciones a partir de la diversidad y experiencia particular de cada uno de los cinco países.

La metodología implementada en el desarrollo del trabajo fue de carácter analítico. Se analiza y/o revisa la normativa vigente, los antecedentes bibliográficos disponibles, las ideas, concepciones e intervenciones teóricas de expertos nacionales en cada uno de los casos. Galilea y Letelier (2013) con base en los hallazgos de su investigación, advierten la necesidad de identificar categorías jurisdiccionales en cada uno de los niveles de gobierno; los cuales, trascienden el expediente puro de la certificación y se enmarca en el reconocimiento de distintos metropolitanos con competencias superiores respecto de sus pares más pequeños.

Los autores, llegan a la conclusión de que en los países latinoamericanos cuentan con una estructura presidencialista que atenta contra la descentralización, en especial, cuando esta conlleva el potencial de beneficio de la participación a través de la expresión abiertas de las demandas locales. Pese a ello, es habitual que la figura de jefe de Estado llegue a opacar la

visibilidad y la autonomía de las jurisdicciones subnacionales cuando la primera tiene en los hechos una significativa gravitación política. Este trabajo antecesor resulta relevante para el presente estudio, en la medida en la que aborda la situación de América Latina en relación con la descentralización fiscal y los sectores de salud y educación, los escenarios o experiencias comunes en medio de la diversidad.

1.2. MARCO CONCEPTUAL

Transferencias intergubernamentales, Colombia

En primera instancia y de acuerdo con Mendoza (2007), las transferencias son aquellos recursos transferidos por un nivel de gobierno a otro, sin que el gobierno receptor deba contraprestar en bienes ni servicios. Asimismo, el autor afirma que estas “transferencias intergubernamentales son una modalidad de rentas con destinación específica”. (p.529). Añade que, por lo general el destino de dichas transferencias se encuentra consignado en una ley, decreto o en la misma.

Por otro lado, Mendoza (2007) señala tres razones que sustentan, justifican el traslado de recursos de un lado a otro, las cuales son: 1. corregir ineficiencias en la asignación de los recursos, las cuales surgen por la presencia de externalidades; 2. influir en la provisión local de bienes vistos como estratégicos o meritorios por el nivel central; y, 3. buscar la reducción de la inequidad entre regiones, teniendo en cuenta que hay regiones con menor capacidad para obtención de recursos de manera autónoma. Cabe resaltar que las trasferencias para municipios con un número inferior a 200.000 habitantes llegan a representar más del 80% de sus ingresos; constituyéndose así, como un complemento importante de recursos para dichas entidades territoriales.

Sistema General de Participaciones (SGP)

Transferencia producto de un acto legislativo –Acto legislativo 01 de 2001– a través de cual, la ley –por iniciativa del Gobierno– fija los servicios a cargo de la Nación y de las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios). Esto con el fin de que se atiendan y cubran los servicios de los que son responsables y para los que cuales se destinan

los recursos del SGP: salud, educación, agua potable, saneamiento básico y propósito general; teniendo en cuenta las necesidades básicas insatisfechas, criterios como: pobreza relativa, población atendida y por atender –en cuanto a los servicios de salud y educación–, población urbana y rural, eficiencia administrativa y fiscal. (Mendoza, 2007; Bonet, Pérez y Ayala, 2015; Franco y Bejarano, 2012).

Franco y Bejarano (2012) explican que el SGP es un instrumento dirigido a combatir la desigualdad e inequidad de las entidades territoriales de Colombia y así, lograr la igualdad efectiva entre cada una de estas. Las autoras añaden que:

Al cubrir vía transferencias, gastos prioritarios para la sociedad, se promueve el desarrollo económico del país al mejorar con ello los índices generales de bienestar económico y social, a través de la acumulación de capital y de tecnología mediante la educación, el mejoramiento en la calidad de vida de los habitantes mediante la satisfacción de necesidades básicas como el acceso a salud y agua potable, entre otras consideraciones. (p.151).

Mendoza (2007) dice que de acuerdo con la nueva normatividad –Ley 715 de 2001–, se favorece que los subsidios dados por el Estado vayan vía demanda y no vía oferta; es decir que, “las transferencias para educación y salud están condicionados a estándares en los servicios”. (p.327). Ahora bien, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) asignados al sector salud, están destinados a: 1. financiar o cofinanciar los subsidios a la demanda de forma gradual hasta alcanzar la cobertura total; 2. prestar el servicio a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (PPNA); y, 3. adelantar y/o realizar acciones de salud pública.

Financiamiento: presupuesto y gasto público

El presupuesto es quizás, el acto de gobierno más importante de la administración pública, pues es visto como la proyección de los ingresos, los gastos y las respectivas deudas durante un lapso específico –que por lo general es de un año– de gobierno. Desde la óptica de lo legal es a través de este, que se calculan con antelación los ingresos y se autorizan los gastos públicos a ejecutar en un determinado período –un año– de gobierno. (Mendoza,

2007). Para el caso nacional, el Congreso de la República es quien autoriza; para los departamentos, es la Asamblea; y finalmente, para los municipios son los Concejos. Asimismo, el presupuesto es un instrumento de la política fiscal, con el cual se busca dar cumplimiento a los diferentes objetivos económicos y sociales. En otras palabras, es eje central de la actividad financiera pública.

Con base en lo anterior, el gasto público es otro de los instrumentos del Estado para satisfacer y/o cubrir necesidades de carácter público; herramienta con la que, además se pretende guiar la economía hacia alcanzar los objetivos o metas económicas y sociales establecidas y controlar dichos procesos. (Mendoza, 2007). Ahora bien, se entiende por gasto público a todas aquellas erogaciones realizadas por el Gobierno y sus distintas dependencias (Gobierno central, las administraciones locales y las regionales) a fin de proveer bienes y servicios que permitan satisfacer las necesidades básicas y apremiantes de la población. (Mendoza, 2007).

Colombia es un país con sistema económico de mercado, el cual busca un crecimiento económico, sin embargo, este sistema tiene sus propias fallas. Es ahí, donde se hace necesario el Estado interventor que garantice el equilibrio y bienestar social; por lo que, el gasto público se convierte en un instrumento sobresaliente para lograr dicho propósito. Por otro lado, el gasto público cuenta con múltiples formas de clasificación, entre las más usuales se encuentran: las de funcionamiento, las de inversión de gastos por funciones del gobierno y servicio a la deuda. Según el Fondo Monetario Internacional (2001) el gasto público es “una disminución del patrimonio neto como resultado de una transacción”. (Fondo Monetario Internacional citado en Mendoza, 2007).

Economía de la salud

Para empezar, el vocablo ‘salud’ consta de múltiples definiciones y un número considerable de estas, han sido criticadas por su ambigüedad. La OMS (1948), define a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no como la mera ausencia de afecciones o enfermedades. Por su parte, Briceño-León (2000) contempla a la salud como una síntesis, “la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la

política y la economía internacional”. (p.15). De acuerdo con el autor, la salud también es un indicador –quizá el más importante– del bienestar logrado y/o alcanzado por una población.

Respecto al término y/o idea de ‘economía de la salud’ este, ha pasado por un número considerable de discusiones, concebido y abordado desde distintas áreas del conocimiento; desde las ciencias sociales, la administración pública, hasta los métodos de negocios, de organización y pago. Con base en Mushkin (2010) la economía de la salud:

Es un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud. Su tarea consiste en evaluarla eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización. (p.102).

Al respecto, Collazos y Cárdenas (2002) afirman que su objeto de estudio se enfoca en: 1. Los factores que determinan y afectan a la salud; 2. El desarrollo de instrumentos y/o herramientas políticas; 3. La salud y su respectivo valor económico; 4. La demanda y la oferta de atención médica; 5. El equilibrio del mercado; 6. La planeación, la regulación y el monitoreo de las acciones sanitarias; 7. La evaluación integral del sistema de salud; 8. La evaluación económica de tecnologías sanitarias específicas; y, 9. La evaluación microeconómica.

Evaluación: eficiencia y medición

En términos generales, se entiende evaluación como aquel proceso en el que se determina el valor o el significado de algo (una política, una actividad, un proyecto, un programa, etc.). Asimismo, existen distintas formas de clasificar la evaluación según sus características, técnicas, intereses y propósitos que le constituyen y de las cuales parte. Por otro lado, los autores Morra y Rist (2009) en su libro “El camino para la obtención de resultados” citan a la OCDE/CAD debido a los cinco criterios de evaluación para el desarrollo que identifican en su documento básico y entre los que se sitúa la eficiencia. (OCDE, 1991^a citada en Morra y Rist, 2009).

Eficiencia

La eficiencia no se encasilla en una sola área, ciencia o disciplina, es más bien multidisciplinar; tiene lugar en la administración, economía, política, educación, salud, etc. El término eficiencia en administración, se refiere al máximo aprovechamiento de los recursos para la obtención de los resultados esperados además de la relación entre recursos asignados y la inversión-ejecución de dichos recursos. De forma similar, la OCDE (1991^a) define a la eficiencia como aquella medida tanto cualitativa como cuantitativa de los productos en relación con los insumos.

Puntualizando en el área de la salud, Drummond et al. (2001) expresan que:

Se entiende por eficiencia a la obtención del máximo nivel o beneficio para la salud a partir de los recursos disponibles. La eficiencia se conseguirá cuando el resultado obtenido con la opción elegida sea similar o, al menos, tanto como su coste de oportunidad. (Drummond et al. citado en Fonseca y Valenzuela, 2013:2074).

Medición de la eficiencia en la ejecución de los recursos

Teniendo en cuenta que los recursos son limitados y las sociedades demandan cada vez más satisfacer las necesidades, se hace necesario el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles (sean propios o asignados). Por lo que, se instaura y realiza la medición de la eficiencia en relación con la ejecución de los recursos con el claro propósito de determinar si la ejecución fue la más eficiente en comparación con ejecuciones anteriores o las posibilidades de su implementación. En relación con lo anterior y enfocado en el sector salud, los autores Hidalgo, Corugedo y Del Llano (2000) señalan que “la medición de la salud está ligada a dos aspectos interrelacionados: como se define la salud y cuál es el propósito de la medición”. (p.11).

En cuanto a la medición de la eficiencia en salud puede relacionarse con el número de subsidios entregados, cantidad de usuarios atendidos, campañas y brigadas de salud adelantadas con los recursos asignados. Ahora bien, la eficiencia de la ejecución de los recursos de transferencias del SGP se evalúan a partir de la relación ingresos-inversión de lo

asignado en los subcomponentes de salud: régimen subsidiado, salud pública y población pobre en lo no asegurada.

1.3. MARCO JURÍDICO

A continuación, se presentan los distintos referentes normativos (decretos, leyes y artículos) tenidos en cuenta en el desarrollo de la investigación-consultoría; los cuales, la sustentan y/o respaldan.

-La Constitución Política de Colombia de 1991:

Artículo 49. El cual resulta pertinente en tanto que, en él se estipulan como servicios públicos a cargo del Estado a la atención de la salud y el saneamiento ambiental; correspondiéndole al Estado, garantizar a la población el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Y en el presente estudio se busca evaluar los resultados del uso de los recursos del SGP en salud.

Artículo 356. El cual resulta pertinente en tanto que, en él se establece la fijación de servicios a cargo de la Nación y de las entidades territoriales. Este artículo, se constituye como un antecedente del SGP, del cual se busca evaluar los resultados del uso de sus recursos en el sector salud en el municipio de Soledad.

Artículo 357. Resulta relevante puesto que, en él se establece la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación. Que, al igual que el Artículo 356., constituye un antecedente del SGP.

-Acto Legislativo 01 de 2001, a través del cual son reformulados los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia de 1991 y se crea el SGP. Tomando en cuenta las necesidades básicas insatisfechas de la población para la respectiva distribución de los recursos del SGP, criterios como: pobreza relativa, población atendida y por atender –en cuanto a los servicios de salud y educación–, población urbana y rural, eficiencia administrativa y fiscal.

-Acto Legislativo 04 de 2007, a través del cual son reformulados los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia de 1991. En el que además de la destinación de los recursos del SGP y los sectores y/o servicios que se deben priorizar, se establece que se definirán estrategias que permitan supervisar, seguir y regular el gasto empleado por las entidades territoriales respecto a los recursos del SGP y, el incremento anual del porcentaje de los recursos del SGP para las dichas entidades territoriales.

-NTC-ISO9001:2015, norma y/o estándar internacional a través de la cual se disponen requisitos para establecer o construir un sistema de gestión de la calidad en la administración que propenda a la optimización del rendimiento, eficiencia, efectividad y excelencia con base en las necesidades y exigencias actuales.

