

El Sistema de Salud en Colombia:

**EVOLUCIÓN, SITUACIÓN ACTUAL
Y PERSPECTIVAS**



FUNDACIÓN CORONA

CONSEJO DIRECTIVO

PRINCIPALES

HERNÁN ECHAVARRÍA OLÓZAGA

ANDRÉS ECHAVARRÍA OLÓZAGA

MARY FLOR ECHAVARRÍA DE CARVAJAL

HAROLD EDER GARCÉS

JOHN JAIRO PELÁEZ BOTERO

JULIO MANUEL AYERBE

SUPLENTE S

GABRIEL ECHAVARRÍA OBREGÓN

ELENA ECHAVARRÍA DE APARICIO

FELIPE FRANCISCO ECHAVARRÍA ROCHA

ELENA GARCÉS ECHAVARRÍA

DANIEL ECHAVARRÍA ARANGO

RODRIGO GUTIÉRREZ DUQUE

PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

GUILLERMO CARVAJALINO SÁNCHEZ

DIRECTOR EJECUTIVO

EQUIPO TÉCNICO

WILLIAM CARTIER DUNLOP
COORDINADOR DE EVALUACIÓN

HENRY MAURICIO GALLARDO LOZANO
JEFE ÁREA DE SALUD

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
COORDINADOR TÉCNICO

MARTA LILIANA HERRERA R.
JEFE ÁREA DE EDUCACIÓN

MARGARETH G. FLÓREZ
JEFE ÁREA DE GESTIÓN LOCAL Y COMUNITARIA

MARÍA DEL PILAR JARAMILLO VARGAS
JEFE ÁREA DE COMUNICACIÓN

DIANA DROSTE FLÓREZ
JEFE ÁREA DE DESARROLLO EMPRESARIAL

ISNARDO ARIAS ZAMBRANO
JEFE ÁREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

REPORTE ANUAL 1998

DISEÑO Y ARMADA ELECTRÓNICA

GRAFOS LTDA.

FOTOGRAFÍAS

FABIÁN ALZATE

CORRECCIÓN DE ESTILO

CÉSAR TULIO PUERTA

C O N T E N I D O

4 Presentación

7 Fundación Corona: historia de una conciencia social

8 Misión y criterios orientadores

ENSAYO CENTRAL

10 El Sistema de Salud en Colombia: Evolución, situación actual y perspectivas

28 Concentración del gasto en 1998

ÁREA DE

31 Desarrollo Empresarial

ÁREA DE

37 Educación

ÁREA DE

43 Salud

ÁREA DE

49 Gestión Local y Comunitaria

54 Programa de Donaciones en Especie

59 Iniciativas que estudia la Fundación Corona

PRESENTACIÓN

Como es apenas natural, los debates sobre políticas públicas suelen orientarse hacia sus propios contenidos. Así pues, las primeras preguntas que surgen ante una nueva política son: ¿Es la respuesta adecuada a un determinado problema? ¿Se ajusta al marco constitucional y legal? ¿Está fundamentada técnicamente? ¿Es equitativa tanto en su financiamiento como en su aplicación? ¿Es ágil en términos administrativos?

Estas mismas preguntas motivan los programas y proyectos de la Fundación Corona en sus distintas áreas temáticas: ¿Cómo lograr mayor calidad en la educación básica? ¿Cómo apoyar efectivamente la innovación tecnológica en la pequeña empresa? ¿Cómo generar mayores capacidades en comunidades organizadas? ¿Cómo lograr mejor acceso a servicios de salud por parte de la población de bajos ingresos?

Es importante mencionar también otro aspecto de las políticas públicas: el que hace referencia a la calidad del proceso del debate. Aunque está de moda últimamente el concepto de la *democracia participativa*, en nuestro sistema democrático hay espacios limitados para la participación. Sigue siendo de mayor importancia el aspecto representativo de la democracia. ¿Cómo mejorar la calidad del proceso de identificación, formulación e implementación de políticas en una democracia representativa? Teorías recientes de la democracia deliberativa argumentan que la calidad del debate en la democracia depende de tres factores: reciprocidad, publicidad y rendición de cuentas (*accountability*).

Reciprocidad es la condición de que los participantes en el debate sobre políticas públicas busquen términos justos para lograr la cooperación social, es decir, que tomen como punto de referencia del debate el logro de una solución aceptable para todos. Esto no siempre ocurre, pero debería ser el principio básico del debate.

