

Problemas del esquema actual de asignación de recursos en educación y salud

Jesús Duarte*

I. Introducción

El objetivo de este artículo es analizar algunos problemas de la financiación de la educación y la salud públicas, especialmente aquellos relacionados con los criterios y fórmulas para la asignación de recursos a las entidades territoriales, la confusión en las responsabilidades por nivel para administrar y financiar los diferentes servicios, y las debilidades que afrontan las entidades territoriales en la administración de la educación y salud públicas.

Con la aplicación del esquema de asignación de recursos establecido por las leyes 60 y 100 de 1993 no sólo se han garantizado aumentos importantes en la financia-

ción de estos sectores, sino mecanismos para un manejo cada vez más descentralizado de los servicios de salud y educación. Los beneficios del esquema de transferencia de recursos a los departamentos, distritos y municipios, y el proceso de descentralización en educación y en salud, son bastante conocidos y han merecido la atención de un buen número de analistas¹. Los problemas inherentes al esquema de asignación de recursos a los sectores sociales, en cambio, han sido poco estudiados y discutidos, a pesar de sus implicaciones en el desarrollo de los programas sociales básicos, y de los múltiples inconvenientes que han generado para la consolidación del proceso de transferencia de recursos y responsabilidades a los niveles locales.

* El autor es Ph. D. en Ciencias Políticas de la Universidad de Oxford y actualmente es el Jefe de la Unidad de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación. La ideas expresadas en este artículo son del autor y no comprometen a la entidad en la cual trabaja. El autor agradece a los jefes y profesionales de las divisiones de Educación y Salud del DNP, a Alfredo Sarmiento de la Misión Social del DNP, y a Cesar Caballero, asesor del DNP, por las ideas, información y discusión sobre los temas presentados en este artículo. La responsabilidad por el contenido, obviamente, es sólo del autor.

¹ Véanse por ejemplo el volumen titulado "¿Cómo va la descentralización?", en Planeación y Desarrollo, vol. XXVI, No. 2, mayo de 1995; el No. 29 de la Revista Foro, de mayo de 1996, dedicada a los "Diez años de la descentralización"; y el volumen titulado también "Diez años de la descentralización", publicado por Fescol en 1994.

II. Problemas de la asignación de recursos en educación

El esquema actual de asignación del gasto público en educación y de competencias por niveles territoriales presenta diversos problemas que afectan el desarrollo y avance del sector y ponen en peligro la consolidación de la descentralización. Estos problemas están relacionados especialmente con la inequidad e ineficiencia en la distribución de los recursos a los departamentos y municipios, y con las confusiones en las competencias y responsabilidades de las diferentes entidades territoriales. Estos problemas, además, se derivan de un esquema de asignación de recursos orientado no tanto a financiar la educación de los niños, sino a pagar la nómina de los maestros oficiales.

A. Inequidad e Ineficiencia en la Distribución de los Recursos²

El situado fiscal y las transferencias municipales son las dos fuentes más importantes en la financiación de la educación pública en el país. Estas se distribuyen primero territorialmente, y sólo después sectorialmente, con base en porcentajes fijos: 75% para educación y 25% para salud, en el caso del situado; 30% para educación y 25% para salud en el caso de las transferencias municipales. Esto genera

una asignación de recursos que no coincide con los requerimientos de las entidades territoriales para financiar sus actividades básicas en salud y educación. Esto, a su vez, implica asignaciones per cápita notablemente disímiles en cada entidad territorial que no están relacionadas con las variaciones territoriales de sus costos unitarios. Con ello algunos departamentos y municipios están recibiendo recursos por encima o por debajo de lo que resultaría de una asignación basada en las necesidades y no atada a porcentajes fijos de distribución territorial entre salud y educación.

El criterio de distribución de recursos del situado fiscal para educación pública es la planta docente de 1993. Este criterio evitó inicialmente traumatismos en la aceptación de la descentralización por parte de las entidades territoriales, pero consagró una situación inequitativa. La inequidad es producto de la inadecuada distribución geográfica de los docentes, concentrados en la zona urbana y dentro de ella en las cabeceras municipales más grandes. Se observa como tendencia que entre más pobre sea un municipio (mayor porcentaje de población con NBI), menor el monto del situado por alumno (ver Gráfico en el Anexo 1). La inequitativa distribución del situado fiscal por alumno (que es la traducción en subsidios de la

² Sobre los problemas de asignación de los recursos públicos para educación ver los siguientes documentos: Comisión de Racionalización del Gasto y las Finanzas Públicas, "Racionalización del Gasto en Educación Básica", documento preliminar, Bogotá, Octubre de 1996; Comisión de Racionalización del Gasto y las Finanzas Públicas, "Recomendaciones Sobre el Proceso de Descentralización", Bogotá, Marzo de 1996; World Bank, "Making Decentralization Work", draft, Noviembre 1995; DNP, Misión Social, MEN, "Mecanismos de Asignación Eficiente de Recursos Públicos a la Educación Básica", versión preliminar, Abril de 1996; Duarte, Jesús, "El Fortalecimiento de las Instituciones Escolares como Eje de la Política Educativa", en Coyuntura Social, No. 15, Bogotá, Noviembre 1996.

inequitativa distribución de los docentes pagados por el situado fiscal) señala que los grandes beneficiarios de la expansión educativa de los últimos decenios han sido los municipios más ricos de cada departamento. Esto indica, igualmente, que los municipios más pobres de cada departamento (los cuales tienen peores indicadores educativos), están en muy malas condiciones, con la planta actual, para enfrentar el reto de ampliar las coberturas, mejorar la calidad y manejar autónomamente su educación básica.

Las transferencias municipales, que como se anotó contribuyen parcialmente a financiar la educación, se distribuyen mayoritariamente con base en el NBI (más del 60% de la fórmula está relacionado con ese indicador), que es un mal índice para medir necesidades educativas de los municipios. Esto tiene como consecuencia asignaciones per cápita y por alumno que no coinciden ni con los costos educativos reales ni con las necesidades del sector a nivel municipal (alumnos matriculados, o población en edad escolar). En educación, es bueno anotar, las variaciones en los costos per cápita se dan, no en relación al NBI, sino respecto a las tipologías de los establecimientos (escuela nueva, escuela graduada o colegio de secundaria).

El esquema actual de asignación de dineros públicos en educación es ineficiente en la medida que más del 80% de los recursos sectoriales se orienta al pago de docentes, reduciendo el margen de financiación de otros gastos recurrentes (como los textos y útiles escolares) requeridos para mejorar la calidad de la educación.