Competencias Institucionales

Por otro lado, los lineamientos del gasto público en salud, las transferencias SGP las cuales, involucran a entidades de orden nacional como el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda, el Departamento Nacional de Planeación (DNP), la Superintendencia de Salud, y la Contraloría General de la República. A nivel territorial la Alcaldía Municipal de Soledad, las EPS, el Hospital Materno Infantil, la Red prestadoras de los servicios de salud pública del municipio, la Contraloría Municipal de Soledad y demás órganos de control del municipio de Soledad.

Con base en Orozco (2015) el sistema de salud colombiano a partir del marco legislativo actual, se contemplan 6 competencias. Dichas competencias son: rectoría, modulación, financiamiento, aseguramiento, salud pública y prestación de servicios. De acuerdo con el autor:

El Ministerio de Salud y Protección Social es el ente que integra la dirección, orientación y conducción del sistema, mediante el diseño de un marco normativo que promueva y garantice el acceso de la población a una provisión equitativa de servicios de salud. La modulación, que incluye la dirección del sistema por parte de los departamentos y municipios en el territorio de su jurisdicción, incorpora, por un lado, la inspección, vigilancia y control del sector, llevada a cabo de manera conjunta por

la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) y las entidades territoriales. (...) Asimismo, contempla la aprobación, desde el nivel nacional, de los planes bienales de inversiones públicas de los entes territoriales, cuyo componente municipal es avalado por los departamentos para el territorio de su jurisdicción. (p.8).

En cuanto a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), estas se ocupan del aseguramiento de la población en los regímenes contributivo y subsidiado. Estas, contratan a Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) para proveer los servicios de salud. Respecto a la promoción y preservación de la salud de la población, entendida como salud pública, esta les compete por igual a los entes territoriales y a las EPS. Ahora bien, se debe tener presente que el municipio de Soledad como ente territorial que es le compete direccionar el sistema en el territorio, identificar y seleccionar a la población beneficiaria del régimen subsidiario, promoción de la salud como acción de la Salud pública, controlar, inspeccionar vigilar factores de riesgos ambientales, medicamentos y alimentos. Y por último control en normas sanitarias y atención primaria en salud.

2. ENFOQUE METODOLÓGICO, INSTRUMENTOS Y MÉTODOS APLICADOS EN EL DESARROLLO DE LA CONSULTORÍA

2.1. Metodología

Para el desarrollo de la presente investigación-consultoría fue necesario seleccionar el enfoque, el tipo y el método de investigación. Además de las fuentes de información, las técnicas e instrumentos utilizadas y requeridas para alcanzar los objetivos de evaluar los resultados del Sistema General de Participaciones (SGP) en salud del municipio de Soledad, Atlántico para determinar la eficiencia de la ejecución de los recursos 2016-2019 –bajo la administración del exalcalde Joao Herrera Iranzo– y ofrecer un diagnóstico de varios componentes e indicadores de gestión del municipio de Soledad. Del mismo modo, proporcionar información actualizada e imparcial sobre la distribución de los recursos SGP salud y sobre sus determinantes.

La metodología implementada en el transcurso de la investigación consistió en la revisión y búsqueda de literatura y/o documentos pertinentes para el desarrollo de esta; dicha revisión se realizó de dos formas. Una revisión de la literatura (digital y física) publicada en torno al SGP en el sector salud, destinación de los recursos, los criterios de distribución de dichos recursos, su ejecución, desempeño y eficiencia; que de una u otra forma, sustentaran o validaran la investigación. Cabe aclarar que los documentos consultados en la web fueron buscados en bases de datos especializadas, revistas científicas y académicas.

Por otro lado, la segunda revisión de literatura fue netamente digital y estaba enfocada en la obtención de información, datos, cifras pertinentes para el estudio; por lo que, se recurrió a las páginas del gobierno colombiano. En las que, reposan las rendiciones de cuentas de las acciones y planes adelantadas a la ciudadanía, información y cifras en cuanto a demografía y población, informes de gestión (nacional, departamental y municipal), indicadores de cumplimiento de requisitos legales, presupuestos, evaluaciones, eficiencia, etc., para posteriormente agruparla por ítems, analizarla y contrastarla conforme al objeto de investigación. Para seguidamente, exponer y explicar los resultados del análisis y a partir de estos, concluir y plantear las recomendaciones.

2.2. Fuentes de información utilizadas

De forma general, las fuentes de información se clasifican en primaria, secundaria y terciaria, dependiendo de la elaboración, estructura y procedencia de la información; si es original o es elaborada por otros. Con base en esto, en la presente investigación se utilizaron las fuentes de información denominadas como secundarias; en las cuales, se extrajo información cuantitativa (datos, cifras y porcentajes) en torno los resultados de la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) en salud del municipio de Soledad, Atlántico en el período comprendido entre 2016 y 2019. De acuerdo con González Río (1997) las fuentes de información secundarias pueden ser divididas o clasificadas “en cinco categorías: documentos públicos o archivos oficiales, documentos personales, información de los medios de comunicación de masas, medios audiovisuales, materiales no verbales y archivos de datos sociológicos”. (González Río citado en Pulido, 2015: 1153).

En este caso y al tratarse la investigación de evaluar los resultados de la ejecución de los recursos del SGP en el sector salud de Soledad (2016-2019) para determinar su eficiencia –como se mencionó en párrafos anteriores–, fue necesario recurrir a las páginas del Gobierno que aportaran la información en torno al tema y objeto de estudio de la investigación. Los portales y/o páginas consultadas fueron: la Contraloría Municipal de Soledad, la Gobernación del Atlántico, la Alcaldía Municipal de Soledad, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia de Salud, la Contraloría General de la Nación, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y sus dos portales: SICODIS y TERRIDATA.

De las cuales, se extrajeron las cifras, porcentajes y demás datos concernientes al Sistema General de Participaciones, en donde se evidencian los resultados de la asignación, distribución y ejecución de los recursos de este en el sector salud y correspondientes al municipio de Soledad, discriminados por aseguramiento, salud pública y la atención a la población pobre no asegurada (PPNA). Informes de presupuestos, gastos e inversiones derivadas de dichos recursos, informes de gestión y desempeño municipal, el informe de rendición de cuentas del municipio de Soledad, actas de rendición de cuentas, informe de cumplimiento de requisitos legales, indicadores de eficiencia, los planes de desarrollo 2016-2019 y la cobertura total en salud del municipio lograda entre 2016 y 2019. Asimismo, se

consultaron los resultados de cobertura en salud, cobertura en vacunación pentavalente, tasa de mortalidad infantil, informes de gestión y los planes de desarrollo territorial de las dos administraciones (2008-2011 y 2012-2015) anteriores al lapso de estudio señalado (2016-2019).

Partiendo de los objetivos y la información requerida para la investigación, se realizó la búsqueda y selección de los siguientes documentos:

- Cobertura total de salud, Soledad (2016-2019).
- Cobertura de vacunación pentavalente, Soledad (2016-2019).
- Tasa de mortalidad infantil, Soledad (2016-2019).
- Cobertura total de salud, Soledad (2008-2011).
- Cobertura de vacunación pentavalente, Soledad (2008-2011).
- Tasa de mortalidad infantil, Soledad (2008-2011).
- Cobertura total de salud, Soledad (2012-2015).
- Cobertura de vacunación pentavalente, Soledad (2012-2015).
- Tasa de mortalidad infantil, Soledad (2012-2015).
- Recursos del SGP en salud asignados al municipio de Soledad en las vigencias 2016-2019.
- Ejecución de los recursos del SGP en salud asignados al municipio de Soledad en las vigencias 2016-2019.
- Plan de Desarrollo Territorial “Soledad confiable” (2016-2019).
- Plan de Desarrollo Territorial “Soledad nos necesita a todos” (2012-2015).
- Plan de Desarrollo Territorial “Vamos a construir ciudad” (2008-2011).
- Presupuesto en salud del municipio de Soledad 2016-2019.
- Informe de gestión del Plan de Desarrollo Territorial “Soledad confiable” (2016-2019).
- Informe de rendición de cuentas del municipio de Soledad (2016-2019).
- Censo población de Soledad (2016-2019).
- Acta de rendición de cuentas Hospital Materno Infantil de Soledad (2016-2019).

- Plan de Desarrollo de la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad (2016-2019).
- Campañas de promoción y protección de la salud en Soledad (2016-2019).
- Informe de Evaluación de la Gestión y la Eficiencia de la actividad local de los recursos del Sistema General de Participación (2016-2019).
- Informe Anual de Cumplimiento de Requisitos Legales (2016-2019).

Una vez recopilada la documentación, se procedió a reunir y/o agrupar dicha información por fechas y tipo de datos para después contrastarlos con los resultados obtenidos en materia de salud por las dos administraciones anteriores, de los exalcaldes: José Zapata Guerrero (2008-2011) y Franco Castellanos Niebles (2012-2015). Esto con el fin de evaluar el plan de desarrollo en el sector salud, el estado y/o las condiciones en las que se encontraba el municipio en cuanto a salud, producto de las acciones, planes e intervenciones de los períodos de gobierno de los exalcaldes Zapata y Castellanos, y a partir de esto, evaluar los resultados del SGP en salud en el municipio de Soledad y determinar así, la eficiencia del uso de los recursos 2016-2019.

Por otro lado, en el siguiente apartado se amplía la información metodológica y su respectiva aplicación, tales como: el enfoque, el método y el tipo de investigación, las técnicas e instrumentos aplicados. Asimismo, se expone el proceso de análisis de los datos e información recolectada y el contraste entre los mismos. Finalmente, se presentan los resultados y hallazgos obtenidos en el transcurso de la investigación respecto a la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) en salud y asignados al municipio de Soledad durante el lapso de 2016 a 2019.

3. APLICACIÓN METODOLÓGICA Y RESULTADOS

Como se mencionó en páginas anteriores, en el presente apartado se expone la información metodológica –método, enfoque, tipo, técnicas e instrumentos de investigación aplicada–. Además, se exponen los resultados obtenidos en el transcurso de la investigación-consultoría.

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es descriptiva, cuyo objeto es describir la evaluación de los resultados de la ejecución de los recursos provenientes del Sistema General de Participación (SGP) en salud, analizar la eficiencia y comparar cada año o vigencia, durante el período de estudio 2016-2019. Con base en Niño (2019), el propósito de esta investigación es:

Es describir la realidad objeto de estudio, un aspecto de ella, sus partes, categorías o las relaciones que se pueden establecer entre varios objetos, con el fin de esclarecer una verdad, corroborar un enunciado o comprobar una hipótesis. Se entiende como el acto de representar por medio de palabras las características de fenómenos, hechos, situaciones, cosas, personas y demás seres vivos, de tal manera que quien le o interprete los evoque en la mente. (p.37).

Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2010) afirman que estos, buscan precisar:

Las propiedades, características y perfiles de individuos, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (p.80).

3.2. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación es mixto, es decir que, se combinan las técnicas del enfoque cualitativo y el cuantitativo. De modo que, se recolectó información tanto de carácter narrativo como estadístico. Describir el desempeño del municipio en cuanto a la ejecución de los recursos del SGP en salud entre 2016 y 2019, analizar dichos resultados y a partir de estos determinar su eficiencia. Johnson et al. (2006) contemplan a la investigación mixta como un continuo en donde se fusionan los enfoques cuantitativo y cualitativo, enfocándose en uno más que en otro o en ambos por igual. (Johnson et al. citados en Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

Asimismo, para Hernández Sampieri y Mendoza (2008) este enfoque representa:

Un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernández Sampieri y Mendoza citados en Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2010:546).

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se implementó el método analítico teniendo en cuenta el objeto de estudio de la investigación, el tipo de información requerida y debido a la necesidad de analizar documentos de carácter público y los diferentes datos estadísticos que estos arrojan respecto al tema de estudio. De acuerdo con Hurtado y Toro (2005), este método “consiste en la descomposición mental del objeto estudiado en sus distintos elementos o partes componentes para obtener nuevos conocimientos acerca de dicho objeto”. (p.86). Los autores añaden que el propósito y/o finalidad de este, radica en conocer cada una de las partes del todo, precisar las relaciones existentes entre dichas partes y las leyes que guían su desarrollo.

Según Rodríguez y Pérez (2017) el análisis de la información permite desglosarla a fin de dar con lo esencial, lo relevante, en relación con el objeto de estudio. De modo que, analizar y descomponer la información previamente recolectada hace posible establecer conexión entre los datos, clasificarlos por hilos temáticos, similitudes e incluso, abordar las discrepancias entre un dato y otro. En relación con lo anterior, en el proceso de análisis se contrastó cada una de las vigencias del período 2016-2019 entre sí para evaluar el desempeño con base a lo reflejado en las cifras y porcentajes de los documentos. Asimismo, se comparó el resultado de la ejecución de los recursos del SGP en salud del municipio entre 2016 y 2019 con los períodos: 2008-2011 y 2012-2015. También se analizó la distribución de los recursos SGP para salud, los informes de rendición de cuenta, informes de gestión, informes de auditoría para salud de la contraloría.

