

Relaciones intergubernamentales y descentralización en salud: Colombia 2005

Gloria Molina M.¹

1. Introducción

A pesar de que el Estado Colombiano ha sido históricamente, constituido de manera centralizada y jerárquica, la Constitución Nacional de 1991 declara que Colombia es un estado social de derecho, descentralizado y con autonomía de las regiones. Geopolíticamente el país está constituido por 32 departamentos, los cuales cuentan con 1097 (DNP, 2004) municipios clasificados en 7 categorías de acuerdo con su nivel socioeconómico (Ley 60, 1993). Las ciudades más desarrolladas (Bogotá, Medellín y Cali), están en categoría Especial y representan el 0.5% de todos los municipios, las otras capitales de departamentos están en categoría 1 con el 1.5% y 2 con el 2.8%. Los municipios de mediano tamaño en categoría 3 representan el 5.4%, en categoría 4 el 11.5%; los más pequeños corresponden a categoría 5 con 32.4% o categoría 6 con 46.2% (Ley 617 del 2000; Asociación Nacional de Secretarías de Salud 2000).

En la década de los 90s el gobierno introdujo una serie de políticas y programas de reestructuración y modernización del estado como parte de las políticas internacionales y de los programas de ajuste estructural acordados con el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Dentro de estos procesos de reestructuración se inicia la descentralización del Estado enfocada a mejorar el desempeño en la provisión de servicios públicos, controlar la corrupción y promover el cambio de un modelo de democracia representativa hacia una democracia participativa. Toda esta política ha modificado las relaciones entre los diferentes niveles de gobierno y los actores económicos, políticos y sociales.

Este documento presenta una visión general del proceso de descentralización en salud en términos de la distribución de competencias entre las diferentes instancias de gobierno y las relaciones intergubernamentales que se generan con ella, los resultados de investigaciones relevantes realizadas en los últimos 6 años relacionadas con la descentralización y con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Finalmente se plantean algunas experiencias de alianzas municipales en el departamento de Antioquia, y preguntas que orienten investigaciones relacionadas con las estrategias formales e informales de cooperación intergubernamental.

Relaciones Intergubernamentales y descentralización en salud

Según Méndez (1997) el término relaciones intergubernamentales (RIGs) se acuñó en los Estados Unidos en los años 30s, y la teoría sobre ello evolucionó debido al fortalecimiento del papel de los estados y gobiernos locales como tomadores de decisiones y como entes políticos. El concepto RIG se refiere a relaciones que se establecen entre entidades de gobierno del mismo y diferente nivel territorial, las cuales no son necesariamente jerárquicas, aun cuando pueden ser asimétricas (Méndez, 1997:8). En ellas se toman en cuenta todas las relaciones entre los diferentes niveles de gobierno, nacionales-regionales, regionales-municipales, nacionales-municipales e intermunicipales. En la práctica, las RIGs se expresan como un conjunto de relaciones funcionales, financieras y administrativas, que no son estrictamente materia de arreglos formales, institucionales, jurídicos o legales” (Carrera y otros, 2005:9). En estas relaciones se reconoce la primacía de funcionarios públicos

¹ Docente Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín-Colombia. 2005. E-mail: gloria.molina@epm.net.co
molinag@guajiros.udea.edu.co

que actúan en un contexto interjurisdiccional y se refieren a relaciones formales e informales de trabajo que se desarrollan en el contexto institucional (Wright, 1997).

Wright (1997:105) establece los siguientes tres modelos de relaciones entre los niveles de gobierno, según el tipo de designación, de relación y de pauta de autoridad:

Tabla 1. Modelo de relaciones nacionales, estatales y locales

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Designación	Autoridad coordinada	Autoridad traslapante	Autoridad inclusiva
Relación	Independiente	Interdependiente	Dependiente
Pauta de autoridad	Autonomía	Negociación	Jerárquica

Estos modelos sirven de referente para analizar algunos aspectos de las relaciones entre los distintos niveles de gobierno en general como por sectores.

Hasta 1990 el Sistema Nacional de Salud Colombiano estuvo organizado de manera centralizada y el Ministerio de Salud asumía tanto funciones de dirección como operativas en la medida que manejaba la red hospitalaria pública en todo el país. Las relaciones intergubernamentales estaban dadas por una autoridad jerárquica y dependiente lo que correspondería al modelo 3 descrito por Wright (1997:105. Tabla 1), y con una estructura en cuatro niveles: nacional, departamental, regional y local. El nivel nacional formulaba de la manera centralizada, las políticas, programas y proyectos de carácter nacional y asignaba recursos; los niveles subnacionales ponían en marcha dichas políticas y programas.