B. Confusiones e incoherencias en las competencias por nivel

No existe una definición clara de responsabilidades en la administración de la educación pública en el país. Hay gran fragmentación de funciones administrativas entre los diferentes niveles de gobierno, tanto territoriales como institucionales. La falta de claridad en las responsabilidades genera vacíos y/o superposiciones conflictivas en el momento de dar respuesta a los requerimientos propios del sector, lo cual se traduce en que nadie responde por los resultados de la educación pública.

La fragmentación y falta de claridad en la legislación ha generado además, una permanente confusión e incoherencia en las competencias, afectando las posibilidades institucionales y el uso de herramientas para ejercer debidamente las funciones que corresponden a cada nivel. Estos problemas se reflejan en la limitada autoridad de los municipios para el manejo del recurso humano que es el principal insumo de la educación; el departamento, a su vez, no cuenta con los recursos suficientes para ejercer su papel en la planeación del desarrollo educativo; y la institución educativa, a pesar del papel central que le otorgó la Ley 115 de 1994, no posee los instrumentos para el manejo de los recursos físicos, humanos y financieros, y menos para afectar los procesos de asignación del presupuesto. Lo que se agrava con la inexistencia de mecanismos institucionales o normativos para que cada uno se retroalimente de los planes educativos realizados por los otros.

De otra parte, las entidades y los diferentes niveles no tienen los estímulos necesarios para cumplir con las funciones asignadas. Este es el caso de los FER y las secretarías departamentales que no tienen los incentivos para racionalizar la planta docente, lo que se agrava con el hecho de que el centro es el que paga los costos de las ineficiencias.

A nivel institucional, el Ministerio de Educación Nacional -MEN- y las secretarías departamentales han sido débiles para ejercer sus funciones: el MEN no cuenta con instrumentos adecuados para adelantar sus funciones de diseño de políticas, asesoría a los departamentos y municipios, e inspección y evaluación; no hay mecanismos en el nivel central para evaluar si las secretarías y las demás agencias educativas departamentales cumplen con las normas nacionales para la administración de docentes, para controlar y evaluar el uso de los recursos financieros transferidos a los departamentos y municipios, ni tampoco del uso de los fondos destinados a proyectos de inversión. Igual sucede del nivel departamental hacia abajo.

La administración del recurso humano (que siempre ha estado en manos de los departamentos) y de los recursos financieros para pagar los costos salariales de los maestros oficiales (que con la descentralización pasa completamente a manos de los departamentos), está altamente politizada. Esto tiene como consecuencia que los nombramientos, traslados y promociones de los docentes y administrativos

de la educación pública se hagan por presiones del clientelismo regional y no siguiendo criterios de mérito o necesidad³.

La descentralización sólo ha llegado al departamento; las competencias asignadas a los municipios no han podido ser asumidas porque no cuentan con el manejo de los docentes, la infraestructura administrativa y los sistemas de información necesarios. Así, lo que ha venido sucediendo es que el departamento tácitamente ha ido asumiendo las competencias de los municipios, lo que impide avanzar en objetivos fundamentales de la descentralización como son, el fortalecimiento de los municipios y las instituciones escolares.

La inequidad e ineficiencia del esquema actual de distribución de los recursos públicos para educación, unida a los problemas de gestión, administración y politización del sector, han generado, y continuarán generando, un sobredimensionamiento creciente de la demanda de recursos para el sector, que se expresa en los recurrentes déficits del situado fiscal en muchos departamentos, y en las continuas presiones de alcaldes y gobernadores al MEN y al Ministerio de Hacienda para nacionalizar los maestros. El esquema de asignación vigente produce que los aumentos de recursos para el sector no tengan necesariamente un impacto significativo en el mejoramiento de la calidad y de la cobertura, ni representen avances reales en la descentralización hacia los municipios y en el fortalecimiento de las instituciones escolares. Así,

³ Ver Duarte, Jesús, "La Debilidad del Ministerio de Educación y la Politización de la Educación en Colombia: Dos Problemas a Enfrentar en el Plan Decenal", en Coyuntura Social, No. 14, Bogotá, Mayo 1996.

como se observa en el Cuadro 1, a pesar de que ha habido un incremento sustancial de los recursos públicos para el sector (los aportes públicos para educación primaria y secundaria, por ejemplo, pasaron de representar 1.68% del PIB en 1990 a 2.8% en 1996), no hay evidencia de que la calidad y cobertura de la educación haya aumentado en la misma proporción.

III. Los problemas de asignación de recursos en salud

Con la puesta en marcha de los esquemas de asignación de recursos establecidos en las

leyes 60 y 100 de 1993 las entidades territoriales han disfrutado de mayores recursos para el sector (sin ICBF), pasando de recibir aportes del gobierno central o transferencias correspondientes al 0.82% del PIB en 1990 a 1.9% del PIB en 1996, como se puede ver en el cuadro 2⁴. Esto fundamentalmente debido al aumento de las transferencias a través del situado fiscal, y especialmente de las participaciones municipales. Entre 1993 y 1996, en conjunto, las transferencias para salud a los departamentos por esas dos fuentes pasaron de representar el 0.6% al 1.2% del PIB. En 1996 estas dos fuentes representaron el 53% de los recursos del sector.

Cuadro 1

**DISTRIBUCION PRESUPUESTO FUNCIONAMIENTO E INVERSION DEL SECTOR CENTRAL
EDUCACION POR NIVELES
(Millones de pesos constantes de 1996)**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Educación primaria y secundaria	1,171,755	1,251,862	1,399,116	1,698,562	1,826,864	2,251,947	2,487,589
Funcionamiento	1,124,073	1,129,602	1,234,268	1,521,932	1,511,736	1,678,838	1,768,997
Inversión	47,682	122,260	164,848	176,630	315,127	573,109	718,592
Educación superior	414,942	433,653	382,197	409,233	429,893	515,694	578,699
Funcionamiento	321,047	321,875	339,387	368,558	379,033	422,190	439,051
Inversión	93,895	111,777	42,809	40,676	50,860	93,504	139,648
Otros	69,512	88,583	119,124	118,542	151,396	171,416	199,058
Funcionamiento	36,614	41,009	48,499	36,534	54,207	35,907	31,958
Inversión	32,898	47,574	70,625	82,008	97,189	135,508	167,100
MEN-DS^a	104,191	47,199	660,036	273,309	199,335	364,544	200,271
% PIB total educación^b	2.52	2.56	3.45	3.20	3.15	3.79	3.91
% PIB educación primaria y secundaria	1.68	1.76	1.89	2.17	2.21	2.58	2.80
% PIB educación superior	0.59	0.61	0.52	0.52	0.52	0.59	0.65
PIB	69,884,682	71,283,435	74,166,752	78,160,943	82,705,733	87,136,766	88,743,714

^a Dirección Superior y Administración General del MEN. En 1992 y 1993 incluye los aportes para el fondo Prestacional del Magisterio.