3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó la denominada técnica documental; la cual, como su nombre indica consiste en la consulta y/o revisión de documentos en torno a la temática u objeto de estudio de la investigación. Niño (2010), afirma que esta técnica disfruta de una amplia gama de fuentes de información, tales como: textos, audios, iconográficas, videográficas, cartográficas, electrónicas, etc. En este caso, a partir de los objetivos planteados y el tipo de información requerida para cumplir con estos, se realizó la búsqueda de dicha información en las páginas web institucionales del Gobierno.

Los portales y/o páginas consultadas fueron: la Contraloría Municipal de Soledad, la Gobernación del Atlántico, la Alcaldía Municipal de Soledad, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia de Salud, la Contraloría General de la Nación, el Departamento Administrativo de la Función Pública, el Ministerio de Hacienda (aplicativo Chip), el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y sus dos portales: SICODIS y TERRIDATA. Para la selección de los documentos se partió de una serie de criterios y/o tópicos en torno a la distribución y ejecución de los recursos del SGP en el sector salud del municipio de Soledad durante el período 2016-2019, el desempeño, la gestión, los planes y acciones respecto de estas.

3.5. DIAGNÓSTICO

Las entidades territoriales como representantes directos del Estado deben fundamentar su objeto misional a la satisfacción y cumplimiento de las demandas y necesidades de la población. Estas, –entidades territoriales– en aras de generar valor público, requieren de recursos de orden nacional como fuentes de financiación para así, atender y cubrir las necesidades de la población perteneciente a un territorio en específico. Dichas fuentes de orden nacional vendrían a ser los recursos provenientes del Sistema Nacional de Regalías (SGR) y del Sistema General de Participaciones (SGP). Los cuales se conocen como transferencias, una modalidad de rentas con destinación específica –anteriormente denominadas como situado fiscal y participación municipal–.

Como se mencionó en páginas anteriores, el presente estudio tiene como objeto evaluar la eficiencia del uso, distribución y ejecución de los recursos transferidos por el Sistema General de Participaciones (SGP) en el sector salud asignados al municipio de Soledad, Atlántico en el período comprendido entre 2016 y 2019 bajo la administración del exalcalde municipal Joao Herrera Iranzo. Dichas transferencias del SGP en el sector de la salud se distribuyen en una serie de programas o componentes destinados a la financiación de: 1. el subsidio a la demanda, con el fin de garantizar la atención y prestación de los servicios de salud a la población perteneciente al régimen subsidiado; 2. las acciones de salud pública, como la promoción y prevención de la salud –definidas en el Plan Decenal de Salud Pública a través de los planes territoriales de salud–; y, 3. la atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en la que se atiende a la población no cubierta con subsidios a la demanda a través del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) y subsidios a la oferta.

Ahora bien, Soledad es un municipio de 2ª categoría, ubicado en la Región Caribe Colombiana, exactamente en el departamento del Atlántico del que ocupa el 1.97% de su extensión total. Y conforme a la ordenanza No. 028, el municipio pertenece al área metropolitana de Barranquilla y está conurbado con esta, y de manera conjunta, con los municipios de Galapa, Puerto Colombia y Malambo. Geográficamente limita: al norte con el distrito de Barranquilla, al sur con el municipio de Malambo, al oriente con el Río Magdalena

y finalmente, al occidente con el municipio de Galapa. Que, de acuerdo con los valores absolutos de ingresos corrientes de libre destinación, Soledad bien podría comportarse como un municipio de 3ra categoría y por su tasa poblacional, como un municipio categoría especial –municipios y/o distritos con población igual o superior a 500.001–. Sin embargo, en términos de ingresos tributarios per cápita se comporta como uno de 6ta categoría. (Restrepo y Chacón, 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior y, que, la fuente más importante para la mayoría de las entidades territoriales la constituye la participación de los ingresos corrientes; los cuales, están amparados como un derecho constitucional. La indudable utilidad del SGP para la subsistencia y satisfacción de las necesidades de la población en un determinado territorio, en especial, a los municipios de baja categoría que no cuentan con los ingresos de libre destinación suficientes. Además de que gran parte de la inversión del presupuesto descentralizado en Colombia, se concentra o reúne principalmente en los sectores de la educación y de la salud, estos, han sido los sectores más afectados en Soledad. (Garay y Salcedo, 2012). A lo largo de los años este municipio ha experimentado en reiteradas ocasiones distintos problemas, inconsistencias y atropellos en cuanto a la administración y/o distribución de los recursos o transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP).

Por lo que, las transferencias del Sistema General de Participación (SGP) en el sector de la salud que han sido asignadas al municipio de Soledad en el lapso previamente señalado (2016-2019), ameritan una evaluación, un análisis detallado de los resultados para determinar si fue o no eficiente en cuanto a la ejecución de los recursos de acuerdo con su destinación para la prevención, atención y la prestación oportuna de los servicios de salud a los habitantes del municipio a través de la red hospitalaria, la infraestructura, y las unidades de salud con las que cuenta Soledad.

Partiendo del hecho de que, en la actualidad, Soledad registra una crisis en el sector de la salud asociada al manejo y/o administración de los recursos tales como: la ineficiencia en la distribución y uso de los recursos del SGP, la captura de rentas, el pobre desempeño administrativo y económico, las falencias en los procesos de contratación pública, la omisión de los parámetros establecidos para la destinación de los recursos asignados en el sector

salud, deudas no pagadas y reconocidas, la falta de planeación y planificación del municipio. Fallas e inconsistencias derivadas de la corrupción en relación con los recursos y que han sido identificadas y evidenciadas al interior de varios períodos de gobiernos anteriores a 2016-2019; en los que el municipio ha sufrido importantes daños principalmente en los sectores de la salud y de la educación, a manera de tendencia histórica, latente que aún empaña y afecta a Soledad. (Garay y Salcedo, 2012).

Como lo fue el período de infiltración, captura y cooptación de las instituciones y la administración del municipio de Soledad a manos de las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), específicamente, perteneciente al bloque Norte del frente José Pablo Díaz liderado por alias “Jorge 40” y posteriormente comandado por alias “Don Antonio” en la región Caribe. (Garay y Salcedo, 2012). Si bien las AUC se fueron gestando en el país hacia finales de la década de los 90’s, la infiltración de estas en el municipio de Soledad se dio bajo la administración de Rosa Stella Ibáñez Alonso, exalcaldesa de Soledad, elegida para el período 2004-2007, el cual no solo no culminó, sino que, su elección fue declarada nula por el Consejo de Estado en el año 2006.

A la exfuncionaria, se le encontró vinculada en el proceso de dicha captura y cooptación de la administración del municipio; asimismo, fue juzgada y condenada a 210 meses de cárcel bajo los cargos de peculado por apropiación, falsedad ideológica en documento público y falsedad en documento privado. (Fiscalía General de la Nación, 2013). Además, su nombre fue mencionada en reiteradas ocasiones en las entrevistas y confesiones de uno de los miembros de las AUC, Carlos Mario García más conocido como alias ‘Gonzalo’ –también con los alias ‘el doctor’ y ‘el médico’, que aludían a su profesión–, quien estaba a cargo de hacer “lobby” con los políticos.

En la misma línea, el líder sindical y presidente de la Central Unitaria de Trabajadores (CUT) seccional Atlántico, Javier Bermúdez (2020) expresó que la salud en la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad no posee ningún registro contable de la vigencia 2004 hacia abajo. (Bermúdez en Comisión de la Verdad, 2020). Asimismo, la Comisión de la Verdad aseveró que casos como el de esta ESE, en los que se vincula a alcaldes y congresistas con paramilitares pertenecientes al frente José Pablo Díaz de las AUC

es un suceso que marcó al municipio y al país en general y, por ende, debería conocerse a profundidad. (Comisión de la Verdad, 2020). Romero, Olaya y Pedraza (2011), afirman que a partir de distintos sectores se alzaron voces denunciando la corrupción con los recursos de la salud del municipio; sin embargo, estas fueron silenciadas de forma violenta.

Por otro lado, la Comisión de la Verdad precisó que los recursos destinados al sector salud –un estimado de 530 mil millones de pesos– fueron utilizados para la compra de votos y el fortalecimiento de los actores armados con dinero y cargos público entre 2000 y 2010 en todos y cada uno de los departamentos de la región Caribe, ya que estaban sometidos por la parapoltica (Comisión de la Verdad, 2020). De forma similar, Hernán Pedraza (2020) sostiene que en el Atlántico la problemática y corrupción, la captación de las rentas destinadas al sector de la salud se tornó un negocio fructífero y/o lucrativo para los actores del paramilitarismo. (Comisión de la Verdad, 2020). En síntesis, fue un período en el que el sector de la salud en Soledad se vio exponencialmente afectado por dicha situación y vivió uno de sus momentos más oscuros.

Por lo que los sectores de la salud y de la educación resultaron ser lo más afectados, las AUC tomaban el 5% de los contratos y desviaban los recursos de estos dos sectores (Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y DIH, 2011). En concordancia con lo anterior, Soledad carece de la infraestructura capaz y suficiente para cubrir en su totalidad a la población que requiera de la atención y/o prestación de los servicios de salud en los diferentes sectores (barrios) de soledad. El municipio posee dos ESE: la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad y la ESE Hospital Juan Domínguez Romero de Soledad, a través de las cuales se prestan los servicios de salud a la población. La primera ESE, cuenta con 9 centros de salud, mientras que la segunda, solo cuenta con uno. (Véase Ilustración 1. Mapa Red De Atención de la E.S.E. Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad e Ilustración 2. Distancia Centro de Salud Familiar Manuela Beltrán a la ESE Hospital Juan Domínguez Romero de Soledad).

Asimismo, no cuenta con la capacidad instalada suficiente de camas UCI; la falta de insumos y equipos especializados para atender tanto las situaciones de emergencia como las generales; la falta de espacios adecuados para la atención de pacientes con enfermedades mentales y pacientes con farmacodependencia; la falta de campañas de concientización sobre enfermedades epidémicas, la previsión y el control de estas a fin de ofrecer la oportuna atención y prestación de los servicios de salud para mitigar así, los riesgos de propagación de enfermedades respiratorias de índole epidémica (dengue, tuberculosis, etc.). A lo que se le agrega la problemática salubridad y/o saneamiento básico, los factores contaminantes y las características o condiciones climáticas del municipio.

Un claro ejemplo de esto son las intensas lluvias que periódicamente se presentan en Soledad y que dan paso al surgimiento y/o constante aparición de epidemias de enfermedades respiratorias (dengue, tuberculosis, bronquitis, neumonía, etc.) y que propician la proliferación de dichas enfermedades. En adición, Soledad ha aumentado de forma excesiva y desequilibrada su población en los últimos años de acuerdo con las estimaciones del DANE. (Soledad Confiable, 2016-2019). Debido: al crecimiento de la tasa de natalidad, la recepción de personas en situación de desplazamiento, víctimas de la violencia –quienes han encontrado en Soledad un refugio–, personas desmovilizadas y la llegada masiva de inmigrantes venezolanos.

Lo cual, implica un incremento presupuestal, de infraestructura e insumos para dar cobertura a las necesidades y demandas de la población –constituida por nativos (soledeños), personas provenientes de distintas partes del país y extranjeros– en la atención y prestación de los servicios de salud en el municipio. En otras palabras, dicha problemática impacta en las variables de oferta de servicios y atención a la población perteneciente al régimen subsidiado (sisbenizada) y la población pobre no afiliada. Aspectos o factores que repercuten indudable e irremediamente en las administraciones siguientes y sus respectivos planes de acción territorial en el sector salud.

Además de continuar afectando y aquejando al municipio en cuanto a la atención y prestación de los servicios de salud, en el control y prevención de enfermedades respiratorias epidémicas, en la escasez de los insumos y equipos especializados necesarios para la atención

y prestación de los servicios en situaciones de emergencia y situaciones generales de manera oportuna, la falta de centros de salud, etc. Que conducen u ocasionan el colapso del sistema de salud y, por ende, que se desborde o sobrepase –con creces– la capacidad institucional, presupuestal del municipio. Estableciendo así, circunstancias que entorpecen la eficiencia en la distribución y uso de los recursos del SGP en salud, dificultan el alcanzar la cobertura total en salud –integral y de calidad– e impiden la adecuada atención y prestación de los servicios de salud.

Ahora bien, para garantizar dicha atención y prestación de los servicios de salud a la población, las entidades territoriales realizan o adelantan procesos de contratación y/o celebración de contratos de aseguramiento en el régimen subsidiado de salud de la población pobre. Los cuales son sometidos a seguimiento y control con el fin de darle continuidad y procurar la ampliación de la cobertura de salud de la población. (Franco y Bejarano, 2012).