En la década de los 80s se da el auge de la descentralización del Estado y del sector salud en países Latino Americanos como Chile, Brasil, Bolivia y Argentina (Castañeda *et al*, 1999; Collins *et al*, 2000), lo cual expresa las tendencias globales de reforma del sector salud (The World Bank, 1993; Berman, 1996; Bloom, 2001; Islam, 2002; Burki *et al*, 1999). En este contexto internacional el gobierno colombiano inició el proceso de descentralización del Estado y particularmente de algunos sectores sociales como salud, con el objeto de mejorar su eficiencia, efectividad, calidad y cobertura de servicios públicos (The World Bank, 1993). Así, la primera elección de alcaldes y gobernadores departamentales tuvo lugar en 1988 y a partir de ese momento el gobierno ha expedido una amplia legislación a través de la cual transfiere a las autoridades municipales y departamentales responsabilidad, poder político y autonomía administrativa para la provisión de servicios de salud a la población de su jurisdicción (Ley 10 de 1990). Se genera una estructura organizativa de mayor independencia y autonomía de los niveles subnacionales, lo cual es compatibles con los modelos propuesto por Wright (1997:105); en algunos casos se entrecruzan responsabilidades entre niveles y entre actores, lo cual hace difícil el cumplimiento de las mismas (Tabla 1).

Ya iniciado el proceso descentralización, el gobierno introduce en 1993, una profunda reforma al sistema de salud y se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en cual refuerza la descentralización asignando nuevas funciones a los niveles subnacionales, principalmente al nivel municipal, introduce mecanismos de mercado, de competencia entre aseguradores y prestadores de servicios, una amplia participación del sector privada y restricción del sector público (Ley 100 de 1993; Ley 60, 1993).

Con la Ley 100 de 1993, Colombia modificó su modelo de prestación de servicios de salud, reestructurando el Sistema Nacional de Salud (Decreto 056 de 1975) mediante la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Los cambios introducidos implican la universalización

del aseguramiento en salud a través de la transformación de subsidios de oferta a demanda y la concurrencia de los subsectores público, privado y de la seguridad social. El SGSSS se estructura, de acuerdo a su financiación, en dos regímenes: subsidiado y contributivo.

El SGSSS opera en el régimen subsidiado (subsidios en salud para la población pobre y vulnerable) de forma descentralizada por parte de los departamentos, distritos y municipios que asumen la financiación, en concurrencia con la Nación (con recursos de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA), de un Plan obligatorio de salud subsidiado -POS-S- para estas personas. Este plan es administrado por entidades creadas especialmente para ello (Empresas Promotoras de Salud -EPS- Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS- y empresas solidarias de salud -ESS-), las cuales contratan servicios y representan a los usuarios ante las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS.

En el régimen contributivo (afiliación mediante el pago de una cotización del 12% sobre los ingresos del trabajador), el SGSSS es operado directamente por entidades promotoras de salud -EPS- que recaudan y contratan o prestan los servicios de salud de manera directa.

Con el marco legislativo y reglamentario, la política de descentralización se ha ido profundizando generando cambios significativos en la estructura financiera y un reordenamiento en el manejo de los recursos. La Ley 715 de 2001 introdujo cambios en las responsabilidades y competencias de la nación y a las entidades territoriales, en la estructura de los recursos fiscales y la asignación de los mismos. Los recursos que antes se conocían como participación en los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN), el Situado Fiscal y Rentas Cedidas para el régimen subsidiado en salud ya no existen en forma separada y fueron integrados en el Sistema General de Participaciones (SGP).

En el campo de la salud las competencias de los diferentes niveles de gobierno están centradas en los siguientes aspectos:

- La nación planifica, formula y controla las normas, diseña políticas y planes generales de salud, modula el sistema, hace la regulación y la orientación estratégica, organiza y sigue los flujos financieros;
- El departamento controla el aseguramiento y la salud pública en los municipios, organiza y administra la red hospitalaria, coordina el sistema de referencia y contrarreferencia pública y privada, ejerce vigilancia al proceso de contratación del aseguramiento, presta los servicios de nivel II y III.
- El municipio asegura la población, ejecuta los programas de salud pública (por ejemplo, la promoción y la prevención pasan de las ARS a los municipios), presta los servicios de primer nivel, identifica los beneficiarios de los subsidios y promueve la afiliación al régimen contributivo.