Publicidad implica que los participantes en el debate planteen públicamente sus razones y argumentos, y provean toda la información necesaria para evaluar sus argumentos. Esta condición se aplica especialmente a los actores y entidades públicas. Si bien es cierto que hay buenas razones para guardar alguna información del escrutinio público, ésta no debe ser la regla general. Sin esa condición no opera la reciprocidad y no es posible la deliberación sobre políticas.

Finalmente, la rendición de cuentas exige que los participantes en un debate justifiquen sus decisiones y acciones. Esta condición se aplica a los representantes y a los servidores públicos. De las dos últimas condi-

ciones se desprende que los funcionarios oficiales están en la obligación de explicar y justificar sus decisiones.

Creemos que la acción de la Fundación Corona, al identificar, diseñar, evaluar y probar políticas y programas en sus respectivas áreas temáticas, realiza simultáneamente una contribución a la mejoría de los contenidos de las políticas públicas y un aporte a la calidad de la deliberación sobre ellas. En la práctica siempre buscamos reciprocidad, invitando a diversas instituciones públicas y privadas a cooperar; promovemos la publicidad en el debate mismo que a veces, genera información nueva; y, finalmente, exigimos —no siempre con éxito— la rendición de cuentas por parte de los gobernantes, mediante el apoyo a seminarios, foros y otros eventos públicos, para evaluar y debatir las políticas oficiales.

Por cierto, no siempre resulta posible encontrar soluciones aceptables a todos. A veces, en la democracia, los resultados son producto de negociaciones fundamentadas en intereses particulares. Al subrayar el aspecto moral de la deliberación sobre políticas públicas, queremos señalar la importancia de los aspectos procesales de la democracia. Al admitir estas condiciones, estaríamos más dispuestos a aceptar los resultados del proceso político, aun cuando no siempre nos favorezcan.

De esta forma, hemos querido que el Reporte Anual 1998 de la Fundación Corona haga especial énfasis en los programas y proyectos que, de alguna manera, han querido aportar al mejoramiento de las políticas públicas en el país. Adicionalmente, hemos incluido un ensayo central en esta misma línea, basado en la reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud. Dicho artículo indaga sobre los orígenes y motivos de la reforma a comienzos de la presente década, sus objetivos, sus medios de financiación y administración, y sus resultados en términos de equidad y eficiencia. Sostiene, además, que la reforma, aunque adolece de algunos problemas serios, ha sido exitosa. Algunos contradictores de la misma no han querido reconocer sus logros, especialmente en lo relativo al aumento de la cobertura efectiva en beneficio de la población más pobre. Recomendamos su lectura y esperamos que estas opiniones contribuyan a enriquecer el debate.

Finalmente, aprovechamos para agradecer a todas las instituciones y personas, en Colombia y en otros países, que brindaron su apoyo a la Fundación Corona durante 1998. Los resultados que se presentan a continuación son producto de estas múltiples colaboraciones.



DON GABRIEL ECHAVARRÍA MISAS



DOÑA ELENA OLÓZAGA DE ECHAVARRÍA

FUNDACIÓN CORONA:

Historia de una Conciencia Social

La familia Echavarría Olózaga ha estado ligada al desarrollo industrial del país durante los últimos tres cuartos de siglo, a través de la creación y operación de Corona, organización empresarial dedicada principalmente a la manufactura y comercialización de productos cerámicos. Como líderes empresariales, los Echavarría Olózaga se han caracterizado por su espíritu de iniciativa, desempeñando un papel pionero en la innovación tecnológica y en la adopción de principios modernos de gestión empresarial. Comprometidos con el desarrollo económico del país, ejercen un sentido profundo de responsabilidad para con la sociedad en que viven. Este sentido de responsabilidad los condujo a crear, en 1963, la Fundación Corona —al principio bajo el nombre de Fundación Santa Elena— con el propósito de promover el crecimiento integral de las comunidades cercanas al área de influencia de las plantas manufactureras. En ese entonces, la Fundación operaba en forma directa programas asistenciales de educación, vivienda y salud, principalmente. A finales de la década de los ochenta, que coincidió con el proceso de cambio organizacional de Corona para adaptarse a las nuevas exigencias del proceso de apertura y de globalización económica, la Fundación modificó su nombre por el actual y tomó cuatro decisiones determinantes para su futuro: primero, decidió no ser operadora directa de programas y proyectos, sino más bien facilitadora o promotora de éstos; en segundo lugar,

amplió su espectro de intervención a la sociedad en conjunto, y dejó la responsabilidad del trabajo con las comunidades en las propias empresas de la Organización Corona; tercero, formó un equipo directivo y técnico altamente profesional, y por último, constituyó un sólido patrimonio propio. Desde entonces, la Fundación se ha dedicado a adelantar programas de gran alcance que beneficien a todo el país.