En cuanto a la distribución de los recursos del Sistema general de participación en el sector salud, así como la inversión, los proyectos y programas en materia de salud planteados y posteriormente ejecutados en los planes de desarrollo territoriales de las dos administraciones antecesoras a la administración del exalcalde Joao Herrera Iranzo –cuyo plan se denominó “Soledad confiable” 2016-2019–, se encuentran los planes: “Vamos a construir ciudad” del período del exalcalde José Zapata Guerrero (2008-2011) y “Soledad nos necesita a todos” del exalcalde Franco Castellanos Niebles (2012-2015). En los cuales, se exponen los proyectos a realizar, la distribución e inversión de los recursos propios, del SGP y los otros recursos en los diferentes sectores (educación, salud, movilidad, etc.) en el respectivo cuaternario de administración para la que fueron elegidos; teniendo en cuenta la situación o estado del municipio al momento de iniciar dicho período.

En el plan de desarrollo territorial “Vamos a construir ciudad” bajo la administración del exalcalde José Zapata Guerrero (2008-2011), se destinó al sector salud un 30,38% correspondientes a 281.386 millones y el porcentaje de los recursos y/o transferencias del SGP destinados a la salud fue del 30%. Por otra parte, mientras que los gastos de inversión en salud disminuyeron un 4% –pasaron de 74.387 millones a 71.384 millones–, los ingresos totales del municipio en ese período crecieron un 28%. La tasa de mortalidad infantil

disminuyó a 19,97% por mil nacidos vivos en comparación con las cifras del 2005; sin embargo, se registró que dicha tasa (19,97%) se mantuvo sin cambios 2008-2009.

Respecto a la cobertura total de salud lograda por “Vamos a construir ciudad”, esta fue del 82,73% en 2011, 77,17% en 2010, 82,28% en 2009 y, 70,21% en 2008, como se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Cobertura Salud Soledad 2008-2011

Vigencia	2008	2009	2010	2011
Porcentaje (%)	70, 21	82,28	77,17	82,73

Adaptado de: Secretaría de Salud Departamental, 2011. (2020).

En el cuadro anterior se evidencia que en el 2008 y en el 2010 fueron inferiores a los porcentajes obtenidos en 2009 y 2011. Pese a que la cobertura total de salud en el municipio disminuyó un 5,11% en la vigencia de 2010, en 2011 la cobertura total alcanzó el 82,73%; lo que significa que, aumentó de una vigencia a otra, un 5,56%. Ahora bien, los servicios de salud en el municipio de Soledad son realizados a través de la Red pública de prestadoras de servicios de salud. La cual, cuenta con la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad –que poseía cinco sedes o centros de salud– y la ESE Hospital Juan Domínguez Romero Soledad –solo una sede–.

En el plan de desarrollo territorial “Soledad nos necesita a todos” bajo la administración del exalcalde Franco Castellanos Niebles (2012-2015), se situó el sector salud en el programa “Soledad justa y equitativa” junto con los sectores: educación, cultura, deporte y recreación y gestión social; para el cual, se destinó un 70,34%. Correspondiéndole a salud 462.402 millones, monto constituido por los recursos propios, las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) y otros recursos, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Distribución de los recursos: Inversión Salud Soledad 2012-2015

	Recursos propios	SGP	Otros	Por gestionar	Total
Costo en millones	69.393	224.941	168.068		462.402

Adaptado de: Plan de desarrollo municipal de Soledad, 2012. (2020).

En el cuadro anterior se muestran los montos a invertir en el sector salud en Soledad durante el período comprendido entre 2012 y 2015. Siendo clasificados de acuerdo a la procedencia de los recursos: Recursos propios (69.393 millones), Recursos del SGP (224.941 millones), otros recursos (168.068 millones), por gestionar (0); para un total de 462.402 millones que corresponden a una parte del 70,34% destinado a “Soledad justa y equitativa”, como ya se mencionó.

Asimismo, la cobertura de salud lograda al finalizar la vigencia de 2015 fue del 76,3%, que en comparación con la cobertura total en salud de la última vigencia de la administración anterior (2011), fue inferior, es decir que, disminuyó el nivel de cobertura total de salud en el municipio de Soledad en el período comprendido entre 2012 y 2015. Lo cual implica que, aumentó el número de habitantes con necesidades básicas insatisfechas, personas que se encuentran fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por otro lado, la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad pasó de tener cinco sedes y/o centros de salud, a tener siete sedes, siendo dos de emergencias; mientras la ESE Juan Domínguez Romero Soledad, continuó con una sola sede. En ese período, se registró la capacidad de las ESE en cuanto al número de camas y salas con las que contaban para la atención y/o prestación de los servicios de salud, tal y como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Capacidad disponible ESE Soledad 2012

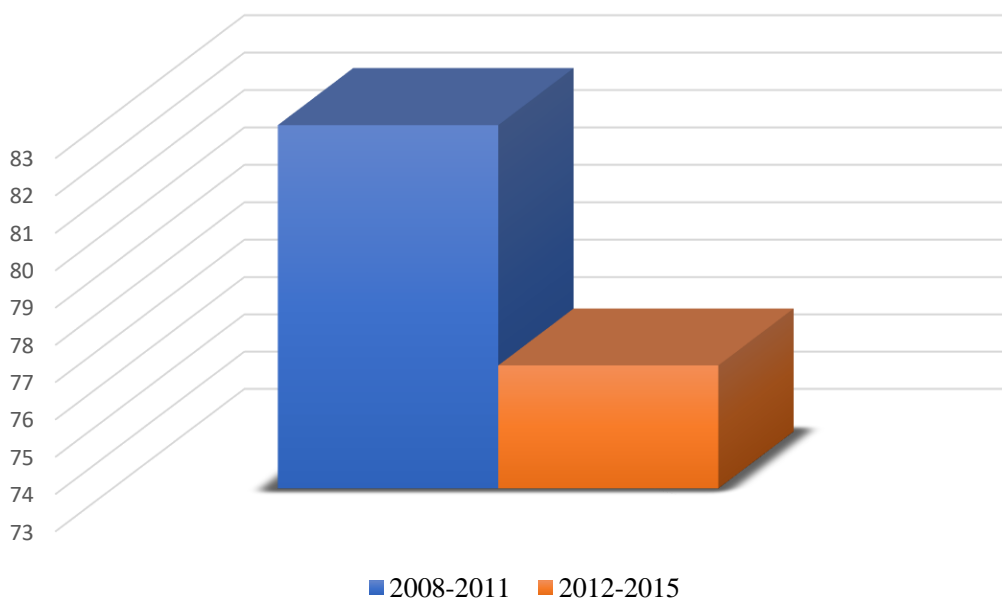
Servicio	Cantidad
Camas	304
Adultos	124
Cuidado Intensivo Adulto	12
Cuidado Intensivo Neonatal	19
Cuidado Intensivo Pediátrico	3
Cuidado Intermedio Adulto	4
Cuidado Intermedio Neonatal	16
Cuidado Intermedio Pediátrico	4
Obstetricia	62
Pediátrica	60
Salas	28
Partos	15
Quirófanos	13
Total	332

Adaptado de: Secretaría de Salud Departamental, 2012. (2020).

Entre los resultados y/o metas planteadas y esperadas en materia de salud en el plan de desarrollo territorial “Soledad nos necesita a todos” (2012-2015), se encuentran: 1. aumentar en un 20% el número de personas afiliadas al régimen contributivo; 2. aumentar el 72,56% al 100% a la población pobre no asegurada (PPNA) al régimen subsidiado; y, 3. ampliar la cobertura de vacunación al 95%. De lo cual, se logró más de la cobertura de vacunación esperada, en un 103,1% (DNP, 2018).

Cabe mencionar que, ambos planos de desarrollo territorial concuerdan en afirmar que en el municipio de Soledad existen unas ‘tensiones’ que impiden y entorpecen la adecuada atención y prestación de los servicios de salud en el municipio. Por otro lado, la cobertura total de salud en lugar de ascender o en su defecto, mantenerse en el porcentaje logrado en el periodo 2008-2011 de 82,73%, disminuyó un 6,43% en el lapso 2012-2015. Es decir que, aumentó el porcentaje de la población fuera del sistema general de seguridad social y salud. (Véase gráfico 1. Comparación cobertura de salud).

Gráfico 1. Comparación cobertura de salud



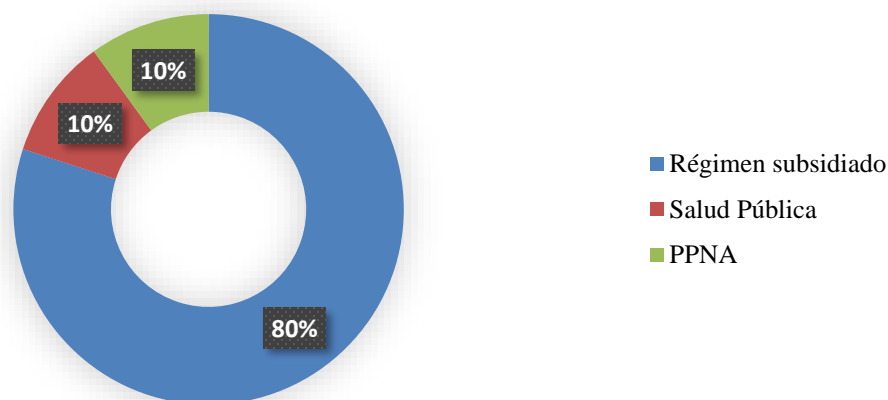
Elaboración propia, 2020.

3.6. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se presenta el análisis y los resultados obtenidos en la investigación en torno a los recursos del SGP en salud asignados al municipio de Soledad, Atlántico; a fin de determinar la eficiencia de la ejecución de dichos recursos en el período comprendido entre 2016 y 2019 bajo la administración del exalcalde Joao Herrera Iranzo. Los cuales, se agruparon o clasificaron según: Distribución de los recursos del SGP en salud transferidos al municipio de Soledad, Ejecución de los recursos del SGP en salud de Soledad, Récord de distribución y ejecución de los recursos del SGP en salud de Soledad 2008-2019, SGP salud: plan de desarrollo territorial 2016-2019 en contraste con sus resultados, cumplimiento y eficiencia: indicadores y resultados del SGP en salud 2016-2019, y, medición del desempeño de Soledad en el área de la salud.

Distribución de los recursos de salud transferidos al municipio de soledad

Para la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, conforme dicta la norma –Ley 715 de 2001–, se tienen en cuenta criterios como la población atendida y por atender, la población urbana y la rural, la eficiencia administrativa y fiscal. Asimismo, se privilegia la administración por objetivos y no por objeto de gasto, es decir que, se asignan en función de la demanda y no de la oferta. (Mendoza, 2007). En relación con lo anterior, al sector salud le corresponde el 24,5% del total de los recursos provenientes del SGP, los cuales van destinados a: 1. Financiar o cofinanciar los subsidios a la demanda de forma gradual hasta alcanzar la cobertura total (80%); 2. Prestar el servicio a la Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda, también conocida como Población Pobre No Asegurada o PPNA (10%); y, 3. Adelantar y/o realizar acciones de salud pública (10%). (Véase gráfico 1.).

Gráfico 2. Distribución recursos SGP salud

Elaboración propia, 2020.

En el gráfico se exponen los porcentajes de distribución de los recursos del SGP en salud para cada componente. Se observa que el componente Régimen subsidiado con un 80%, con el cual se busca garantizar la atención y/o prestación de los servicios de salud a la población perteneciente a este; seguido de los subcomponentes Salud pública y PPNA, cada uno con el 10%. Este último referido a la atención y prestación de los servicios de salud a la población no cubierta con subsidios a la demanda y el otro, a las acciones de salud pública como su nombre indica.

Ahora bien, con base en los datos en la información publicada en la página del Departamento Nacional de Planeación (DNP) específicamente en el portal SICODIS; la distribución de los recursos del SGP en salud asignados al municipio de Soledad durante las vigencias 2016-2019 se dio de la siguiente manera:

Cuadro 4. Distribución total recursos SGP Salud 2016-2019

Vigencia	Valor
2016	\$ 74.591.530.533
2017	\$ 79.412.957.256
2018	\$ 90.387.706.676
2019	\$ 106.042.524.340

Adaptada de: SICODIS, DNP. (2020)

En el cuadro anterior, se evidencia el aumento de los recursos del SGP en salud en cada una de las vigencias señaladas en cumplimiento al Acto Legislativo 04 de 2007; en el cual se estipula que los recursos del Sistema General de Participaciones transferidos a los departamentos, distritos y municipios, deberá incrementar anualmente en un porcentaje igual al promedio de la variación porcentual que hayan tenido los ingresos corrientes de la Nación durante el año anterior.