El espíritu de la ley 715 del 2001 ha sido el de convertir al municipio en el ente protagonista de la salud pública, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; los fondos locales de salud operarán como recaudadores de los principales recursos de salud y únicos pagadores descentralizados del régimen subsidiado.

Con el proceso de reforma y reducción del rol del Estado en la provisión de servicios públicos se creó, en el 2003, el Ministerio de Protección Social como resultante de la fusión del Ministerio de Trabajo y del Ministerio de Salud, dado que la financiación de la salud se nutre fundamentalmente de las cotizaciones de los empleadores y empleados y por tanto las políticas de empleo afectan directamente

la financiación del sector salud. Con esta reforma se crea el Sistema de Protección Social y se redefinen las competencias de la nación, del departamento y del municipio en diferentes campos (Tabla 2):

Tabla 2. Competencias en el Sistema de la Protección Social

AREA	NACIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
SALUD PUBLICA	Diseño y administración Sistema Vigilancia en Salud Pública Definición prioridades PAB Adoptar y garantizar biológicos PAI Asesoría y Asistencia Técnica Formulación políticas Distribución y seguimiento de recursos	Adoptar e implantar políticas Financiación laboratorios de salud pública Formulación y ejecución PAB Ejecución acciones de vigilancia y control factores del riesgo municipios 4, 5 y 6.	Adoptar las políticas Municipios categoría especial y 1,2,3 ejercer la inspección y vigilancia en control de factores de riesgo Formular y evaluar el PAB
PRESTACION SERVICIOS	Política Prestación de Servicios Prestar servicios especializados Concurrencia Asesoría y Asistencia Técnica Distribución y seguimiento de recursos	Gestionar la prestación de servicios Organizar y dirigir la red de IPS Registro de IPS Formular plan bienal	Los municipios certificados a 31 de Julio de 200,1 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud y cumplan con la metodología de evaluación, podrán continuar prestando los servicios de salud.
PROMOCION DEL DESARROLLO	Formulación políticas Asesoría y Asistencia Técnica Distribución y seguimiento de recursos	Planificar y orientar políticas de desarrollo	Promover asociaciones y concertar alianzas estratégicas Capacitación y apropiación tecnológica.
EMPLEO	Asesoría y Asistencia Técnica Formulación políticas Distribución y seguimiento de recursos	Participar en la promoción del empleo y la protección de los desempleados	Promover el empleo y la protección a los desempleados
ATENCION DE GRUPOS VULNERABLE	Asesoría y Asistencia Técnica Formulación políticas Distribución y seguimiento de recursos		Programas de apoyo a población vulnerable Servicio de restaurante escolares. Programa de alimentación escolar.

Fuente: Ministerio de Protección Social, 2004. Finanzas Territoriales en el Contexto

Transferencias territoriales

Las fuentes de recursos para financiar el cumplimiento de las competencias del Sistema de la Protección Social y del SGSSS en el ámbito territorial son diversas y han generado un incremento

importante de los recursos destinados a la salud en la última década (Tabla 3), lo cual ha significado un incremento de los recursos fiscales asignados a los departamentos y municipios.

Tabla 3: Fuentes de financiación para el cumplimiento de las competencias a nivel territorial

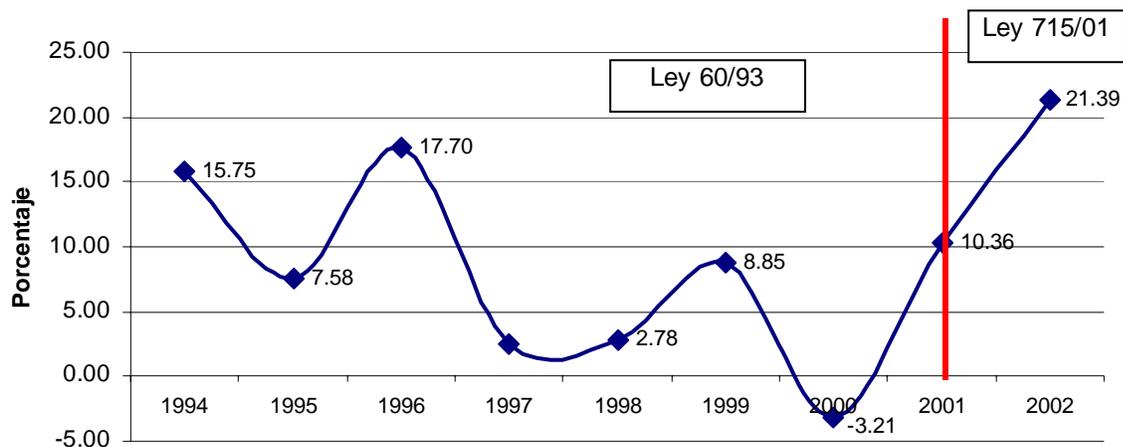
AREA	SGP	RENTAS CEDIDAS	Recursos FONDO NACIONAL DE REGALIAS *	Recursos PROPIOS	Recursos ETESA	Presupuesto Nacional Fondo de Solidaridad y Garantía	Presupuesto Nacional Fondo de Solidaridad Pensional
Salud Publica	X			X		X	
Prestación servicios Aseguramiento	X	X		X	X	X	
Promoción del desarrollo Empleo	X			X			
Atención de grupos vulnerable	X			X		X	X