^b Incluye participaciones Municipales para educación, cultura y deporte.

Fuente: DNP-UDS-DIOGS. Cifras de 1990 a 1995: Gastos más reservas. Cifras de 1996: apropiación definitiva.

⁴ Las cifras de gasto público en salud no incluyen rentas cedidas ni Ecosalud.

Cuadro 2
GASTOS Y COBERTURA EN EL SECTOR SALUD 1990-1996
 (Millones de \$ constantes de 1996)

Gasto público en salud ^a	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
PIB^b	69,884,682	71,283,435	74,166,752	78,160,943	82,705,733	87,136,766	88,743,714
Total sector salud público sin ICBF	573,422	551,491	637,391	760,055	1,132,432	1,401,142	1,714,196
% PIB	0.82	0.77	0.86	0.97	1.37	1.61	1.93
ICBF	304,436	323,265	319,708	380,978	414,584	475,981	520,100
% PIB	0.44	0.45	0.43	0.49	0.50	0.55	0.59
Total sector salud público con ICBF^c	877,858	874,756	957,098	1,141,034	1,547,015	1,877,123	2,234,296
% PIB	1.26	1.23	1.29	1.46	1.87	2.15	2.52
Gasto en salud del subsistema público de seguridad social^d	-	-	-	-	1,061,461	1,592,814	1,944,013
% PIB	-	-	-	-	1.28	1.83	2.19
ISS	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1,061,175	1,378,214	1,596,993
Otros ^e	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	287	214,600	347,020
Cobertura^f							
Consultas médicas totales	17,991,394	18,910,482	18,570,325	19,823,100	20,267,234	20,993,693	n.d.
Consultas médicas primera vez	8,407,747	8,852,588	8,823,880	9,514,697	9,800,824	10,069,482	n.d.

^a Inversión más funcionamiento.

^b Dane. Cálculos DNP-UMACRO.

^c En las cifras por sector y en el total del gasto social están sumadas las participaciones municipales y el situado fiscal. No incluye las rentas cedidas ni los recursos de Ecosalud.

^d A partir de 1994 las entidades públicas de seguridad social separan el negocio de salud del pensional.

^e Para 1994 Capresub. Para 1995 y 1996: Cajanal, Caja retiro de la policía, caja retiro de las FF.MM, Caprecom, Capresun, Fonprenor, Fondo pasivo de Ferrocarriles, Fondo de puertos, Corpoanónimas, Fondo de Previsión Social del Congreso.

^f Ministerio de Salud. Subsistema de Información. Con base en Registro Mensual de Consulta Externa (SIS-11).

Fuente: DNP-UDS-DIOGS: con base en informes de Contraloría, Minhacienda y DNP-UIP. De 1990 a 1995 se refiere a ejecuciones, las cifras de 1996 corresponden a apropiaciones.

Los avances en la implantación de la reforma a la salud impulsada por la Ley 100 de 1993 han sido bastante satisfactorios en términos cuantitativos. En el régimen subsidiado en salud se habían afiliado hasta comienzos de 1997 cerca de 6.9 millones de personas pobres. En el régimen contributivo en salud se llegó a un nivel entre 11.5 y 13 millones de afiliados. A pesar de estos avances, el actual sistema de asignación de recursos para el sector puede poner en peligro mayores progresos, especialmente en lo relativo a la extensión del

régimen subsidiado en salud a toda la población necesitada del país.

Cuatro grupos de problemas están obstaculizando los avances en las metas de política en salud y la consolidación de la descentralización en el sector: diversidad de fuentes de financiación, criterios inadecuados de distribución de los recursos, confusión en las competencias por niveles territoriales, y los problemas de la transición de los subsidios a la oferta a los subsidios a la demanda.

A. Diversidad de fuentes de financiación

El sector presenta diversas fuentes de financiación: aportes patronales, situado fiscal, participaciones municipales, rentas cedidas, aportes del presupuesto nacional destinados a salud y recursos propios. Además recibe aportes provenientes de Ecosalud, recursos para subsidios del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA-, y a partir de 1997, las participaciones y transferencias por concepto del impuesto a la renta sobre la producción de la industria petrolera.

La complejidad que representa el manejo de tal diversidad de fuentes de recursos se acrecienta con tres elementos adicionales: en primer lugar, algunos instrumentos financieros están orientados a lograr diversos objetivos a la vez; segundo, algunos objetivos están financiados por fuentes diversas; y tercero, algunas fuentes están dirigidas a financiar funciones en cabeza de varios niveles territoriales.

El situado fiscal representa la mayor fuente de financiación del sector (32%, ver Cuadro 3). Este instrumento se orienta en la actualidad a financiar varios objetivos de política a la vez: la afiliación al régimen subsidiado, el Plan de Atención Básica -PAB- y el funcionamiento de hospitales públicos.

Las participaciones municipales financian aproximadamente el 20% de las acciones estatales en salud. La legislación vigente se propuso usar esta transferencia como un instrumento redistributivo, un mecanismo para incrementar la capacidad fiscal, y a la vez, como

un medio de financiar el Régimen Subsidiado en Salud, la atención del PAB y el mejoramiento de infraestructura y dotación hospitalaria.

Las rentas cedidas, que comprenden los recursos departamentales provenientes de los impuestos a los licores, loterías, juegos y registro, representan el 15% del total de las fuentes de financiación del sector y se orientan simultáneamente a financiar los gastos de los hospitales del nivel II y III, y el funcionamiento de las direcciones seccionales de salud.

Los dineros de los programas nacionales del Ministerio de Salud y/o del FIS, y las rentas propias de los departamentos, distritos y municipios van dirigidos, aunque no en su totalidad, a la financiación del PAB. El Ministerio de Salud asigna otra parte de sus recursos a funcionamiento, y el FIS a infraestructura y dotación. La subcuenta de solidaridad del FOSYGA, que representa el 4% de todos los recursos del sector, se orienta actualmente a financiar la afiliación del Régimen Subsidiado (ver Cuadro 3).

De otra parte, los principales objetivos de política en el sector salud, la ampliación de la cobertura del Régimen Subsidiado y el PAB, están financiados por una gran variedad de fuentes. La afiliación del Régimen Subsidiado se está financiando con parte de las participaciones municipales y la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. El PAB se está financiando con recursos del Ministerio de Salud, el situado fiscal, las participaciones, las rentas cedidas y el FIS.