En el siguiente apartado se expone de qué manera fueron ejecutados los recursos del Sistema General de Participaciones en salud en el municipio de Soledad, Atlántico en el período comprendido entre 2016 y 2019.

Ejecución de los recursos del SGP en salud de Soledad

Como se mencionó en páginas anteriores, los recursos del SGP asignados al sector salud se destinan al régimen subsidiado, salud pública y la Población Pobre No Asegurada con subsidios (PPNA). De acuerdo con los datos provenientes del portal del Departamento Nacional de Planeación: SICODIS, los recursos del SGP para el sector salud en las vigencias 2016-2019 se distribuyeron de la siguiente forma:

Cuadro 5. Distribución recursos SGP 2016-2019

Vigencia	Componente			Total
	Régimen Subsidiado	Salud Pública	Subsidio a la Oferta	
2016	\$ 68.498.124.952	\$ 5.437.626.285	\$ 655.779.296	\$74.591.130.533
2017	\$ 73.611.447.022	\$ 5.374.196.139	\$ 427.314.095	\$79.412.957.256
2018	\$ 83.214.086.066	\$ 6.746.306.515	\$ 427.314.095	\$90.387.706.676
2019	\$ 98.581.997.912	\$ 7.033.212.333	\$ 427.314.095	\$106.042.524.340

Adaptada de SICODIS - DNP, 2020.

Se observa que el mayor porcentaje derivado de los recursos del SGP es para el régimen subsidiado, seguido de la salud pública y el menor porcentaje es para el subsidio a la oferta. Dichos recursos fueron ejecutados así:

Régimen subsidiado

El régimen subsidiado afilia a la población identificada mediante la aplicación del SISBEN por focalización, clasificado en los niveles 1 y 2, y a la identificada mediante listados censales. Este, se financia mediante aportes de solidaridad de los cotizantes contributivos, recursos de las cajas de compensación familiar, el Sistema General de Participaciones de las entidades territoriales (SGP) creado por la Ley 715 de 2001 y recursos de los entes territoriales procedentes de rentas cedidas o impuestos a las loterías, licores y rifas y juegos.

La cobertura de salud del régimen subsidiado lograda en la vigencia 2016 fue:

Cuadro 6. Cobertura Régimen Subsidiado 2016

Población Sisbén Validada diciembre 2016 Niveles 1 y 2	Régimen Subsidiado 2016	Cobertura R.S. 2016 (%)
337.106	211.522	98,03%

Adaptado de: Ministerio de Salud, 2017. (2020).

La cobertura de salud del régimen subsidiado lograda en la vigencia 2017 fue:

Cuadro 7. Cobertura Régimen Subsidiado 2017

Población Sisbén Validada diciembre 2017 Niveles 1 y 2	Régimen Subsidiado 2017	Cobertura R.S. 2017 (%)
362.419	223.852	97,87%

Adaptado de: Ministerio de Salud, 2017. (2020).

En la vigencia 2017, se reflejó un aumento en la población afiliada al régimen subsidiado en relación con la vigencia 2016, sin embargo, el porcentaje de cobertura total disminuyó un 0,16%. Respecto a la cobertura de salud del régimen subsidiado lograda en la vigencia 2018 fue:

Cuadro 8. Cobertura Régimen Subsidiado 2018

Población Sisbén Validada diciembre 2018 Niveles 1 y 2	Régimen Subsidiado 2018	Cobertura R.S. 2018 (%)
386.149	238.536	98,67%

Adaptado de: Ministerio de Salud, 2018. (2020).

En la vigencia 2018, se observa el incremento de la población afiliada proporcional a la cobertura total alcanzada (98,67%), la cual se diferencia de la vigencia de 2017 en un 0,8%. Por otro lado, la cobertura de salud del régimen subsidiado lograda en la vigencia 2019 fue:

Cuadro 9. Cobertura Régimen Subsidiado 2019

Población Sisbén Validada diciembre 2019 Niveles 1 y 2	Régimen Subsidiado 2019	Cobertura R.S. 2019 (%)
408.710	245.537	98,87%

Adaptado de: Ministerio de Salud, 2019. (2020).

Frente a la vigencia 2019 se muestra un aumento del 0,2%, 1% y 0,84% respectivamente, frente a las vigencias 2018, 2017 y 2016. La vigencia con mayor cobertura fue la de 2019 con 98,87% y la más baja fue en 2017 con un 97,87%. Con base en lo anterior, se puede decir que pese a la disminución en la cobertura de la población subsidiada en la vigencia 2017, esta se ha mantenido superior al 97%. Cabe mencionar que los recursos del SGP asignados al régimen subsidiado fueron implementados al 100%.

Salud pública

Al inicio del apartado se observó la cantidad de recursos provenientes del SGP, repartidos entre los componentes régimen subsidiado, subsidios a la oferta y salud pública en las vigencias 2016-2019 (véase Cuadro 5. Distribución recursos SGP 2016-2019). A su vez, dichos recursos se distribuyen en acciones como: la promoción de la salud mental y la convivencia social, seguridad nutricional y alimentaria, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud y ámbito laboral, salud pública en emergencias y desastres, gastos diferenciales en poblaciones vulnerables y en el fortalecimiento de autoridad sanitaria. Lo cual, se encuentra plasmado en el Plan de Acción en Salud (PAS), consagrado en el Plan de Desarrollo Territorial del municipio.

En cuanto a la ejecución, se realizaron sensibilizaciones comunitarias sobre el tratamiento, almacenamiento, desinfección y buen uso de los recursos hídricos a comunidades ubicadas en sectores de baja cobertura de los servicios de acueducto y alcantarillado; 653 charlas a jóvenes para prevenir el consumo de alcohol; campañas de

sensibilización en alimentación saludable, consumo de frutas y verduras a los jóvenes en edad escolar por medio; jornadas educativas a 212 personas para la promoción del tamizajes para hipertensión y diabetes, cáncer de cérvix mama y próstata y promoción del autocuidado; se fomentaron las buenas prácticas en Salud Auditiva y Comunicativas, enfocadas a la higiene, cuidado del oído y la audición. (Alcaldía Municipal de Soledad, 2018).

En términos generales, el porcentaje de la ejecución de los recursos 2016-2019 osciló entre 96,96 % (2017) y 98, 93% (2018). Sin embargo, en la auditoría de gestión realizada por la Contraloría General de la República se encontraron varios hallazgos con incidencia disciplinaria con relación a procesos contractuales en las vigencias. Una muestra de ello es el siguiente cuadro:

Cuadro 10. Descripción hallazgos SGP Salud informe auditoria CGR 2017

Situación	Descripción Del Hallazgo	Incidencia Del Hallazgo	Cuantía Del Hallazgo
En contrato interadministrativo para la ejecución de Plan de Inversiones Colectivas de salud pública entre el municipio de Soledad y la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad por \$2.677.390.000 se estableció una forma de pago que se incumplió por parte de la Alcaldía Municipal de Soledad, pese a tener recursos en la caja para efectuar dichos pagos, evidenciándose en su lugar pagos a fundaciones sin el respeto al derecho de turno.	Deficiencia en el monitoreo de pago de obligaciones e incumplimiento del contrato interadministrativo, lo que podría generar incumplimiento a los fines esenciales del Estado.	DISCIPLINARIA	\$0

Elaboración propia adaptada de: Contraloría General de la República, 2018, pp. 64-68. (2020).

Si bien hallazgo tuvo incidencia disciplinaria en tanto que, se incumplió el derecho de turno, fuera de ello no se generó una afectación al erario, debido a que se canceló la obligación teniendo constancia de lo anterior.

Subsidios a la oferta-Población Pobre No Asegurada (PPNA)

De acuerdo con las cifras de los recursos del SGP asignados a la prestación de los servicios de salud a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda y a la financiación de subsidio a la oferta (véase Cuadro 5. Distribución recursos SGP 2016-2019), esta fue proporcional en las vigencias 2016-2019. En cuanto a la ejecución de dichos recursos, se encontró que, la administración dio cumplimiento a lo establecido en la Ley 715 de 2001 y las demás normas aplicables.

Sin embargo, en la vigencia de 2016 la Contraloría General de la República indicó un hallazgo de auditoría por la no realización de:

La conciliación de los recursos sin situación de fondos girados por la Nación a los Fondos de Pensiones y Cesantías, Aseguradoras de Riesgos Laborales ARL y EPS, por concepto de Aportes Patronales-prestación de servicios de salud a la Población Pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. (Contraloría General de la República, 2017).

De acuerdo con la Contraloría General de la República (2017), lo anterior evidencia debilidades en la aplicación de control y seguimiento de la Secretaría de Salud Municipal. Por otra parte, en la vigencia de 2017 se encontró que se ejecutó el 100% de los recursos; asimismo, fue atendido el primer nivel de atención de servicios en un 100% a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda; población constituida en gran parte por personas víctimas de la violencia y reinsertados que habitan en el municipio.

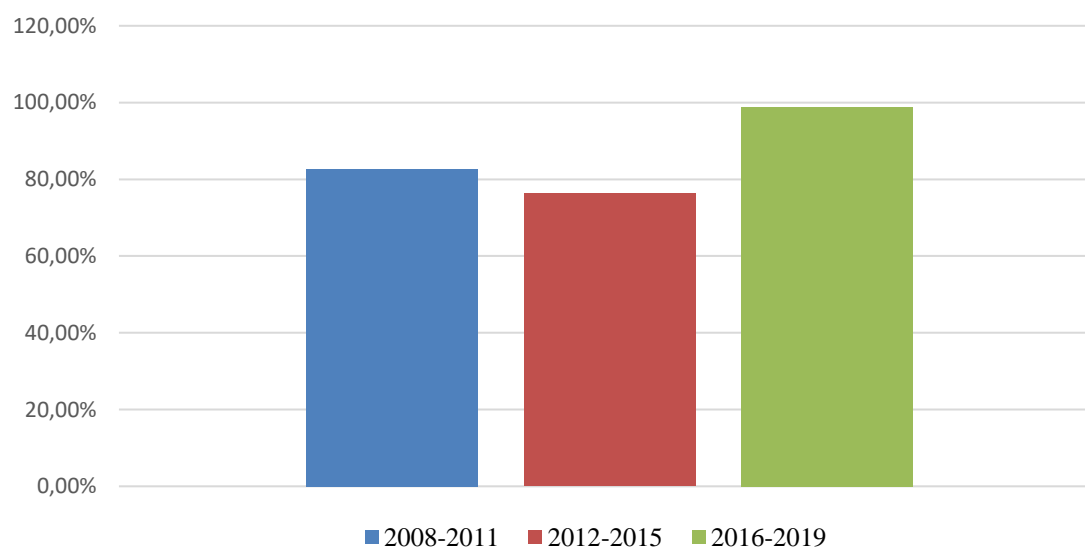
En las vigencias 2018 y 2019, se evidenció que el ente territorial apropió los recursos conforme dicta la norma, en la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y a la financiación de los subsidios a la oferta. Es así como, en términos generales en las vigencias 2016-2019 se dio cumplimiento a la normatividad.

A continuación, se expone de manera breve el desempeño del municipio de Soledad en cuanto a la distribución y ejecución de los recursos del SGP en salud 2016-2019 en comparación con las vigencias 2008-2011 y 2012-2015.

Récord de distribución y ejecución de los recursos del SGP en salud de Soledad 2008-2019

Como punto de partida para evaluar el desempeño y eficiencia de la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, son los resultados obtenidos al final de sus respectivos cuaternarios, como la cobertura total del régimen subsidiado. En el siguiente gráfico, se puede observar la cobertura total de las vigencias 2008-2011, 2012-2015 y 2016-2019.

Gráfico 3. Cobertura total salud Régimen Subsidiado Soledad 2008-2019



Elaboración propia, 2020.

Se observa que al finalizar las vigencias 2008-2011 el porcentaje de cobertura fue del 82,73%. En las vigencias 2012-2015 se alcanzó una cobertura de 76,3%, lo cual evidencia una disminución del 6,43%. Sin embargo, en las vigencias 2016-2019 se registró un aumento del 22,57%, quedando la cobertura total de salud del régimen subsidiado en 98,87%.

SGP salud: plan de desarrollo territorial 2016-2019 en contraste con sus resultados

En el plan de desarrollo territorial del municipio de Soledad 2016-2019 (“Soledad confiable”) se propusieron de manera general, lograr una mayor equidad en salud a través de una serie de estrategias de gestión y articulación que aseguraran el disfrute pleno del derecho a la salud, contemplando los índices de morbilidad, la mortalidad infantil, mortalidad neonatal, mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, por desnutrición, por enfermedades transmisibles, enfermedades respiratorias, etc., de las vigencias anteriores.