SGP: Sistema General de Participaciones.

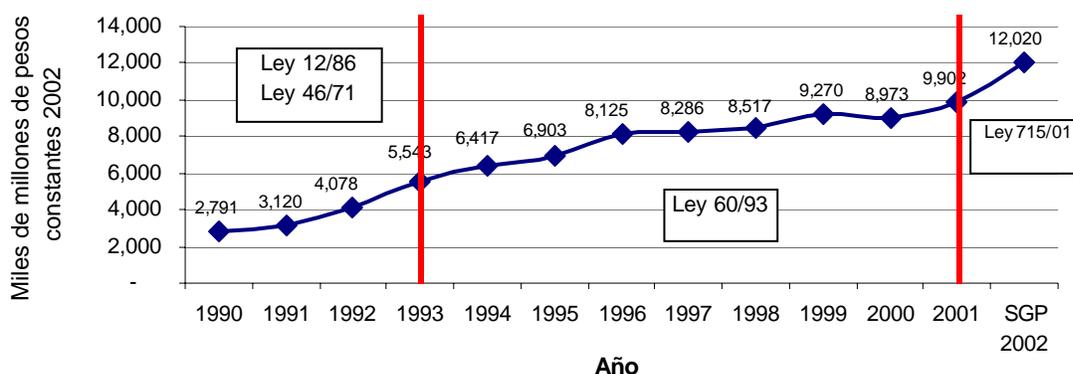
*Estos recursos deben invertirse en proyectos señalados como prioritarios en el Plan de Desarrollo del respectivo departamento o municipio productor. En las restantes entidades territoriales, la norma señala las prioridades identificando el departamento o municipio respectivo (Ley 141 de 1994, Ley 756 de 2000 y normas reglamentarias).

La transferencia de responsabilidades políticas y administrativas ha ido acompañada de la transferencia de recursos fiscales (Figuras 1 y 2). Sin embargo ha habido constantes altibajos en los recursos transferidos, lo cual en la práctica ha dificultado los procesos de planeación y la continuidad de programas y proyectos en territorios específicos. Entre 1990 y el 2002 se han dado reformas legislativas centradas en generar cambios en las fuentes, distribución y destinación de los recursos.

Figura 1. Crecimiento real de las transferencias Constitucionales a las entidades territoriales 1994-2002.



Fuente: Documento Conpes Social 57, 2002, pg. 9

Figura 2. Transferencias constitucionales a las entidades territoriales, 1990-2002.

Nota: 2001 contiene los PICN sobre el 90% aprobado a la fecha

Fuente: Documento Conpes Social 57, 2002, pg. 9

La Ley 60 de 1993 y luego la Ley 715 del 2001 establecen la distribución de los recursos a las entidades territoriales. La Tabla 3 muestra la distribución de recursos según la Ley 715 del 2001: a) asignaciones especiales (resguardos indígenas, municipios ribereños del Río Magdalena, alimentación escolar y el FONPET; b) distribución sectorial (educación, salud y Participación propósito general).

Tabla 3. Distribución por componente del Sistema General de Participaciones, 2002.

CONCEPTO	Porcentaje Asignación
1. ASIGNACIONES ESPECIALES	4,0%
- Resguardos Indígenas	0,52%
- Municipios Ribereños del Río Magdalena	0,08%
- Alimentación Escolar	0,5%
- FONPET	2,9%
2. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL (2)	96,0%
- Participación Educación	58,5%
- Participación Salud	24,5%
- Participación Propósito General	17,0%
3. TOTAL (1+2)	100,0%

(1) Este valor corresponde a 11/12 de la liquidación del Sistema General de Participaciones

(2) Este valor corresponde al 100% para la distribución sectorial.