La familia Echavarría Olózaga ha sido inspiradora de la orientación de la Fundación y actualmente miembros de tres de sus generaciones participan de manera activa en su alta dirección. Además, la auspician a través de los aportes económicos realizados por la Organización Corona.

La Fundación Corona es una fundación empresaria en el más amplio y completo sentido del término. Por una parte, representa el compromiso social de una familia y una organización empresarial, y cumple con él actuando como su conciencia social. Por otra, aplica en su orientación estratégica y en su operación diaria los principios de la gestión moderna. Finalmente, entiende su labor como la de apoyar programas y proyectos innovadores y de impacto que contribuyan a mejorar la calidad de la gestión de los procesos sociales, mediante prácticas transferidas y aprendidas permanentemente de Corona y de otras organizaciones empresariales exitosas.

Misión y Criterios Orientadores

La actual misión de la Fundación Corona fue definida y aprobada por su Consejo Directivo en 1995:

CONTRIBUIR AL DESARROLLO SOCIAL DEL PAÍS
MEDIANTE LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA GESTIÓN
DE LOS PROCESOS SOCIALES, A TRAVÉS DE PROGRAMAS
Y PROYECTOS INNOVADORES, ENCAMINADOS A FACILITAR
EL ACCESO DE LA POBLACIÓN MÁS POBRE A LOS BENEFICIOS
QUE GENERA EL DESARROLLO.

PARA ELLO, SE CONCENTRA EN LAS ÁREAS DE
DESARROLLO EMPRESARIAL, EDUCACIÓN, SALUD
Y GESTIÓN LOCAL Y COMUNITARIA, SELECCIONANDO
DENTRO DE ELLAS UNAS POCAS LÍNEAS PROGRAMÁTICAS
CON ALTAS POSIBILIDADES DE IMPACTO EFECTIVO,
A LARGO PLAZO Y DE MANERA DURADERA, EN LAS
CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.

LA FUNDACIÓN ENTIENDE SU APORTE AL DESARROLLO
COMO LA GENERACIÓN Y APOYO A INICIATIVAS
QUE SIGNIFIQUEN INNOVACIONES EFECTIVAS
Y REPLICABLES EN LA MANERA COMO SE ENFRENTAN
LOS PROBLEMAS SOCIALES. NO PRETENDE REEMPLAZAR
LAS FUNCIONES DEL ESTADO, SINO CONTRIBUIR,
DE MANERA CUALITATIVAMENTE SIGNIFICATIVA,
A LA INNOVACIÓN SOCIAL.

Para interpretar esta misión, la Fundación ha formulado unos criterios orientadores que le permiten seleccionar el tipo y las características de los programas y proyectos que apoya. Cuando la misión se refiere a facilitar el acceso de la población más pobre a los beneficios del desarrollo, impone un criterio de *focalización* de sus recursos en aquellas áreas del desarrollo social que ofrezcan posibilidades para reducir la pobreza. Algunos de los programas y proyectos tienen impactos directos, en el sentido de que promueven innovaciones en la gestión operativa de políticas y programas, muchas veces mediante proyectos experimentales. Otros son indirectos: generan insumos para mejorar los términos del debate público; identifican nuevos problemas; proponen políticas alternativas, o evalúan políticas existentes. Los altos niveles de pobreza en el país generan muchas necesidades. Sin embargo, además de la necesidad, para la Fundación debe existir una clara oportunidad de lograr impactos dentro de los campos sociales seleccionados. Así, relacionado con el criterio anterior, está el de *concentración*, que obliga a la Fundación no solamente a mantener unas pocas áreas temáticas, sino también, dentro de éstas, a definir unas líneas programáticas muy precisas, cuyo hilo conductor es el mejorar la calidad de la gestión. La Fundación Corona busca que sus proyectos generen un *impacto* duradero y sistemático, más allá de la acción puntual o puramente testimonial, dando especial atención a la *relevancia* del problema que se quiere atender y a la pertinencia de la propuesta para la resolución de ese problema. Por ello, entiende su papel como el de apoyar programas y proyectos *innovadores*, pioneros, que se atreven a incursionar en campos inexplorados o que