Finalmente, recursos orientados al mismo fin, pero originados en diferente fuente, llegan

Cuadro 3
RECURSOS DEL SECTOR PUBLICO PARA LA SALUD EN 1996
 (Millones de \$)

Fuentes de financiación	Usos											
	Rég. subsidiado		PAB		Infraestructura y dotación		Otros ^d		Funcionamiento ^e		Total	
	Recursos	Dist. %	Recursos	Dist. %	Recursos	Dist. %	Recursos	Dist. %	Recursos	Dist. %	Recursos	Dist. %
Situado fiscal			65,589	57.53					590,305	55.69	655,894	32.09
Participaciones municipales	246,410	51.24					164,273	60.96			410,683	20.10
Rentas cedidas									315,505	29.76	315,505	15.44
Ecosalud ^a			4,194	3.68					9,786	0.92	13,980	0.68
FIS			13,936	12.22	100,924	84.57					114,860	5.62
Ministerio de Salud			30,299	26.57	3,090	2.59	42,213	15.66	102,899	9.71	178,501	8.73
INS							3,901	1.45	5,877	0.55	9,778	0.48
INC							1,613	0.60	18,688	1.76	20,301	0.99
INVIMA							1,293	0.48	2,587	0.24	3,880	0.19
Dermatológico					808	0.68	335	0.12	1,308	0.12	2,451	0.12
Sanatorios					369	0.31			6,808	0.64	7,177	0.35
Supersalud							1,698	0.63	5,537	0.52	7,235	0.35
FOSYGA (subcuenta de accidentes de tránsito y enf.) ^b					14,151	11.86	54,159	20.10	690	0.07	69,000	3.38
FOSYGA (subcuenta de solidaridad) ^c	233,337	48.53									233,337	11.42
FOSYGA (subcuenta de promoción en salud)	1,100	0.23									1,100	0.05
15 % adicional por recursos de Cusiana y Cupiagua*												
Recursos propios del departamento**												
Recursos propios del municipio**												
Total	480,847	100	114,018	100	119,342	100	269,484	100	1,059,990	100	2,043,681	100

* Aún no se han girado recursos al FOSYGA por este concepto.

** Información no disponible.

a Estimación DNP-DISAL. A 31 de julio Ecosalud había distribuido a los fondos locales de salud \$9,320 millones.

b La subcuenta de accidentes de tránsito y de enfermedades catastróficas se financia con las siguientes fuentes: recursos del FONSAT, 50% adicional de las primas del SOAT, los rendimientos financieros y el Fondo de Solidaridad y Emergencia.

c La subcuenta de solidaridad se financia con las siguientes fuentes: cotización del régimen contributivo, aporte del gobierno nacional, rendimientos financieros de los anteriores recursos, rendimientos financieros, enajenación acciones y participación en empresas públicas que se destinen por CONPES, impuestos, remesas, utilidad (Cusiana y Cupiagua), IVA Social (para cobertura de Madres Comunitarias), impuestos de armas y multas a los empleadores por atentar contra el derecho del trabajador a su afiliación y selección de organismos e instituciones de seguridad social.

d Recursos dedicados, en el caso de las participaciones municipales, a financiar atenciones en salud y cofinanciar el PAB e infraestructura y dotación. Incluye para Ministerio de Salud infraestructura sede, atención en emergencias y desastres, subsidios créditos IFI, asistencia técnica IFI; y los proyectos de inversión para las Entidades Nacionales como el INVIMA, INS e INC.

e Funcionamiento de hospitales y direcciones seccionales de salud (90% del Situado Fiscal, Rentas Cedidas y el 70% de los recursos de Ecosalud). Además funcionamiento de las Entidades Nacionales.

a niveles territoriales distintos. Por ejemplo, los recursos del situado fiscal, que deben financiar parcialmente el Régimen Subsidiado, son transferidos al departamento, mientras que las transferencias municipales destinadas al mismo programa llegan al municipio. A las dificultades inherentes a la administración de las diversas fuentes en cada uno de los programas se le suma el hecho de que las normas no establecen dónde se deben mezclar estos recursos para facilitar su asignación y potenciar su uso. Todo esto genera problemas en la administración de los recursos, conflictos entre diversos niveles territoriales y confusión acerca de sus responsabilidades financieras, y en muchos casos ocasiona duplicación de la financiación de los objetivos de política, o, peor aún la desfinanciación de estos.

B. Criterios equivocados de asignación de recursos⁵

El esquema vigente de transferencias de recursos para el sector salud persigue al mismo tiempo objetivos redistributivos, de aumento del esfuerzo fiscal de las entidades territoriales y de coberturas aceptables de prestación de servicios. Esta diversidad de objetivos, los cuales separadamente son irrefutables, al buscarse con los mismos instrumentos han generado importantes ineficiencias en la asignación de los recursos.

Primero, como se anotó en la sección de educación, el esquema de distribución del situado fiscal, el cual se hace primero terri-

torialmente con base en fórmulas y sólo posteriormente por sectores con base en porcentajes fijos (75% educación y 25% salud), crea inflexibilidades que hacen que los recursos asignados no coincidan con las necesidades del sector. Igual comentario se puede hacer de la asignación fija de un porcentaje de las participaciones municipales para salud (25%).

En segundo lugar, las fórmulas de distribución de los recursos se basan en criterios que no son los más adecuados para el sector. Por ejemplo, las participaciones municipales se distribuyen dándole un gran peso al índice de NBI (60%), el cual mide las condiciones de infraestructura de servicios domiciliarios y condiciones de la vivienda, pero en absoluto las condiciones de salud de la población. El situado fiscal se distribuye con base en los gastos históricos del sector por departamento, los cuales acarrear grandes ineficiencias e inequidades. Las rentas cedidas, por otra parte, son repartidas por los departamentos teniendo en cuenta criterios como el gasto de funcionamiento en los hospitales del nivel II y III y los gastos de las direcciones seccionales, pero desde la Ley 100 deberían orientarse por ejemplo a la financiación del PAB que requeriría de indicadores diferentes relacionados con las características de morbilidad de la población. Finalmente, aunque a los recursos del FIS se accede por demanda, los cupos indicativos para cada departamento se basan en el número de personas con NBI, que como se anotó no tiene información sobre las necesidades de infraestructura ni de salud de la población.

⁵ Ver el trabajo del World Bank citado anteriormente.

De esta forma, los instrumentos diseñados para financiar los diversos programas prioritarios del sector no están respondiendo ni a las necesidades del sector, ni a las particularidades mismas de los programas.