Fuente Dirección General de Presupuesto – Ministerio de Hacienda

Por otro lado los recursos de salud del SGP se distribuyen en los siguientes tres grandes rubros (Tabla 4): En cofinanciación continuidad de cobertura y régimen subsidiado en la cual los municipios tienen asignado el mayor porcentaje, en prestación de servicios los departamentos disponen del mayor proporción de recursos mientras en Salud Pública municipios y departamentos comparten porcentaje de recursos similares (Tabla 4).

Tabla 4. distribución de recursos de salud del SGP por niveles de gobierno

1. Distribución SGP-salud. Cofinanciación continuidad de cobertura, régimen subsidiado, agregado por tipo entidad territorial-2005.

Nivel territorial	%
Total municipios	85.4
Total distritos	14.4

Total corregimientos departamentales	0.2
Total régimen subsidiado	100.0

2. Distribución SGP - salud prestación de servicios agregado por tipo de entidad territorial - 2005

Nivel territorial	%
Total municipios descentralizados	24.2
Total departamentos	61.1
Total distritos	14.7
Total prestación de servicios	100.0

3. Distribución SGP-salud. Salud Pública, agregado por tipo de entidad territorial- 2005.

Nivel territorial	%
Total municipios	46.2
Total distritos	11.4
Total departamentos	42.4
Total Salud Pública	100.0

Fuente. Documento Conpes Social, No. 90 de 2005.

Con el proceso de descentralización, como una política pública (Dye, 1972), se genera una red de interrelaciones entre diferentes actividades, sectores y organizaciones (Jenkins, 1978; Vargas, 1999), por lo tanto su implementación es compleja y requiere la participación, co-ordinación y negociación entre los actores involucrados (Pressman y Wildavsky, 1973). Esta política no solo implica la transferencia de recursos fiscales sino también de poder político, funciones y toma de decisiones del gobierno central a los gobiernos subnacionales, corporaciones públicas autónomas y organizaciones comunitarias (Cheema y Rondinelli, 1983; Lopez, 1995; Rondinelli, 1990). En su implementación, los gobiernos locales y regionales deben desarrollar o fortalecer su capacidad institucional para llevar a cabo sus funciones y desarrollar capacidad de dirección, de convocatoria, negociación y consenso con los demás actores.

En Colombia la complejidad del SGSSS concomitante con el proceso de descentralización ha generado complejas formas de relaciones entre los niveles de gobierno, las cuales deberían estar presididas, marcadas por la cooperación y la coordinación entre todos los actores, en un marco de respeto mutuo de sus respectivas competencias con el fin de lograr conjuntamente objetivos encaminados al desarrollo. Sin embargo, el proceso de descentralización ha generado y/o reforzado las formas de clientelismo político en los niveles municipales y departamental, las cuales hacen más compleja aún las relaciones intergubernamentales. Con el Sistema Nacional de Salud, que operó hasta 1990 de manera centralizada, la gestión de los recursos humanos del sector salud se basaba más en criterios de carácter técnico y meritocracia lo cual permitía mayor direccionamiento, estabilidad y calidad de los programas y proyectos. Con la descentralización la gestión del recurso humano y la asignación de los recursos está altamente influida y afectada por el clientelismo político local y regional, los intereses particulares de los actores del sistema, lo que se vincula a una alta rotación y problemas de calidad de personal para asumir las competencias. Así mismo limitaciones en la asignación, vigilancia y control de los recursos aunado a la limitada capacidad administrativa del sector salud en los municipios identificada en los diferentes estudios (Molina 2003, Ministerio de Salud, 2000; Forero e Hidalgo, 1997; Cardona *et al*, 1999; Yépez y Sánchez, 2002)

Estudios previos del sector salud realizados en Colombia en los últimos años han analizado aspectos tales como: a) descentralización del Estado y gobierno local (The World Bank, 1995 y 1998; Angell y