apliquen enfoques no tradicionales. El hecho de trabajar en el mejoramiento de la gestión de las políticas públicas y de los programas que de ellas se derivan, no significa reemplazar la función del Estado en el suministro de servicios básicos. Más bien se trata de identificar y desarrollar alternativas viables de transformación social, buscando que éstas sean *replicables* y *generalizables* al ser asumidas por actores públicos o privados. Igualmente, la Fundación pretende generar las condiciones para el *fortalecimiento de la capacidad institucional* del país en la resolución de sus problemas sociales. Para ello apoya a entidades existentes o fomenta la creación de grupos o nuevas organizaciones cuyos proyectos constituyan propuestas e iniciativas que se enmarquen dentro de su misión. Mediante la consolidación de la capacidad de liderazgo y gestión de estos grupos e instituciones, la Fundación busca asegurar la *continuidad* y *autosostenibilidad* de sus esfuerzos. En este sentido, ocupa un lugar destacado en la búsqueda deliberada de la *asociación* con organizaciones especializadas y diversos actores de la sociedad civil, no sólo como una forma de mover recursos financieros y técnicos, sino también como una manera de aunar voluntades en esfuerzos comunes y de largo plazo. Los anteriores criterios exigen que la Fundación Corona actúe *proactivamente*, es decir, que su equipo técnico participe de manera directa en la identificación, diseño y puesta en marcha de sus programas y proyectos. En este sentido, aunque ocasionalmente se reciben y aprueban solicitudes generadas externamente, la mayor parte de los proyectos son el resultado del trabajo conjunto entre la Fundación y sus potenciales asociados.

*El Sistema de Salud en Colombia:***EVOLUCIÓN,
SITUACIÓN ACTUAL
Y PERSPECTIVAS**POR: *Henry Mauricio Gallardo* • JEFE ÁREA DE SALUD • FUNDACIÓN CORONA**INTRODUCCIÓN**

El mejoramiento de la gestión de los procesos sociales —bien sea en salud, educación, gestión local o desarrollo empresarial— conlleva inevitablemente una reflexión sobre las políticas públicas que condicionan dichos procesos. Estas políticas se expresan no sólo en las reformas constitucionales, proyectos de ley, resoluciones o actos administrativos de los ministerios y sus numerosas entidades adscritas. También, como es obvio, están expresadas en las decisiones de los entes territoriales y en las empresas prestadoras de servicios, públicas o privadas. Finalmente, se expresan en las posiciones y acciones —o reacciones— de los diferentes actores.

La reforma de la seguridad social en salud, iniciada ya hace más de cinco años, ha sido una de las políticas públicas más importantes de las últimas décadas en este país. Las primeras propuestas, los diversos proyectos de ley, la legislación definitiva (Ley 100 de 1993) y su implementación posterior han involucrado a múltiples actores. En ella han participado los gobiernos y ministerios de turno, los entes territoriales, las

empresas públicas y privadas, los gremios empresariales, las asociaciones profesionales, los sindicatos, las cooperativas, las asociaciones de consumidores y usuarios, los institutos de investigación y las universidades.

Antes de la aprobación de la Ley 100, la Fundación Corona llevaba casi seis años trabajando en el sector salud, específicamente en el tema del mejoramiento de la gestión hospitalaria. A partir de 1993, y gracias a su experiencia y creciente conocimiento técnico sobre el tema, se convirtió, prácticamente, en otro actor dentro del debate público sobre la reforma y sus consecuencias. Desde entonces, la Fundación ha mantenido su presencia mediante el apoyo a la investigación y el análisis de diferentes componentes de la reforma, desde el equilibrio financiero del sistema en su conjunto y las condiciones laborales de los profesionales de salud, hasta las formas institucionales de aseguramiento y prestación de servicios en los ámbitos local y comunitario. Sin duda, dicho apoyo ha generado información oportuna que, a su vez, ha contribuido a mejorar el proceso de implementación y ajuste a las diversas normas contenidas en la reforma. Pero es



Es importante defender los principios básicos de universalidad, solidaridad, eficiencia y libre elección, y propender a implementar o desarrollar los incentivos adecuados para alcanzarlos.