C. Confusiones con respecto a las competencias y responsabilidades por niveles

La Ley 100 de 1993, cambió el modelo de administración y prestación de servicios y optó por una forma más racional de financiación del sector (en la medida en que se financian los costos y no los gastos). Esto a su vez ha generado una serie de confusiones en las distintas instancias con respecto a las competencias y responsabilidades relacionadas con la administración de los recursos, la financiación del PAB y los servicios en sus diferentes niveles de complejidad, así como al mejoramiento de la infraestructura y la dotación de los hospitales. De otra parte, subsisten problemas administrativos heredados del pasado relacionados con la debilidad técnica tanto del Ministerio de Salud a nivel central, como de las seccionales departamentales. Algunos de estos problemas se detallan a continuación.

No obstante ser el principal programa del sector desde la Ley 100, las normas no son claras respecto a qué nivel debe ser el responsable del aseguramiento de los usuarios del Régimen Subsidiado. En efecto, las normas asignan la responsabilidad de administrar los recursos para el Régimen Subsidiado tanto a los departamentos como a los distritos y municipios, lo que ha resultado en que ningún nivel se ha hecho responsable por esta función,

generando, en cambio, conflictos entre estos niveles por los recursos destinados a ese fin. La confusión acerca de quién es responsable de esta función se deriva, como se dijo antes, tanto en los vacíos normativos, como en la multiplicidad de fuentes para financiar el Régimen Subsidiado.

Con el PAB sucede algo similar: no hay claridad acerca de qué nivel debe financiarlo y quién o quiénes son los responsables de su implementación. Dadas sus múltiples externalidades, el Plan de Atención Básica se debe prestar a toda la población gratuitamente. Sin embargo, no se han definido claramente cuáles de los componentes del Plan, según ventajas comparativas, podrían ser ofrecidos por cada nivel de la administración del Estado, ni qué nivel debe ser responsable por su financiación. Al igual que con los otros programas del sector éste se financia a través de múltiples mecanismos, lo que conduce a que al final nadie se haga verdaderamente responsable de su financiación.

No hay tampoco claridad con respecto a quién debe financiar la actualización de la infraestructura y dotación durante el período actual de transición, mientras las instituciones se convierten en Empresas Sociales del Estado (ESE). Según la Ley 100 de 1993 las ESE deberán funcionar autónomamente con sus propios recursos obtenidos por la venta de servicios y estarán encargados de su actualización hospitalaria y médica. De acuerdo con la Ley 60 de 1993, esto es función de los departamentos y municipios.

De otra parte, asignar la función de financiar infraestructura a una transferencia perma-

nente y automática como son las participaciones (cuyo valor no está relacionado con las necesidades de cobertura) genera dos tipos de problemas: primero, el nivel nacional pierde un importante instrumento para implementar los objetivos del Plan de Desarrollo y orientar recursos a las regiones con mayores déficits en cobertura; y segundo, no reconoce que la construcción de infraestructura es una actividad eventual. Extenderla a municipios que carezcan de flexibilidad para asignar estos recursos a otros usos, podría generar mayores distorsiones en su asignación.

Además, no se ha definido claramente a qué nivel corresponde financiar los servicios de salud del nivel I, II y III durante la transición hacia un servicio basado en los subsidios a la demanda, ni cómo funcionaría el principio de concurrencia durante la transición y posteriormente en el caso de los municipios pequeños y débiles. Esta falta de claridad afecta la prestación de los servicios y ha generado duplicaciones en la financiación de estos, pues en algunos casos se continúa financiando el funcionamiento de estos niveles vía la asignación tradicional de recursos a los hospitales, a la vez que se está financiando el aseguramiento de la población pobre, que es la usuaria de estos servicios. Con ello, a pesar de los mayores recursos con que ahora cuenta el sector, ni se amplían coberturas, ni se mejora la calidad de los servicios. Esta falta de claridad afecta también al usuario, quien no sabe a donde acudir.

A los problemas relacionados con el actual esquema de asignación de competencias y recursos, se le suman los ya tradicionales problemas de administración del sector. A pesar

de los esfuerzos de los últimos años, el Ministerio de Salud continúa siendo débil técnicamente para cumplir con las funciones de definición de políticas nacionales, asistencia a las entidades territoriales y seguimiento de los programas prioritarios del sector.

Así mismo, el Ministerio carece de un adecuado sistema de información que le ayude a impulsar el nuevo esquema de seguridad social en salud, y a evaluar a las entidades territoriales en el cumplimiento de las funciones transferidas y en el uso de los recursos del situado fiscal y las participaciones. Es observable, además, la ausencia de una buena coordinación por parte de las diferentes direcciones y programas del Ministerio, lo cual le impide prestar una asistencia técnica homogénea, impulsar una política única y coherente en materia de salud a nivel nacional, y genera múltiples ineficiencias en el uso de los escasos recursos.

Finalmente, la administración del sector, a nivel nacional y, especialmente a nivel departamental y distrital, continúa siendo manejada más con criterios clientelistas que con criterios técnicos. Los recursos del sector se siguen distribuyendo más para satisfacer compromisos burocráticos y políticos que para atender las necesidades de la población.

D. Los problemas de la transición de los subsidios a la oferta a los subsidios a la demanda y el proceso de descentralización

En la situación actual, en el sector salud existen dos esquemas institucionales (con sus respectivos instrumentos financieros), que no siem-

pre coinciden y que en muchos aspectos colisionan entre sí. La ley 60 busca la descentralización del servicio, y la ley 100 busca la transformación de los subsidios a la oferta, por subsidios a la demanda. Si bien las dos normas están orientadas hacia la universalidad de la cobertura, la eficiencia y la calidad, lo hacen a través de diferentes estrategias.⁶

Con la ley 100 la responsabilidad del Estado se centra en el aseguramiento de la población pobre a los servicios de salud. Este último, por su parte, se presta en el marco del mercado, basado tanto en la libre elección de los asegurados, la competencia entre los prestadores de servicios, y la venta de servicios como vía de financiación de los hospitales y centros de salud. La ley 60, en cambio, busca garantizar recursos para que las entidades territoriales departamentales y distritales presten y administren los servicios de salud para los más necesitados. Si bien es posible encontrar mecanismos de articulación entre las dos normas, por el momento no hay claridad sobre cómo hacerlo, y hay muchos actores en los diferentes niveles territoriales, interesados en no dar el paso hacia un régimen basado en el subsidio a las personas (y contrario al subsidio a las instituciones), a pesar de tener mayores recursos para el sector.