Régimen subsidiado: plan y resultados

Para el componente de régimen subsidiado “Soledad confiable” se puso como objetivo principal, ampliar el porcentaje de la población afiliada a la salud y con ello, lograr la cobertura total de salud o en su defecto, alcanzar un mejor nivel de cobertura en comparación con las administraciones anteriores. A continuación, se expone por vigencia el número de afiliados y el porcentaje de cobertura alcanzado en cada una.

Cuadro 11. No. Afiliados y cobertura régimen subsidiado 2016-2019

Vigencia	No. Afiliados	Cobertura total
2016	247.547	98,03%
2017	260.543	97,87%
2018	268.981	98,67%
2019	276.450	98,87%

Elaboración propia. (2021).

En el cuadro anterior se puede observar que el número de afiliados aumentó vigencia tras vigencia, registrando un menor número de afiliados en 2016 con 247.547 y un mayor número en 2019 con 276.450 afiliados. De 2016 a 2017, incrementó 12.996 el número de afiliados; de 2017 a 2018, subió 8.438; y de 2018 a 2019, aumentó 7.469 el número de afiliados. Con base en esto, la vigencia en la que se registró el mayor aumento en el número de afiliados al régimen subsidiado fue en la vigencia de 2017; no obstante, en dicha vigencia la cobertura total del régimen subsidiado disminuyó considerablemente a diferencia del resto de las vigencias que aumentaron hasta quedar en 98,87% al final de la administración del

excalcalde Joao Herrera; porcentaje con el cual, el municipio cumple con la meta de aumentar la cobertura de total de afiliados al régimen subsidiado en comparación a la administración anterior que alcanzó una cobertura de 76,3%, es decir que, el aumento fue de 22,57%. (Véase Gráfico 3. Cobertura total salud Soledad 2008-2019).

Salud pública: plan y resultados

En el componente de salud pública se trazaron metas puntuales, tales como:

- Desarrollar estrategias para promover la adaptación y calidad de ambientes saludables, tanto interna como externa de los entornos familiares propiciando así, la sana convivencia.
- Implementar estrategias de promoción para disminuir el consumo de alcohol.
- Incentivar mediante campañas a la práctica de actividades físicas para conservarse saludable y en forma.
- Sensibilizar mediante charlas a la población estudiantil sobre alimentación saludable, consumo de frutas y verduras.
- Promocionar el tamizaje para hipertensión, diabetes, cáncer de cérvix, mama y próstata.
- Ampliar la cobertura de vacunación, aplicando un mayor número de biológicos.
- Capacitar sobre el uso adecuado del preservativo y métodos de planificación familiar.
- Realizar campañas de prevención de bullying (acoso escolar), detección de síntomas de trastornos mentales.

En cuanto a la cobertura de vacunación se encontró el número de biológicos aplicados en las vigencias 2016-2019, los cuales se exponen en el siguiente cuadro:

Cuadro 12. No. Biológicos aplicados 2016-2019

<i>Vigencia</i>	<i>No. Biológicos aplicados</i>
2016	169.979
2017	176.356
2018	203.428
2019	205.531

Adaptado de: Acta rendición de cuentas 2017-2019. (2020).

En el cuadro anterior se puede observar que, el número de biológicos aplicados aumentó vigencia tras vigencia, de modo que, se aplicó un menor número de biológicos en 2016 y un mayor número de estos en 2019. De 2016 a 2017 aumentó 6.377 los biológicos; de 2017 a 2018, incrementó 27.072 biológicos aplicados; y de 2018 a 2019, subió 2.103 el número de biológicos aplicados. De acuerdo con esto último, la vigencia en la que se registró el mayor aumento en el número de biológicos aplicados fue en 2018. El municipio de Soledad cumplió en cuanto a la ampliación del número de biológicos aplicados en cada vigencia 2016-2019.

A continuación, se presenta una muestra de algunas de las acciones adelantadas en el transcurso de la administración del exalcalde Joao Herrera:

Cuadro 13. Muestra de acciones de salud pública

Acciones	Población beneficiada
Prevención de bullying/matoneo escolar, detección síntomas de trastornos mentales, capacitación en Zoe, capacitación sobre el consumo de alcohol.	3,584 estudiantes
Sensibilización en alimentación saludable, consumo de frutas y verduras a jóvenes en edad escolar en colegios, instituciones educativas.	Comunidad en general
Se realizaron jornadas educativas a 212 personas para la promoción de tamizajes para hipertensión y diabetes, cáncer de cérvix mama y próstata y promoción del autocuidado en world visión casa comunal villa Carmen, cdi funcopodigb-barrio villa sol, hogar mi esfuerzo-barrio nueva esperanza, hogar mis amiguitos-barrio Pumarejo, centro comercial nuestro atlántico del municipio de soledad (PIC).	Comunidad en general
Se desarrollaron talleres educativos para sensibilizar a la población en edad fértil en sexualidad responsable, prevención de embarazos no deseados en el colegio INEM y gycor (PIC).	Comunidad en general
Se realizaron 3 campañas educativas en fiestas carnestolendas, amor y amistad y brujitas dirigido a 355 jóvenes del colegio INEM, sobre el buen uso del preservativo y los métodos de planificación familiar por medio de los servicios amigables en salud del municipio de soledad (PIC).	355 jóvenes

Adaptado de: Acta rendición de cuentas 2016-2019. (2021).

En el documento del cual subyace la información consignada en el cuadro anterior, no se encontró un número exacto de la población beneficiada, sino que, en su mayoría se expone que fue aprovechada por la población en general; salvo por algunas campañas, charlas

y capacitaciones dirigidas a estudiantes y realizadas en diferentes centros educativos de Soledad. Por otro lado, en el municipio también se adelantaron acciones como:

- La remodelación de un espacio dentro de les Hospital Materno Infantil sede Salamanca para la atención de más de 300.000 mujeres en edad fértil.
- La apertura de “consultorios rosados”.
- Adecuación de la Sala de Rayos X en el Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana Sede Ciudadela Metropolitana inaugurada en el año 2018, lo cual benefició a los usuarios atendidos en esta sede minimizando los tiempos en la atención y un Diagnóstico oportuno.

PPNA

Como se menciona en páginas anteriores, el municipio apropió los recursos asignados conforme dicta la norma en cuanto a la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y a la financiación de los subsidios a la oferta; salvo por un hallazgo en 2016, correspondiente a la no realización de una conciliación sobre los recursos sin situación de fondos girados por la Nación. (Véase Subsidios a la oferta-Población Pobre No Asegurada (PPNA), p.47). Cabe recordar que estos –recursos– ocupan el 10% de transferencias del SGP, por lo que no cubren la totalidad de los contratos celebrados con las ESE del municipio para la atención y prestación de los servicios de salud de la población pobre no asegurada.

Cumplimiento y eficiencia: indicadores y resultados del SGP en salud 2016-2019

Durante la recolección de información se encontró el documento “Informe Anual de Cumplimiento de Requisitos Legales” en el cual se califica la ejecución de los recursos de transferencias del SGP –en términos generales– a partir de los siguientes indicadores integrales de cumplimiento: cumplimiento óptimo (mayor o igual al 95%), incumplimiento bajo (menor al 95% y mayor o igual al 80%), incumplimiento medio (menor al 80% y mayor o igual a 50%), incumplimiento alto (menor al 50%) e incumplimiento igual a cero (igual a 0%). (Secretaría de Planeación Departamental del Atlántico, 2016-2019). Con base en dicha escala e indicadores a continuación, se exponen las calificaciones obtenidas por el municipio de Soledad en el transcurso de las vigencias 2016-2019.

Cuadro 14. Calificación de cumplimiento de requisitos legales 2016-2019

Vigencia	Porcentaje	Calificación de cumplimiento
2016	69,02%	Incumplimiento medio
2017	86,46%	Incumplimiento bajo
2018	98,04%	Cumplimiento óptimo
2019	97,92%	Cumplimiento óptimo

Elaboración propia, (2021).

En el cuadro anterior se puede observar que, en la vigencia de 2016 el municipio obtuvo una calificación de incumplimiento medio respecto de los requisitos legales con un 69,02%; lo cual indica que, presentó medianos problemas en la incorporación de los recursos asignados del SGP, la incorporación y respectiva ejecución presupuestal de los mismos. Para la vigencia de 2017, Soledad disminuyó su nivel de incumplimiento y logró una valoración de incumplimiento bajo con un 86,46%; lo que quiere decir que, presentó diferencias leves en cuanto a la ejecución de algunos de los componentes del SGP. En la vigencia de 2018, el municipio alcanzó una calificación de cumplimiento óptimo con un 98,04%; es decir que, fueron ejecutados de forma consistente y adecuada los recursos en cada uno de los componentes. Para la vigencia de 2019, el municipio mantuvo su calificación de cumplimiento óptimo respecto de los requisitos legales, sin embargo, disminuyó el porcentaje a 97,92%; un 0,12% en relación con la vigencia anterior.

Ahora bien, la eficiencia de la ejecución de los recursos de transferencias del SGP destinados al sector salud se determina a partir de si el municipio acató o no las incorporaciones correspondientes respecto a los ingresos e inversión en cada uno de los subcomponentes de salud con base en lineamientos y normas establecidas. Dicha eficiencia, se centra en el nivel de ejecución de los recursos (total u óptima, parcial e inadecuada) en la inversión de proyectos y acciones adelantadas: la cobertura de salud (total de afiliados al régimen subsidiado), total de dosis de vacunas pentavalentes, total de vacunados, campañas de prevención y protección de salud, etc. A continuación, se exponen los resultados anuales de cumplimiento de requisitos legales, ingresos, inversión y nivel de ejecución por subcomponente y vigencia.

Cuadro 15. Cumplimiento anual requisitos legales 2016-2019

Componente de salud	Vigencia	Ingresos	Inversión	Ejecución
<i>Régimen subsidiado</i>	2016	100%	100%	Óptima
	2017	100%	100%	Óptima
	2018	100%	100%	Óptima
	2019	100%	100%	Óptima
<i>Salud pública</i>	2016	100%	99%	Óptima
	2017	100%	97%	Óptima
	2018	100%	98%-99%	Óptima
	2019	100%	100%	Óptima
<i>PPNA</i>	2016	37%	100%	Inadecuada
	2017	5%	0%	Inadecuada
	2018	0%	100%	Inadecuada
	2019	0%	100%	Inadecuada

Adaptado de: Informe de cumplimiento anual de requisitos legales. Secretaría de Planeación Departamental. (2020).

En el cuadro anterior se puede apreciar que, en los subcomponentes de salud pública y régimen subsidiado, el municipio de Soledad ejecutó óptimamente los recursos, es decir que, acató las incorporaciones con base en las directrices de distribución e implementación del dinero asignado. Se observa que, en el subcomponente de régimen subsidiado, Soledad invirtió la totalidad de lo asignado en las cuatro vigencias; mientras que, en el subcomponente de salud pública si bien la ejecución fue óptima, el municipio no ejecutó la totalidad de lo asignado salvo por la vigencia de 2019. En cuanto al subcomponente PPNA, se evidencia que, Soledad no acató las incorporaciones correspondientes por lo que la ejecución de los recursos fue inadecuada en las cuatro vigencias de la administración del exalcalde Joao Herrera.

De acuerdo con lo anterior, las vigencias con mejor nivel de cumplimiento de los requisitos legales y eficiencia en la incorporación y ejecución de los recursos del SGP asignados de manera general fueron las vigencias de 2018 y 2019, ambas con cumplimiento óptimo. Sin embargo y pese a ciertas deficiencias evidenciadas en la implementación de los recursos en la prestación de servicios a la población pobre en lo no asegurada (PPNA), se encontró que, el municipio de Soledad no solo manejó los recursos del SGP transferidos por la Nación de conformidad a la normatividad en el transcurso de las vigencias 2016-2019 sino que, alcanzó la mayor eficiencia respecto a la ejecución de los recursos del SGP en el sector salud.

Medición del desempeño de Soledad en el área de la salud

En el área de la salud el desempeño se mide cada año a partir de tres variables: cobertura total en salud, cobertura total de vacunación pentavalente y la tasa de mortalidad; las cuales, en este caso permiten conocer cómo fue el desempeño del municipio de Soledad, Atlántico en dicho sector durante la administración del exalcalde Joao Herrera (2016-2019).

Cobertura en salud

Soledad, en el transcurso de las vigencias 2016-2019 logró los siguientes porcentajes de cobertura total en salud:

Cuadro 16. Cobertura Salud 2016-2019

2016	2017	2018	2019
72,20%	74,77%	74,59%	81,80%

Adaptado de: Medición Desempeño Municipal. DNP, 2016-2019. (2021).