Lowden, 2001); b) recursos fiscales para salud y otros sectores sociales (Vargas, 1997; Bossert *et al*, 2000; DNP y PNUD, 1999); c) Sistema General de Seguridad Social en Salud (CCRP, ASALUD y BDO, 2004; Cardona *et al*, 1999; Arbelaez *et al*, 2004); d) recursos humanos en salud (Superintendencia Nacional de Salud, 1991; FNSP, 2003) e) participación ciudadana y comunitaria (Forero e Hidalgo, 1997; Mosquera *et al*, 2001); f) descentralización del sector salud (La Forgia y Homedes, 1991; The World Bank, 1995; Molina, 2003). Uno de los más recientes estudios sobre la descentralización del sector salud realizado en 91 municipios del 2001-2003 muestra que la capacidad institucional del sector en los municipios es todavía limitada para asumir las competencias que les corresponden. Aunque 81.3% de los municipios tenían director local de salud, 40.5% de ellos no tenía calificación profesional apropiada para llevar a cabo sus funciones. Esto es consistente con otros estudios realizados en Colombia que señalan la falta de personal calificado en las administraciones municipales (Forero e Hidalgo, 1997; Cardona *et al*, 1999; Yépez y Sánchez, 2002; The World Bank, 1998). También estudios en países Latinoamericanos, destacan la falta de personal calificado como una importante limitación para lograr capacidad institucional del sector salud y del gobierno municipal en su conjunto (Collins *et al*, 2002; Bossert *et al*, 2000; Gershberg, 1998; Ferrelli, *et al*, 1997; Molina, 2003). El sistema de vigilancia y control del sector salud es muy débil y las organizaciones encargadas de realizar estas funciones en los diferentes niveles no han logrado posicionar un trabajo coherente con las necesidades del sector. También se han reportado deficiencias en la asistencia técnica de parte de los niveles superiores (Silva *et al*, 2002; Vélez 2003). Las conclusiones de estos estudios realizados en Colombia coinciden en señalar aspectos como:

- El limitado desarrollo de la capacidad política y administrativa de los gobiernos locales y del sector salud en particular para asumir las competencias transferidas mediante el proceso descentralización, especialmente de los municipios más pequeños.
- La voluntad política de los diferentes gobiernos es un aspecto relevante para dar continuidad al proceso de descentralización. Donde no hay voluntad política por parte las administraciones municipales no se logra el desarrollo de la descentralización.
- La falta de asistencia técnica de los gobiernos nacional y departamental hacia los municipios para desarrollar capacidad acorde a las competencias asignadas.
- Alta rotación del personal y falta de personal idóneo para desempeñar las funciones que le competen.
- Clientelismo político que interfiere tanto en los procesos de planeación y asignación de recursos como en la gestión de los recursos humanos.
- Limitado desarrollo del sistema de vigilancia y control.
- Limitados mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno.
- Escaso desarrollo de la participación comunitaria.

Dadas las dificultades que el proceso de descentralización ha enfrentado, algunos gobiernos departamentales y municipales están interesados en crear nuevas formas de relaciones intergubernamentales, con el sector privado y con la comunidad. Un estudio realizado por el programa Colombia - Universidad de Georgetown (2003) en el cual se evaluó el rol del nivel intermedio de gobierno en Colombia encontró que el 60% de los gobiernos departamentales considera prioritario contar con asociaciones y redes de municipios para la prestación de servicios, como estrategia para el aprovechamiento de economías de escala. Por otro lado para el 85% de los gobernadores presentan los informes semestrales y anuales ante la Asamblea Departamental y el Consejo de Planeación Departamental como el mecanismo mas utilizado para la rendición de cuentas (accountability), también se utilizan los medios de comunicación para publicar los contratos en ejecución, lo cual facilita y motiva discusiones sobre mecanismos de relación entre los gobiernos departamental y municipal.

Una exploración preliminar sobre los mecanismos puestos en práctica por los municipios del departamento de Antioquia en el desarrollo de políticas, programas o proyectos intermunicipales sugiere que ha habido una política de gobierno encaminada a estimular las alianzas intermunicipales y actualmente se tiende a preferir el desarrollo de proyectos regionales donde participen varios municipios. A pesar de no haber logrado grandes avances se han tenido experiencias positivas tales como la construcción de mataderos subregionales, el laboratorio de paz del oriente antioqueño, las alianzas de hospitales para contratar servicios de asesoría jurídica, auditoría, inmunizaciones y control de vectores, entre otros. Sin embargo a pesar de la reconocida necesidad de la cooperación y trabajo conjunto y la voluntad política del gobierno departamental, se han identificado algunos aspectos que dificultan el trabajo cooperativo entre municipios tales como las limitaciones de la legislación y asignación de recursos del régimen subsidiado en salud; el clientelismo político y los intereses particulares de los grupos en el poder. Al respecto se deben llevar a cabo trabajos de investigación que colecte información sistemática acerca de cual es la dinámica y los aspectos culturales, políticos, sociales, económicos, legislativos que dificultan o facilitan el trabajo en alianzas y la cooperación entre municipios y niveles de gobierno? Cual es la viabilidad de creación de alianzas y mecanismos de cooperación y en que áreas o servicios?