preocupante para la Fundación que, últimamente, la reforma haya sido blanco de duros cuestionamientos por parte de algunos de los actores señalados, sin la suficiente información consolidada y debate crítico. Hay quienes se han manifestado en contra de sus mismos principios y objetivos, mientras que para otros la raíz del problema ha estado en los medios escogidos para su implementación. Ha sido difícil lograr consensos; de hecho, ante los ataques indiscriminados de algunos actores, las posiciones son cada vez más polarizadas. Por ello, resulta conveniente realizar un balance de la reforma, señalando sus logros, dificultades actuales y retos futuros. De acuerdo con lo anterior, el siguiente artículo expresa la preocupación de la Fundación Corona respecto al futuro del sector salud, no en procura de la defensa de una ley particular, sino de la búsqueda eficaz de objetivos necesarios para un mejor bienestar del país. El artículo hace referencia al contexto del sistema de salud, sus principios y objetivos, sus logros, y luego se ocupa del proceso de implementación, los obstáculos y algunas opciones para superarlos.

EL CONTEXTO

El estado de salud de la población debe constituirse en una preocupación permanente en todos los gobiernos dado el valor que dan a ésta los pobladores del mundo. Es innegable su relación directa y de doble vía con el desarrollo humano y económico de las colectividades¹ y, por lo tanto, resulta crucial para los países la manera como se organizan los sistemas de prestación de servicios y como estos se

relacionan con otros sectores para alcanzar niveles óptimos de bienestar en la población.

Los servicios de salud contribuyen, de manera limitada pero contundente, a la consecución de este bienestar². Así mismo, los servicios de salud demandan importantes recursos humanos y financieros en el conjunto de las sociedades. Por ello, es tarea prioritaria analizar permanentemente la forma en que los servicios de salud se estructuran y prestan.

En el ámbito mundial se han desarrollado y probado distintas formas para organizar la prestación de los servicios de salud, constituyendo modelos diversos. Todos los modelos pretenden unos objetivos globales y comparten problemas similares, sin que ninguno haya logrado ser perfecto.

Los grandes propósitos comunes a todo sistema de salud son equidad, calidad y eficiencia. Es decir, poder garantizar para todos sus individuos la misma posibilidad de acceso a servicios de salud apropiados, con unos recursos limitados³. Los problemas también comunes a todos los modelos de salud, en mayor o menor escala, incluyen: una progresiva expansión de costos con dudosas mejoras en calidad, lo mismo que ineficiencia e inequidad en la prestación de los servicios. La escalada de costos, permanente y acelerada, ha estado determinada por factores como la introducción de tecnología biomédica de baja relación costo-efectividad, el mercado farmacológico, la transición en salud⁴, la medicina defensiva, y determinadas formas de contratación y financiación, entre otros⁵. La situación de ineficiencia responde tanto a desarreglos en la gestión de las instituciones como al

¹ Barro, R., *Health and Economic Growth*, Harvard University, 1996.

² Las variables atribuidas al entorno y al comportamiento humano tienen una mayor incidencia en el resultado final.

³ Equidad se refiere a la posibilidad de protección igual que reciben los individuos ante una necesidad básica, independientemente de su capacidad de pago o cualquier otra condición. Esto no va en detrimento de la obligación individual de hacer esfuerzos equivalentes al de sus conciudadanos para lograr cubrir su necesidad. El principio de equidad necesariamente invoca el de solidaridad, el cual promueve el apoyo de unos individuos a la solución de las condiciones de otros.

Eficiencia es lograr el mejor resultado posible utilizando la menor cantidad de recursos, lo que implica, al incluir el principio de calidad, que el servicio prestado cuente con los adecuados estándares de calidad técnica, satisfacción y bajo riesgo para el usuario.

⁴ La transición en salud ha sido definida como la suma de las transiciones epidemiológica y demográfica. Para mayor información ver: Jamison, D. T.; Mosley, W. H.; Measham, A. R. y Bobadilla, J. L., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford Medical Publications, Oxford University Press, 1993.

⁵ Katzoff, A.; Allen, D.; Cohen, T.; Hattendorf, G., "Why health care is so expensive?", in: *The Irwing guide to health care benefits management*, Chapter 1, Irwing, 1996.

manejo general de los sistemas que ha promovido asignaciones equivocadas de recursos financieros, humanos y de infraestructura, con incentivos inapropiados. Los diferentes grados de acceso demuestran las inequidades de los modelos adoptados: generalmente los más pobres no tienen posibilidad de obtener servicios ante una necesidad y cuando los reciben es frecuente la mala calidad de los mismos.