De acuerdo con el cuadro anterior, el municipio de Soledad registró un incremento progresivo en cuanto a la cobertura en salud vigencia tras vigencia a excepción del año 2018. En 2017, aumentó en un 2,57% en comparación con 2016; en 2018 disminuyó un 0,18% respecto de la vigencia anterior; en 2019, no solo aumentó, sino que, subió en un 7,21% quedando en 81,80% la cobertura total en salud al finalizar la administración del exalcalde Joao Herrera.

Cobertura vacunación pentavalente

En cuanto a la cobertura de vacunación pentavalente durante las vigencias comprendidas entre 2016 y 2019, el municipio alcanzó los siguientes porcentajes de cobertura total:

Cuadro 17. Cobertura Vacunación Pentavalente 2016-2019

2016	2017	2018	2019
100,00%	103,68%	100,00%	100,00%

Adaptado de: Medición Desempeño Municipal. DNP, 2016-2019. (2021).

En el cuadro anterior se puede apreciar que, Soledad mantuvo el porcentaje de vacunación pentavalente en 100,00%, salvo para el año 2017 que, obtuvo como resultado un 103,68% y una diferencia de 3,68% en relación con las demás vigencias (2016, 2018 y 2019).

Mortalidad infantil

Durante las vigencias 2016-2019 el municipio obtuvo los siguientes porcentajes respecto a la tasa de mortalidad infantil:

Cuadro 18. Tasa Mortalidad Infantil 2016-2019

2016	2017	2018	2019
13,30%	12,66%	13,99%	13,86%

Adaptado de: Medición Desempeño Municipal. DNP, 2016-2019. (2021).

En el cuadro anterior se observa que, la tasa de mortalidad se mantuvo de manera general en 13% variando entre 13,30%, 13,86% y 13,99%; a diferencia de la vigencia 2017 que, registró una disminución del 0,64% en comparación con 2016; 1,33% en relación con 2018 y 1,2%, respecto a 2019. Es decir que, al finalizar la administración del exalcalde Joao Herrera, el municipio disminuyó en un 0,13% la tasa de mortalidad infantil; sin embargo, no fue el menor porcentaje registrado en el transcurso de dicha administración (2016-2019).

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

La presente investigación-consultoría se llevó a cabo con el propósito de evaluar los resultados de la ejecución de los recursos de transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) asignadas al sector de la salud del municipio de Soledad, Atlántico para determinar la eficiencia de su utilización en el transcurso de la administración del exalcalde Joao Herrera Iranzo (2016-2019) con base a los lineamientos gubernamentales aplicables. Por lo que fue necesario implementar el método de investigación analítico y la técnica de recolección de datos de tipo documental, obteniendo la información de páginas y/o sitios web institucionales.

Respecto a la distribución y ejecución de los recursos del SGP, la revisión de la literatura indica que al área de la salud le corresponde el 24,5% del total de los recursos provenientes del SGP, los cuales, para las vigencias 2016-2019 fueron distribuidos por el municipio en los subcomponentes de la salud: régimen subsidiado, salud pública y población pobre no asegurada –de conformidad a la Ley 715 de 2001–, concerniéndoles el 80% al régimen subsidiado y el 10% a los dos restantes. (Véase gráfico 1. p.41). Además, dichos recursos en salud aumentaron en cada una de las vigencias ya mencionadas conforme lo estipula el Acto Legislativo 04 de 2007. En cuanto a la ejecución de estos –recursos derivados del SGP en el sector de la salud en Soledad–se encontró lo siguiente:

- Vigencia tras vigencia (2016-2019) aumentó la cobertura de la población afiliada al régimen subsidiado a excepción del año 2017 en el cual, disminuyó un 0,16%; que para la siguiente vigencia subió un 0,8%.
- Los recursos asignados a la salud pública se ejecutaron en un 96,96% sin embargo, la auditoría de gestión adelantada por la Contraloría General de la República reportó varios hallazgos con incidencia disciplinaria en relación con procesos contractuales. Pese a ello, esto no generó una afectación al erario ya que, se canceló la obligación.
- El número de biológicos aplicados aumentó vigencia a vigencia, de haber aplicado 169.979 en 2016 a 205.531 biológicos aplicados en 2019. Al respecto, en 2018

registró el mayor incremento con 27.072 biológicos aplicados en comparación con el resto de las vigencias.

- La cobertura total del régimen subsidiado alcanzado en las vigencias entre 2008 y 2019 fue del 82,73% (2008-2011), 76,3% (2012-2015) y 98,87% (2016-2019). Lo cual, evidencia que en el período administrativo del exalcalde Franco Castellanos Niebles (2012-2015) hubo una disminución de cobertura del 6,43% respecto al período anterior (2008-2011), que incrementó un 22,57% en la administración siguiente (2016-2019).

Por otra parte, se evidencia una falta en cuanto a infraestructura, equipos e insumos suficientes para garantizar la atención y prestación de los servicios de salud de forma oportuna, adecuada y así, atender situaciones de emergencia. Soledad continúa sin espacios adecuados para la atención, cuidado y rehabilitación de pacientes farmacodependientes y/o con enfermedades mentales. En adición, se registra un aumento tanto excesivo como progresivo de la población por razones como: el crecimiento de la tasa de natalidad, la recepción de personas en situación de desplazamiento, víctimas de violencia, desmovilizados de grupos al margen de la ley y la llegada masiva de inmigrantes venezolanos.

Aspectos que de una forma u otra impactan en la crisis de salud producto de la corrupción e ineficiencia respecto al uso y distribución de los recursos del SGP, de la cooptación y captura de las rentas conferidas a la salud a manos de grupos al margen de la ley en complicidad y/o control sobre algunos gobernantes de turno en vigencias anteriores a las de 2016 a 2019 al interior del municipio. Que conllevan al desbordamiento de la capacidad institucional del municipio y, por ende, al colapso del sistema de salud de este, y bien podrían acarrear o significar una problemática de mayor envergadura en materia de salubridad y más riesgos de los que ya materializados.

Sin embargo, la literatura concerniente al cumplimiento anual de requisitos legales respecto a la ejecución general de los recursos de transferencias del SGP arrojó que el municipio obtuvo calificaciones de incumplimiento medio en 2016 (69,02%), incumplimiento bajo en 2017 (86,46%) y, cumplimiento óptimo en 2018 y 2019 (98,04% y 97,92%, respectivamente), que en promedio fueron buenas calificaciones. Es decir que,

Soledad acató en su mayoría las incorporaciones debidas del dinero asignado, presentando medianas y bajas diferencias con relación a los requisitos legales.

Por otro lado, la ejecución de los recursos de transferencias del SGP destinadas específicamente al área de la salud asignados a Soledad fueron distribuidos en los subcomponentes de salud e incorporados óptimamente en régimen subsidiado y salud pública, a diferencia de lo destinado a PPNA; para el cual, el municipio no acató las debidas incorporaciones por lo que la relación ingresos-inversión fue calificada como inadecuada. Ahora bien, se encontró que, en dicha ejecución de los recursos del SGP en salud durante la administración del exalcalde Joao Herrera (2016-2019), el municipio alcanzó los mayores porcentajes de eficiencia en comparación con los demás municipios del Atlántico.

Del mismo modo, el municipio cumplió con la normativa de conformidad a la ley 715 de 2001 y demás normas y lineamientos en lo referente al manejo de los recursos del SGP en el sector de la salud en cada uno de los subcomponentes: salud pública, régimen subsidiado y PPNA; con la ejecución de dichos recursos y con lo planteado y presupuestado en el plan de desarrollo territorial “Soledad confiable”. La cobertura de afiliación al régimen subsidiado obtuvo resultados bastante significativos, cobertura casi total de la población que lo requiere, aumentó progresivamente el número de biológicos aplicados en las cuatro vigencias, se invirtió y adelantaron charlas, brigadas de concientización, información y orientación en temas de salud y se destinó el porcentaje según lo establecido, para la atención y prestación de los servicios de salud a la población pobre no cubierta o asegurada.

De acuerdo con lo anterior, se puede concluir que, la presente investigación-consultoría logró el objetivo de evaluar los resultados de la ejecución de los recursos de transferencias del SGP en salud asignadas a Soledad, Atlántico en las vigencias 2016-2019 para determinar la eficiencia de su uso; la cual, se determinó que fue eficiente con base en el análisis de los datos y la información recopilada. En otras palabras, se puede afirmar que la ejecución de dichos recursos fue eficiente pese a que fue evidente que persisten problemas en relación con el sistema de salud, infraestructura e insumos para la prestación de los servicios básicos de salud, el municipio cumplió a cabalidad con los porcentajes reglamentarios de distribución.

4.2. RECOMENDACIONES

Se consideró pertinente presentar las siguientes recomendaciones:

- En materia de gestión en los informes de rendición de cuenta se debe tener una sección especial los recursos ejecutados del SGP salud.
- Se encontraron ciertas inconsistencias en la información recopilada respecto al municipio de Soledad en cuanto a datos y cifras estadísticas, por lo que se deben poner de acuerdo las autoridades y los entes de control, toda vez que presentan información con errores.
- Se hace necesario aprovechar las plataformas integrada de información del SGP con nuevas herramientas informáticas que permitan visualizar contenidos en información actualizada por componentes distribución de recursos salud. Todo el ciclo; transferencias, distribución, proyectos, gestión, ejecución y seguimiento y evaluación de resultados. Esto permite información gratuita y de fácil acceso a la alcaldía, entes de control, universidades y comunidad en general.
- Es importante que la comunidad académica se apropie y extienda este tipo de investigaciones, estudiar y evaluar sobre los recursos de transferencias del SGP en los sectores: educación, salud y agua potable y saneamiento básico; ahondar en su distribución y ejecución; abordar tópicos e indicadores del manejo de dichos recursos desde diferentes perspectivas (social, política, administrativa, etc.); diseñar métodos e instrumentos de medición respecto a los recursos del SGP con base en lineamientos y normas aplicables.

REFERENCIAS

- Alcaldía Municipal de Soledad. (2017). Acta final audiencia pública de rendición de cuentas municipio de Soledad 2017. Recuperado de:
https://soledadatlantico.micolombiadigital.gov.co/sites/soledadatlantico/content/files/000148/7389_acta-final-rendicion-de-cuentas.pdf
- Alcaldía Municipal de Soledad. (2018). Informe de gestión. Plan desarrollo Soledad Confiable 2016-2019. Recuperado de:
https://soledadatlantico.micolombiadigital.gov.co/sites/soledadatlantico/content/files/000107/5325_informe-de-gestion-2018-alcaldia-de-soledad.pdf
- Alcaldía Municipal de Soledad. (2019). Informe de gestión. Plan desarrollo Soledad Confiable 2016-2019. Recuperado de:
https://soledadatlantico.micolombiadigital.gov.co/sites/soledadatlantico/content/files/000301/15047_informe-de-gestion-2019-31-de-diciembre-de-2019.pdf
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Caracas, Venezuela: Sapiens. Revista Universitaria de Investigación. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Bonet, J.; Pérez, G. y Ayala, J. (2014). Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia. Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Núm. 205. Cartagena: Banco de la República. Recuperado de: https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_205.pdf
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. (pp. 14-24). Río de Janeiro: Editora Fiocruz. Recuperado de: <http://books.scielo.org/id/rmmbk/pdf/briceno-9788575415122-02.pdf>

- Cano, L. (2014). La narrativa de las políticas públicas en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana. *Papel Político*, 19(2). pp. 435-458.
Recuperado: <http://www.scielo.org.co/pdf/papel/v19n2/v19n2a04.pdf>
- Cámara de Comercio de Barranquilla. (2019). Documento Económico y Social del Departamento del Atlántico 2018. Recuperado de:
<https://www.camarabaq.org.co/documento-economico-y-social-del-departamento-del-atlantico-2018/>
- Congreso de la República. (9 de junio de 2015). Ley 1753 de 2015. Recuperado de:
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normograma/Ley%201753%20de%202015.pdf>
- Congreso de la República. (9 de enero de 2007). Ley 1122. Recuperado de:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
- Congreso de la República. (27 de diciembre de 2007). Ley 1176. Recuperado de:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1176_2007.html
- Congreso de la República. (21 de diciembre de 2001). Ley 715. Recuperado de:
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf
- Contraloría General de la República. (2019). Informe final auditoria de cumplimiento recursos del Sistema General de Participaciones –SGP- de ahorro Fonpet y seguimiento al plan de mejoramiento municipio de Soledad-Atlántico vigencia 2018 y primer semestre de la vigencia 2019. Recuperado de:
<https://www.contraloria.gov.co/resultados/proceso-auditor/auditorias-liberadas/sector-social/auditorias-social-liberadas-ano-2018>
- Contraloría General de la República. (2017). Informe final auditoria de cumplimiento recursos del Sistema General de Participaciones –SGP- Municipio de Soledad, Atlántico vigencia 2016. Recuperado de:
<https://www.contraloria.gov.co/documents/20181/732640/137+Informe+Final+SGP+Soledad.pdf/dc0fbff5-ec42-48ee-90e6-346ccd9dbbeb?version=1.0>

Constitución Política de Colombia. (1991). Art.49, Art. 356, Art.357. Recuperado de:

<https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

Comisión de la verdad. (24 de septiembre, 2020). El impacto del conflicto armado en la

salud. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=HMDXTUegz2E>

Corte Constitucional. (2019). Sentencia T-342. Recuperado de:

<https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2020/T-342-20.htm>

Corte Constitucional. (2019). Sentencia C-053. Recuperado de:

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-053-19.htm>

Departamento Nacional de Planeación. (2020). Descripción municipio de Soledad.