Conclusiones

La implementación del proceso de descentralización en salud y del SGSSS en Colombia ha sido un proceso complejo, que ha implicado muchos cambios en la cultura de la gestión de los servicios, la organización de los mismos y el manejo de los recursos, entre otros aspectos que tocan directamente con la cultura política y institucional del país. Esta ha involucrado muchos actores en los diferentes niveles de gobierno, cuyos intereses no necesariamente convergen hacia los mismos propósitos. A pesar de los avances en algunos aspectos de la descentralización y de la reconocida necesidad del trabajo conjunto, la fragmentación de responsabilidades, el limitado desarrollo en la capacidad y gestión institucional a nivel municipal y departamental, el clientelismo político y las limitaciones de coordinación entre niveles de gobierno, no permiten avanzar en este sentido. Se llama la atención hacia la necesidad de generar mecanismos de trabajo conjunto que permitan una mayor eficiencia y efectividad en el uso de los recursos.

Reseña Bibliográfica.

Gloria Molina M.

Enfermera, con Magíster en Sociología de la Universidad de Antioquia-Colombia.

Realice Maestría en Administración Pública y Doctorado en Administración de Servicios de Salud en la Universidad de Birmingham, Reino Unido.

Actualmente me desempeño como docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, coordinadora de la Maestría en Salud Pública e investigadora y coordinadora del grupo de investigación en Políticas y Gestión en Salud de esta facultad.

Dirección: Calle 62 No. 52-59, Medellín- Colombia

Telef: (57-4) 210-68-49. FAX: (57-4) 511-25-06

Referencias

- Angell, A.; Lowden, P. and Thorp R. *Decentralising Development. The Political Economy of Institutional Change in Colombia and Chile*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Arbelaez, M.P, Gaviria, M.B, Franco, A, Restrepo R, Hincapié D and Blas E. (2004) Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *International Journal of Health Planning and Management*. 2004; 19: S25 – S43.
- Asociación Nacional de Secretarías de Salud, 2000.
- Berman, P. Health System Reform in Developing Countries. *Health Policy*, 32:1-32, 1996.
- Bloom, G. Equity in health in unequal societies: meeting health needs in context of social change. *Health Policy*, 57: 205-224, 2001.
- Bossert T ; Larrañaga O. and Ruiz F. Decentralisation of Health Systems in Latin America. *Rev. Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health* 8:1-2, 2000.
- Bossert, TJ; Chawla, M; Bowser, *et al.*. Applied Research on Decentralisation of Health Systems in Latin America: Colombia Case Study. Health Sector Reform Initiative, 32. AC.HSR. The University of Harvard (www.americas.health-sector-reform.org), 2000c.
- Burki, S.J; Perry, G.E. and Dillinger, W.R. *Mas allá de Centro. La Descentralización del Estado*. Washington, DC: Banco Mundial, 1999.
- Carrera, A. Casas, M E., Meza, J. y Garcia, R. Hacia un Nuevo Modelo de Relaciones Intergubernamentales: Caso de Estudio Valle de Santiago. Universidad Autónoma de Estado de México.
- Cardona, A. Arbelaez, P., Chavez, B.M. *Impacto de la reforma de Seguridad Social sobre la organización institucional y la prestación de servicios de salud en Colombia*. Universidad de Antioquia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 161: 20-40, 1999.
- Céspedes, J.E; Martı́nez, R Olaya, S. *et al.* Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia y Efectos Sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. *Rev. Salud Pública* 22: 145-164, 2000.
- Castaño, R.A., Arbelı́ez, J.J., Giedion, U. and Morales, L.G. *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud*. Serie Financiamiento del desarrollo, 108. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL – ECLAC, 2001.
- Castañeda, T; Beeharry, G; and Griffin, C. *Decentralisation of Health Services in Latin American Countries: Issues and some lessons*. Washington, DC, The World Bank, 1999.
- CCRP, ASALUD y BDO (2004) Diseño y aplicación de una encuesta para la evaluación de las acciones de promoción y prevención
- Collins, CD; Araujo, J and Barbosa, J. 2000. *Decentralising the health sector: issues in Brazil*. *Health Policy* 52:113-127, 2000.
- Collins, C.D. Omar, M and Tarin E. Decentralisation, health care and policy process in the Punjab, Pakistan in the 1990s. Published online Wiley InterScience www.interscience.wiley.com. DOI: 10.1002/hpm.657, 2002.
- Collins, C and Green, A. *Decentralisation and Primary Health Care in Developing Countries: Ten key questions*. *Journal of Management in Medicine*, 72: 58-68, 1993.
- Cheema, G.S. and Rondinelli, D.A. *Decentralisation and Development*. Beverley Hills: Sage, 1983.
- Departamento Nacional de Planeación -DNP- y PNUD. Informe de Desarrollo Humano para Colombia. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1999.
- Departamento Nacional de Planeación. Conpes Social No. 57, 2002 y 90, 2005.
- Dye, T. R. *Understanding public policy*. New Jersey: Prentice-Hall, 1972
- Ferrelli R, Serrano CR, Balladelli PP, Cotinois A, and Quinteros J. Strengthening Local Health Care Management in Bolivian Districts through participatory operational research. *International Journal of Health Planning and Management*, 12: 29-50, 1997.