Situaciones de inequidad, ineficiencia y pobre calidad en los servicios de salud deben preocupar a todos los demás sectores de la sociedad. Es evidente que no debe permitirse ni tolerarse la exclusión en el acceso a los servicios a determinados grupos de la población. Y que todos los individuos esperan una atención oportuna y segura en el momento de enfermar.

Así mismo, a la sociedad debe preocuparle el gasto en salud. Por una parte, porque su adecuada asignación podrá mejorar las posibilidades de acceso con calidad para todos. Pero también, por otra, porque su desborde innecesario o injustificado sustrae valiosos recursos que se requieren con premura en otras áreas críticas para el desarrollo del bienestar social: por ejemplo, en educación o en desarrollo tecnológico. Por esto, se hace imperativo tomar las medidas suficientes que impidan escaladas de costos injustificadas, de escaso impacto y que perjudican la inversión en otros sectores, limitando el desarrollo del país.

El caso colombiano no fue ayer ni es hoy una excepción a este panorama. Antes de la reforma de 1993, el sector salud se caracterizaba por una alta inequidad, ineficiencia, barreras al acceso de los grupos más pobres, y grados variables de

interferencia política⁶. La prestación de servicios de salud se basaba en un Sistema Nacional de Salud asistencial, centralizado y estatista. Bajo su vigencia, uno de cada cuatro colombianos que se sintieron enfermos (1992) no pudo acceder a servicios de salud por la incapacidad para pagar el valor de la atención. Sólo 20% de la población disfrutaba del beneficio de estar asegurada, con el agravante de que estos individuos no eran los más pobres.

En la práctica, existía un sistema fragmentado con salud prepagada (tipo seguro individual) para los de más altos ingresos; un Instituto de Seguros Sociales y múltiples cajas de previsión para los trabajadores (sin cobertura familiar), y un sistema público (tipo sistema nacional de salud) para los más pobres, altamente ineficiente, insuficiente y de baja calidad. Los resultados globales obtenidos por el sector no guardaban proporción con la inversión realizada por el país, y la fragmentación en cientos de administradores y subsistemas impedía el uso económico de los recursos, anulando cualquier posibilidad de incrementar la escasa cobertura de los servicios. Además, nuestro país ha tenido unos rápidos cambios en su perfil de salud, caracterizado por aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, leve disminución de las transmisibles, nutricionales y condiciones asociadas al embarazo, con un serio problema de violencia que determinan un elevado número de años de vida saludables perdidos por lesiones intencionales y accidentales^{7,8}. Con este panorama, Colombia tenía que repensar su modelo de servicios de tal forma que se asumieran las nuevas condiciones dentro de un proceso

⁶ *La Reforma de la Seguridad Social en Salud*, Ministerio de Salud, 1994.

⁷ Escobar, M. L.; Gallardo, H.; Giraldo P.; Londoño, J. L.; Rodríguez, J., *La Carga de la Enfermedad en Colombia*, Ministerio de Salud, 1994.

⁸ CISALVA, Dimensionamiento de la Violencia en Colombia, Banco Interamericano de Desarrollo, Documento R339, octubre 1998.



Los grandes propósitos comunes a todo sistema de salud son equidad, calidad y eficiencia. Es decir, poder garantizar para todos sus individuos la misma posibilidad de acceso a servicios de salud.

descentralizador y en el desarrollo de una nueva Constitución Política, considerando cuidadosamente los principios generales de la seguridad social, es decir, equidad, solidaridad y eficiencia, con respeto al derecho de libre elección de los individuos.

Colombia aprovechó la dinámica de cambio y enfrentó la difícil situación sectorial, entendiendo que un sector como el de la salud puede aportar al desarrollo del país y a la disminución de los desequilibrios del ingreso. Así, decidió crear un enfoque innovador que subsanara las fallas del esquema anterior, tomando como base la competencia regulada⁹. De esta forma, el nuevo modelo separa, al menos en teoría, los roles de prestación, administración (aseguramiento) y control-dirección del sistema; además, permite la libre elección, promueve la participación del sector privado y de la comunidad, y cambia el esquema de financiamiento con subsidios a la demanda. Todo esto con miras a construir una estructura apropiada de incentivos que presione el buen desempeño institucional, mejorando la calidad y superando los problemas de ineficiencia e inequidad.