Recuperado de: <https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/08758>

Departamento Nacional de Planeación. (2019). Sistema General de Participaciones (SGP)

GFT-DIFP. Recuperado de: [https://terridata.dnp.gov.co/index-](https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/08758)

[app.html#/perfiles/08758](https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/08758)

Departamento Nacional de Planeación. (2016). Articulación de fuentes de inversión y

manejo presupuestal del SGP en las Entidades Territoriales. Recuperado de:

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/20finanzas%20plicas/Articulacion%20fuentes>

[Inversiones%20y%20inversion%20y%20manejo%20presupuestal%20sgp.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/20finanzas%20plicas/Articulacion%20fuentes)

Departamento Nacional de Planeación. (2007). Fortalecer la Descentralización y Adecuar el

Ordenamiento Territorial. Bogotá: DNP. Recuperado de:

<https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/08758>

Departamento Nacional de Planeación. (2002). Evaluación de la descentralización

municipal en Colombia: balance de una década. Bogotá: DNP. Recuperado de:

<https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/08758>

Fiscalía General de la Nación. (2013). CTI captura a exalcaldesa de Soledad (Atlántico)

para cumplir condena. Noticias. Barranquilla. Recuperado de:

<https://www.fiscalia.gov.co/colombia/noticias/cti-captura-a-exalcaldesa-de-soledad-atlantico-para-cumplir-condena/>

- Galilea, S. y Letelier, L. (2013). El estado de los servicios descentralizados en América Latina. Una perspectiva comparada. Revista del CLAD Reforma y Democracia, (55),17-48. Caracas, Venezuela: Revista del CLAD Reforma y Democracia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3575/357533687002.pdf>
- Galvis, L. (2014). Eficiencia en el uso de los recursos del SGP: los casos de la salud y la educación. Serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Núm. 207. Cartagena: Banco de la República. Recuperado de: https://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_207.pdf
- Garay, L. y Salcedo, E. (2012). Redes ilícitas y reconfiguración de Estados. El caso Colombia. Fundación Vortex. Bogotá D.C., Colombia: Centro Internacional para la Justicia Transicional (ICT). Recuperado de: https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ-COL-Redes_ilicidas_reconfiguracion_Estados_Vortex.pdf
- González, O. (2018). Impactos del Posconflicto en la asignación de Presupuesto mediante el Sistema General de Participaciones. Bogotá D.C., Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Recuperado de: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/25147/ofgonzalezg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández Sampieri, R; Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. México: McGRAW-HILL. Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Hidalgo, A; Corugedo, I. y Del Llano, J. (2000). Economía de la Salud. España: Ediciones Pirámide. Recuperado de: http://www.fgcasal.org/publicaciones/Libro_Economia_de_la_salud.pdf

- Hospital Materno Infantil de Soledad. (2018). Acta Final de Rendición de Cuentas.
Recuperado de: <https://maternoinfantil.gov.co/wp-content/uploads/2019/07/1.ACTA-DE-RENDICION-DE-CUENTAS-VIGENCIA-2018.pdf>
- Hospital Materno Infantil de Soledad. (2019). Acta Final de Rendición de Cuentas.
Recuperado de: <https://maternoinfantil.gov.co/wp-content/uploads/2021/05/ACTA-DE-RENDICION-DE-CUENTAS-VIGENCIA-2019.pdf>
- Hospital Materno Infantil de Soledad. (2019). Informe Final de Rendición de Cuentas.
Recuperado de: <https://maternoinfantil.gov.co/wp-content/uploads/2021/05/INFORME-FINAL-RENDICION-DE-CUENTAS-VIGENCIA-2019.pdf>
- Hospital Materno Infantil. (2018). Plan de Desarrollo Institucional 2018-2019 “Soledad Saludable”. Recuperado de: <https://maternoinfantil.gov.co/wp-content/uploads/2019/02/PDI-2018-2019-ESE-Hospital-Materno-Infantil-Soledad.pdf>
- Hurtado, I. y Toro, J. (2005). Paradigmas y Métodos de Investigación en tiempos de cambio. 5ta. Edición. Venezuela: Episteme Consultores Asociados C. A. Recuperado de: <https://epinvestsite.files.wordpress.com/2017/09/paradigmas-libro.pdf>
- NTC-ISO9001:2015. (2015). Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos. Recuperado de: <http://intranet.umng.edu.co/wp-content/uploads/2018/05/NTC-ISO-9001-2015.pdf>
- Letelier, L. (2010). Descentralización fiscal y eficiencia técnica del sector público: los casos de la educación y la salud. DAAPGE: Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal, No. 14, 2010, pp. 1-18. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3995633>
- Niño, V. (2019). Metodología de la investigación. Diseño, ejecución e informe. 2da edición. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.
- Mendoza, J. (2007). Gestión financiera pública, elementos para su estudio y aplicación. Bogotá D.C., Colombia: Universidad Externado de Colombia.

- Mesías, S. (2019). Análisis del régimen de transferencias condicionadas del Sistema General de Participaciones y su impacto en indicadores sociales: el caso del Departamento de Nariño- Colombia 2010- 2017. Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/12097/Analisis_transferencias_sgp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Hacienda. (2020). Información municipio de Soledad cierre fiscal 2016-2019. Sistema Chip. Recuperado de: https://www.chip.gov.co/schip_rt/index.jsf
- Ministerio de Salud y Protección social. (2020). Cobertura régimen subsidiado 2016-2019. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/aseguramiento.aspx>
- Montero, L. (2011). La asignación de las Transferencias Intergubernamentales, para educación y salud: un balance de dos décadas. Bogotá D.C., Colombia: Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Recuperado de: [https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/bitstream/handle/20.500.12010/1680/T001%20\(1\).pdf?sequence=1](https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/bitstream/handle/20.500.12010/1680/T001%20(1).pdf?sequence=1)
- Morra, L. y Rist, R. (2010). El camino para la obtención de resultados. Diseño y realización de evaluaciones eficaces para el desarrollo (Caviedes, I. Trad.). Banco Mundial y Mayol Ediciones S.A. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (Obra original publicada en 2009). Recuperado de: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2699/The%20Road%20to%20Results%20Mayol%20Ediciones%20Spanish.pdf?sequence=9>
- Mushkin, S. J. (2010). Hacia una definición de la Economía de la Salud. Lecturas De Economía, 51(51), 89 - 109. <https://doi.org/10.17533/udea.le.n51a4870>
- Observatorio del programa presidencial de derechos humanos y DIH. (2011). Diagnóstico de la situación de derechos humanos y DIH del Departamento del Atlántico 2000 – I semestre de 2011. Recuperado de:

<http://2014.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/Documents/E-regionales/Diagnostico-DDHH-Atlantico-2000-2011.pdf>

- Pulido, M. (2015). Ceremonial y protocolo: métodos y técnicas de investigación científica. *Opción*, 31(1), 1137-1156. Maracaibo, Venezuela: Universidad de Zulia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/310/31043005061.pdf>
- Rodríguez, A. y Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, (82),1-26. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/206/20652069006.pdf>
- Romero, M.; Olaya, A. y Pedraza, H. (2011). Hospital Materno Infantil en Soledad: el feudo de “don Antonio”, y la desmovilización. “*El todo vale*”, *ilegalidad y recursos públicos*. En: Romero Vidal, Mauricio ed. *La economía de los paramilitares Redes de corrupción, negocios y política*. Bogotá: Debate. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Bernardo-Perez-Salazar/publication/327703931_Historias_de_la_captura_de_rentas_publicas_en_los_Llanos_Orientales/links/5b9ff82f299bf13e6038a558/Historias-de-la-captura-de-rentas-publicas-en-los-Llanos-Orientales.pdf
- Salinas, M. (2014). Descentralización fiscal y servicio de salud. Un estudio para los departamentos de Colombia en la última década. Santiago de Cali: Universidad del Valle. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/7618/0508711-p-14-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Secretaria de planeación departamental. (2016). Informe Anual de Cumplimiento de Requisitos Legales. Atlántico: Gobernación del Atlántico. Recuperado de: https://www.atlantico.gov.co/images/stories/adjuntos/planeacion/informe_requisitos_legales_2016.pdf
- Secretaria de planeación departamental. (2017). Informe Anual de Cumplimiento de Requisitos Legales. Atlántico: Gobernación del Atlántico. Recuperado de:

https://www.atlantico.gov.co/images/stories/adjuntos/planeacion/informe_requisitos_legales_2017.pdf

Secretaria de planeación departamental. (2018). Informe Anual de Cumplimiento de Requisitos Legales. Atlántico: Gobernación del Atlántico. Recuperado de: https://www.atlantico.gov.co/images/stories/adjuntos/planeacion/informe_requisitos_legales_2018.pdf

Secretaria de planeación departamental. (2019). Informe Anual de Cumplimiento de Requisitos Legales. Atlántico: Gobernación del Atlántico. Recuperado de: https://www.atlantico.gov.co/images/stories/adjuntos/planeacion/informe_requisitos_legales_2019.pdf

Secretaria de planeación departamental. (2016). Informe de Evaluación de la Gestión y la Eficiencia de la actividad local de los recursos del Sistema General de Participación. Gobernación del Atlántico. Recuperado de: https://www.atlantico.gov.co/images/stories/adjuntos/planeacion/desmpeno_integral/informe_desempeno_integral_2016.pdf

Secretaria de planeación departamental. (2017). Informe de Evaluación de la Gestión y la Eficiencia de la actividad local de los recursos del Sistema General de Participación. Gobernación del Atlántico. Recuperado de: https://www.atlantico.gov.co/images/stories/adjuntos/planeacion/desmpeno_integral/informe_desempeno_integral_2017.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de objetivos

Objetivo general Evaluar los resultados de la ejecución de los recursos de transferencias del Sistema General de Participaciones en salud del municipio de Soledad atlántico, para determinar la eficiencia del uso de recursos 2016- 2019	Objetivos específicos	Acciones	Resultados
	1. Evaluar los resultados de la ejecución de los recursos del SGP en salud asignados a Soledad 2016-2019. 2. Determinar la eficiencia de la ejecución de los recursos del SGP en salud en Soledad 2016-2019. 3. Analizar la distribución y ejecución de los recursos de transferencias del SGP en salud en Soledad 2016-2019. 4. Contrastar los resultados de la ejecución de los recursos del SGP con los lineamientos y el plan territorial municipal Soledad Confiable 2016-2019.	1. Recolección de datos e información referente a la temática de la investigación. 2. Reconocimiento de los parámetros y normas gubernamentales de distribución de los recursos de transferencias del SGP en salud. 3. Identificación de los indicadores de cumplimiento y eficiencia de la ejecución de los recursos del SGP en salud. 4. Revisión y análisis de la literatura, datos e información recopilada. 5. Descripción de los resultados de la investigación: cumplimiento de requisitos legales, eficiencia, ejecución y distribución de los recursos de transferencias del SGP en salud asignados a Soledad 2016-2019.	1. El municipio distribuyó los recursos del SGP en salud según la normatividad en los subcomponentes de salud: régimen subsidiado, salud pública y PPNA. 2. El municipio ejecutó los recursos de transferencias del SGP en salud de conformidad a las normas y lineamientos aplicables. 3. Cumplió con los requisitos legales y el plan de desarrollo Soledad Confiable 2016-2019.
	Palabras y términos clave	Fuentes de consulta y verificación	Conclusión
Evaluación. Indicadores de eficiencia. Eficiencia. Ejecución de los recursos del SGP en salud. Subcomponentes de salud. Régimen subsidiado. Salud pública. PPNA.	Alcaldía Municipal de Soledad. Hospital Materno Infantil de Soledad. Secretaría de Planeación Departamental del Atlántico. Contraloría General de la República. Departamento Nacional de Planeación. Contraloría Municipal de Soledad.	La ejecución de los recursos de transferencias del Sistema General de Participaciones en salud asignados al municipio de Soledad en el transcurso de las vigencias 2016-2019 fue eficiente.	