Por ello es que la transformación de los hospitales y centros de salud pública en ESE, es decir, en entes autónomos que reciben sus

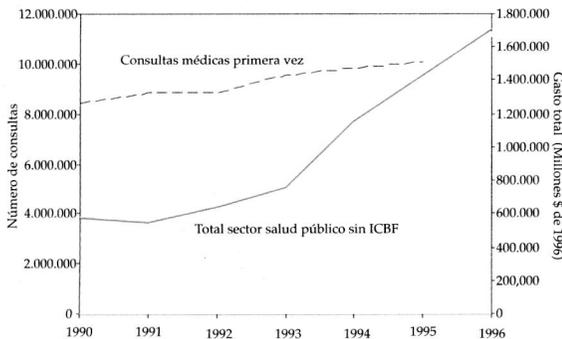
recursos por la venta de servicios, ha sido lenta y difícil. Así, en este momento, se da una situación paradójica en la cual, si bien los recursos para salud pública se han aumentado significativamente en los últimos años, y el Estado está pagando el aseguramiento al régimen subsidiado de 5.1 millones de personas pobres, los hospitales públicos insisten en que están desfinanciados y afirman que el déficit para su funcionamiento era en 1996 de \$110,000 millones.

Esta situación nos indica que debido a la lentitud en el paso de un régimen a otro estamos en el peor de los mundos posibles: por un lado se financia el aseguramiento de un grupo creciente de personas al régimen subsidiado, por el otro, se transfieren recursos crecientes a los hospitales públicos para su financiamiento. Los departamentos y distritos, en lugar de usar los recursos transferidos por el centro para aumentar la cobertura de los asegurados al régimen subsidiado, continúan financiando con recursos transferidos del centro la oferta directa de servicios, duplicando en muchos casos la financiación, sin que los pobres, la población objetivo, reciban más y mejores servicios.

En una palabra, al igual que en el sector educativo, y como se puede observar en el Gráfico 1, en los últimos diez años, la demanda por recursos para salud ha sido y continuará siendo creciente, sin que esto se refleje en aumentos significativos en la cobertura y la calidad de los servicios.

⁶ Ver el trabajo de Francisco Pérez para la Misión Social-DNP: "Determinantes de la Transformación de Subsidios de Oferta Hacia el Aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud en Colombia", Bogotá, noviembre 1996.

Gráfico 1
GASTO TOTAL EN SALUD VS CONSULTA
MEDICA POR PRIMERA VEZ 1990-1996



Fuente: División de Salud, DNP.

IV. Conclusiones

El anterior análisis nos indica que para conseguir los objetivos de universalización de la educación básica y de aseguramiento en salud para todos la población pobre del país, es necesario hacer importantes ajustes a los actuales mecanismos de asignación de recursos para la educación y la salud públicas. El criterio central debe ser la asignación de recursos con base en resultados. En educación significa financiar el costo de la educación de los niños (no el costo de la nómina de maestros); en salud se traduce en la financiación de la afiliación al régimen subsidiado y de los costos del PAB (no la financiación de los hospitales).

En primer lugar, es necesario separar en dos el situado fiscal: uno para educación y otro para salud. Una vez se tenga claro cuál es el monto anual para cada sector, cada cual debe distribuir territorialmente los recursos con base en las necesidades sectoriales, es

decir por capitación. Esto significa hacer ajustes a la Ley 60 de 1993, no sólo en cuanto a la creación de dos situados, sino también en cuanto a las fórmulas mismas de distribución. Igual reforma debe hacerse con respecto a la distribución de las participaciones municipales en educación y en salud.

En segundo lugar, hay que definir con mayor claridad cuáles son las competencias de los diferentes niveles territoriales en cuanto a administración y financiación de los principales objetivos de política de cada sector. En mi opinión, si se quiere avanzar en el proceso de descentralización en el sector social, deben dársele muchas más responsabilidades e instrumentos para el manejo de recursos financieros a los niveles locales y a las instituciones prestadoras de los servicios. Por ejemplo, en salud la responsabilidad por la afiliación al régimen subsidiado debe ser del municipio, y las diversas fuentes que financian este objetivo deben juntarse en ese nivel. En educación, deben fortalecerse las instituciones educativas públicas, dársele mucha más autonomía para el manejo de los recursos físicos, humanos y financieros, y los esfuerzos deben orientarse a transferir recursos directamente a dichas instituciones con base en un sistema de capitación. Esto implica reformar la leyes 60, 100 y 115 de 1993.

En tercer lugar, en el sector salud, es necesario acelerar la transición del régimen anterior de subsidio a la oferta al nuevo régimen previsto por la Ley 100 de 1993 basado en los subsidios a la demanda. Debe eliminarse rápidamente la financiación directa a los hospitales públicos, y convertirlos en entidades autónomas que se financian con la venta de servicios. Los esfuerzos del Estado podrían

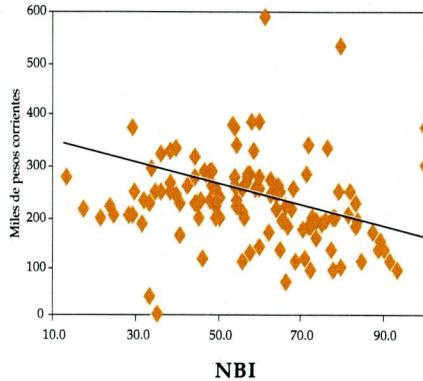
entonces focalizarse en la afiliación de los más pobres al régimen subsidiado en salud y en garantizar estándares nacionales de calidad de los servicios.

Sin este tipo de ajustes es bastante improbable que antes del final de este siglo tengamos coberturas adecuadas de los servicios básicos de educación y salud.

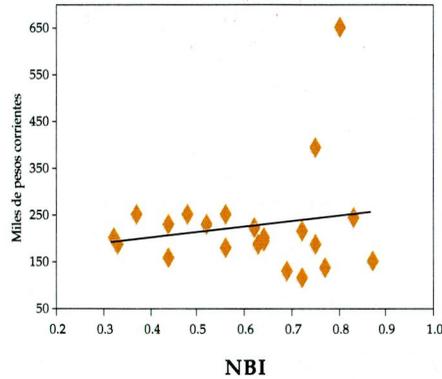
Anexo 1

INEQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DEL SITUADO FISCAL PARA EDUCACION ENTRE MUNICIPIOS EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES

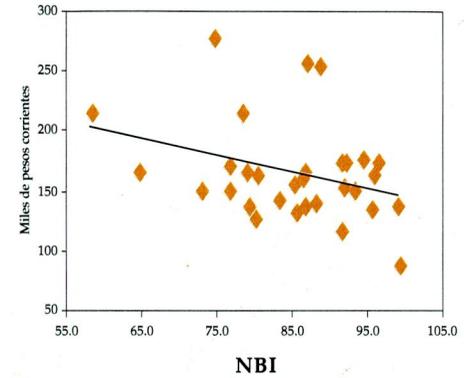
Antioquia 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