- Forero, C. and Hidalgo, C. *Descentralización y Participación Ciudadana. Bogotá: Tercer Mundo. 1997.*
- Gershberg, A.I. Decentralisation, recentralisation and Performance Accountability: Building an operationally Useful Framework for Analysis. *Development Policy Review* 16: 405-431, 1998.
- Islam, A and Tahir, M.Z. Health Sector Reform in South Asia: New Challenges and constrains. *Health Policy* 60:151-169, 2002.
- Jenkins, W. I. *Policy Analysis: A political and organisational perspective.* Government and administration series. London: Martin Robertson, 1978.
- La Forgia, G.M. and Homedes, N. *Decentralising Health Services in Colombia. A Review of Progress and Problems.* Washington DC: The World Bank, 1992.
- López, M.R. *Fiscal Decentralisation in Latin America.* Washington, DC: The World Bank, 1995.
- Mendez, J.L. (1997) Estudio Introductorio de la RIGs. En Wright, D. Para Entender las Relaciones intergubernamentales. 3ra ed. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C. México.
- Ministerio de Salud de Colombia. Municipio Centinela: Evaluación de la implementación del Sistema General de Seguridad en Salud. 1997 – 1999. Bogota: Ministerio de Salud, 2001.
- Mosquera M; Zapata Y; Lee K; Arango C and Varela A. *Strengthen user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation.* Health Policy and Planning, 16 (Suppl 2): 52-60, 2001.
- Silva, L.; Herrera, V; y Agudelo, C. Promoción, Prevención, Municipalización y Aseguramiento en Salud en siete municipios Colombianos. *Revista de Salud Publica*, 4 (1):1-20, 2002.
- Superintendencia Nacional de Salud. Recursos Humanos de Salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud, 1996.
- Yepes, F. y Sanchez L.H. La descentralización de salud en Colombia. Estudio de casos y controles. ASALUD. Bogotá (Unpublished), 2002.
- The World Bank/Banco Interamericano de Desarrollo. *Decentralización en Colombia. Nuevos Desafíos.* RE3-98-002. Washington , DC: The World Bank, 1998.
- Pressman, J. and Wildavsky, A. *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland.* London: Berkeley-University of California Press, 1973.
- Mariño, R.. 2003. Resultados Encuesta Departamental. Programa Colombia-Universidad Georgetown. República de Colombia, Ley 60, 1993.
- República de Colombia Ley 617, 2000
- Republica de Colombia, Constitución Nacional, 1990
- Republica de Colombia, Ley 10 de 1990
- Republica de Colombia, Ley 100 de 1993.
- Rondinelli, D. A. *Decentralizing Urban Development Programs. A framework for analysing Policy. Washington, DC: Office of Housing and Urban Programs of the US. Agency for International Development, 1990.*
- Vargas, J.E. Decentralización de los Servicios de Salud en Colombia. *Rev. Planeación y Desarrollo*, 28 (1): 20-45, 1997.
- Vélez, I.M. Detectan 3 millones de ‘colados’ en el SISBEN. *El Colombiano*, 11th January 2003.
- The World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health.* New York: Oxford University Press, 1993.
- The World Bank, The World Bank. 1995. *Local Government Capacity in Colombia. Beyond Technical Assistance.* Washington, DC: The World Bank, 1995b.
- Wright, D. (1997) Para Entender las Relaciones intergubernamentales. 3ra ed. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C. México.