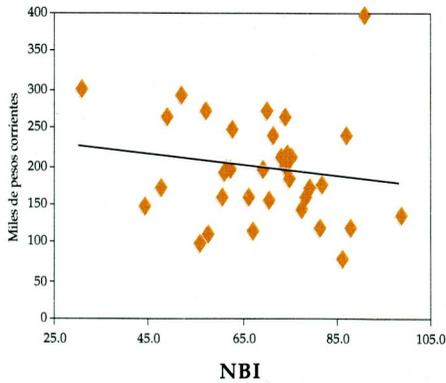
Atlántico 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



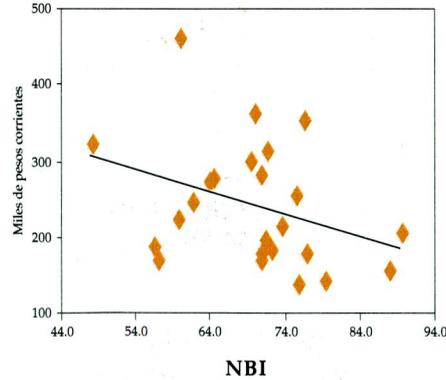
Bolívar 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



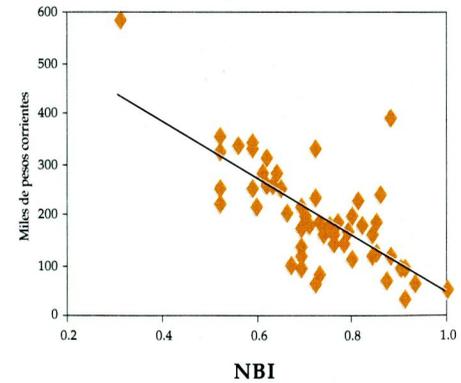
Cauca 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



Cesar 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



Nariño 1995
Situado anual por alumno vs. NBI

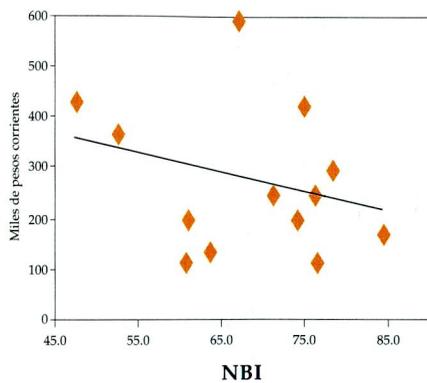


Fuente: División de Educación y Cultura del Departamento Nacional de Planeación.

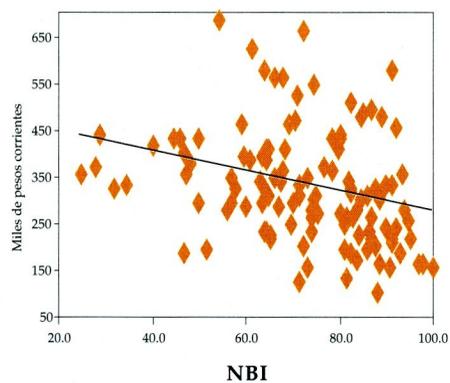
Anexo 1

INEQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DEL SITUADO FISCAL PARA EDUCACION ENTRE MUNICIPIOS EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES (Continuación)

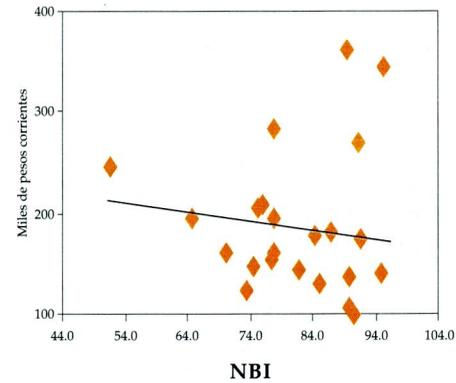
Caquetá 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



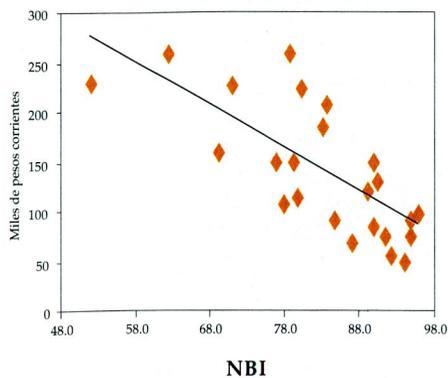
Boyacá 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



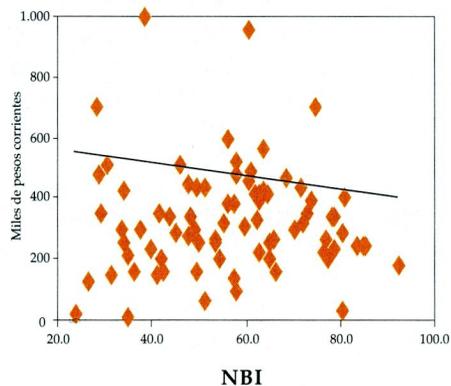
Sucre 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



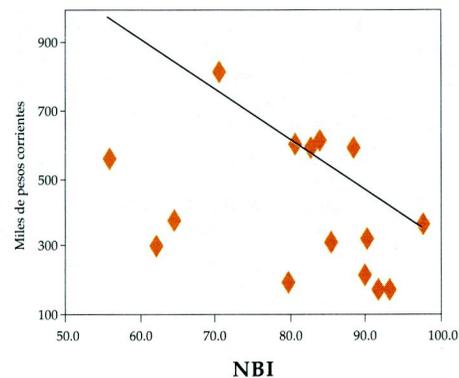
Córdoba 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



Cundinamarca 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



Chocó 1995
Situado anual por alumno vs. NBI

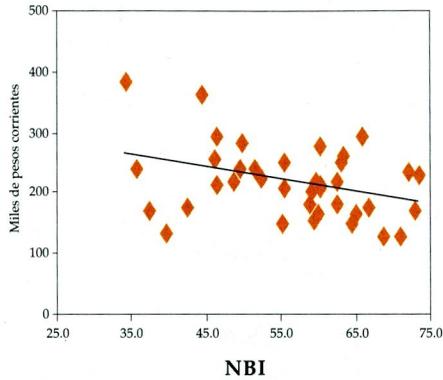


Fuente: División de Educación y Cultura del Departamento Nacional de Planeación.

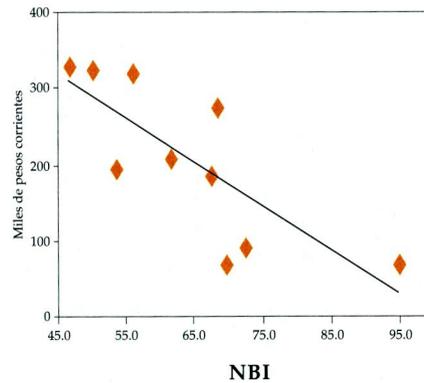
Anexo 1

INEQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DEL SITUADO FISCAL PARA EDUCACION ENTRE MUNICIPIOS EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES (Continuación)

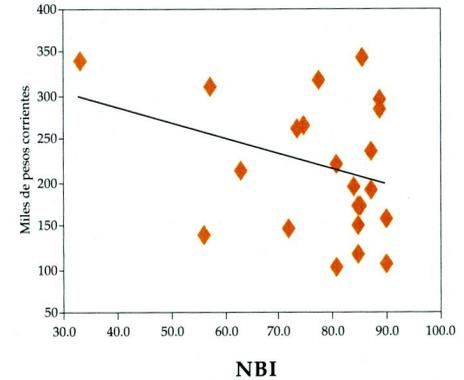
Huila 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



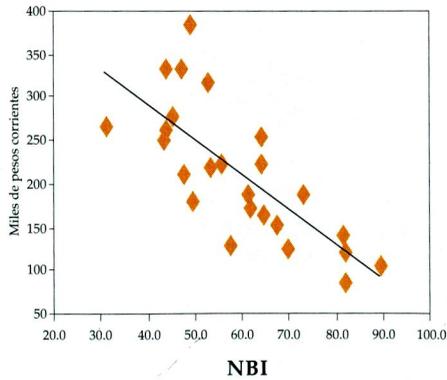
Guajira 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



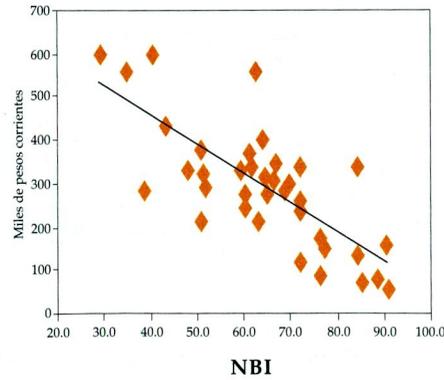
Magdalena 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



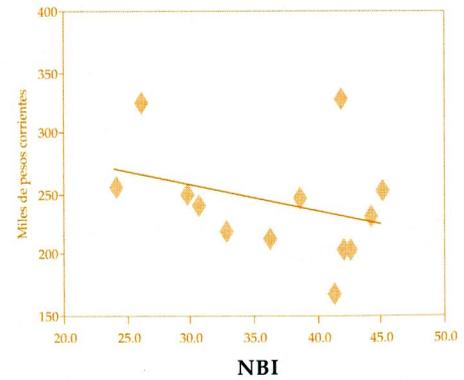
Meta 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



Norte de Santander 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



Quindío 1995
Situado anual por alumno vs. NBI

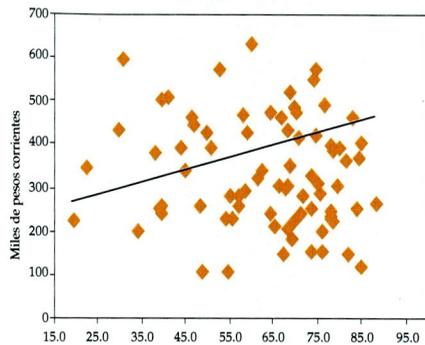


Fuente: División de Educación y Cultura del Departamento Nacional de Planeación.

Anexo 1

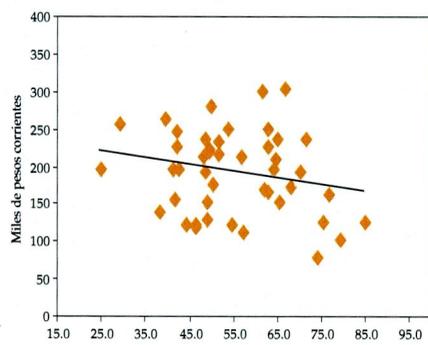
INEQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DEL SITUADO FISCAL PARA EDUCACION ENTRE MUNICIPIOS EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES (Continuación)

Santander 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



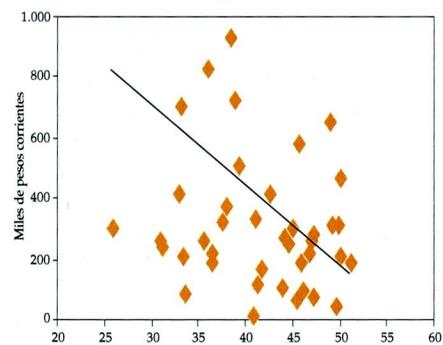
NBI

Tolima 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



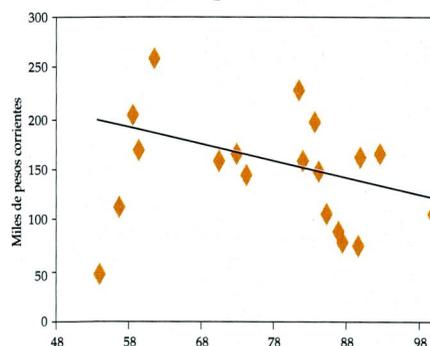
NBI

Valle 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



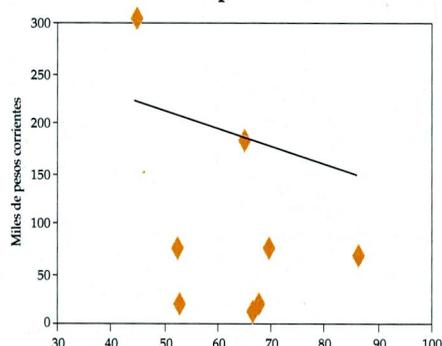
NBI

Casanare 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



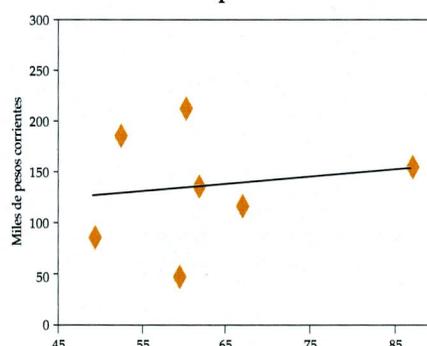
NBI

Putumayo 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



NBI

Arauca 1995
Situado anual por alumno vs. NBI



NBI

Fuente: División de Educación y Cultura del Departamento Nacional de Planeación.