Hoy, a escasos cinco años de iniciada la implementación de la reforma, se han obtenido importantes logros; igualmente, algunos de los problemas subsisten y ameritan atención, análisis objetivo y persistencia en las políticas. Resulta fundamental que un modelo de cambio que tomó décadas en otras latitudes, que es valorado y observado detenidamente en el contexto internacional y que ha mostrado resultados sorprendentes en este escaso período, sea seguido y evaluado con prudencia, moderación y firmeza.

TIPOS DE SISTEMA DE SALUD

Los sistemas de salud clásicos podrían clasificarse en tres grandes bloques, así: los *sistemas nacionales de salud*, donde el Estado se presenta como el responsable de ofrecer servicios a toda la población, es el propietario de los prestadores y se constituye en el financiador del sistema por vía de los impuestos; los llamados *sistemas de seguro*, en los que la responsabilidad de la prestación y manejo del riesgo de la salud recae en manos de terceros (ya sea compañías aseguradoras, o de grupos organizados, o mutuales) y el pago de los servicios se constituye en responsabilidad directa del asegurado o de su patrono; el tercer tipo de modelos de salud es el denominado *sistema mixto*, en el cual, de forma variable, se combinan elementos de sistema nacional de salud con componentes de un modelo de aseguramiento.

EL NUEVO MODELO

En 1993, el gobierno colombiano promulgó la Ley 100 con el objetivo de lograr aseguramiento universal de servicios de salud para toda su población. El modelo constituye un sistema de aseguramiento¹⁰ en que el Estado regula el plan de servicios que se ofrece (POS - Plan Obligatorio de Salud) y la tarifa que se reconoce por cada beneficiario (UPC - Unidad de Pago por Capitación). Además, incluye un innovador sistema de solidaridad en que las personas de mayores ingresos (Régimen Contributivo) contribuyen a pagar la prima (UPC) de los de menores ingresos (Régimen

⁹ Londoño, J. L.; Frenk, J., Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina, Banco Interamericano de Desarrollo, Documento Oficina del Economista Jefe, 1997.

¹⁰ Se entiende por aseguramiento aquella actividad que tiene por objeto social asumir riesgos ajenos, percibiendo a cambio una cantidad periódica llamada cuota o prima. Adaptado de: Rubio, S., Glosario de Economía de la Salud, Ediciones Díaz de Santos. Madrid, 1995.

Subsidiado), y garantiza libertad de elección tanto para el aseguramiento como para la prestación.

La función de aseguramiento es delegada en entidades dedicadas a este fin, de origen público, privado o comunitario, que compiten por afiliarse o captar al mayor número de colombianos, de tal manera que se diluyan los riesgos que deben cubrirse. Los individuos fueron investidos con la opción de elegir libremente el asegurador que debe administrar sus recursos y servicios, lo que implica una presión en las aseguradoras para competir por calidad en la atención del paquete definido (POS).

Adicionalmente, los aseguradores integran redes de prestadores (IPS - Instituciones Prestadoras de Servicios), las cuales se ven obligadas a mejorar su gestión y a proveer cada vez mejores servicios, so pena de ser relegadas por el mercado. Las IPS públicas, tradicionalmente financiadas con ineficientes presupuestos retrospectivos, entran en un proceso de autonomía (conversión en Empresas Solidarias de Salud - ESE) que les permite ofrecer sus servicios y financiarse por el mecanismo de subsidio a la demanda, lo que también ejerce presión para lograr niveles de eficiencia y desempeño adecuados.

El cambio fue propuesto de manera gradual y se creó un sistema transitorio en el cual migrarían progresivamente los subsidios de oferta a demanda, mientras se aumenta la cobertura de la población y se equiparan los planes de beneficios ofrecidos en los dos regímenes. Al mismo tiempo, se esperaba un proceso paulatino de transformación institucional tanto en los niveles de dirección y control nacional y territorial, como en el ámbito de los prestadores y aseguradores.

Dentro del marco propuesto, el papel del Estado se transforma y fortalece concentrándose en regular, dirigir y controlar el sistema de salud, dejando las funciones de prestación y administración directa en los niveles diseñados especialmente para cumplir a cabalidad con estas tareas. Esto resulta coherente con la lógica del proceso de descentralización iniciado a finales de los años ochenta.

LOS LOGROS ALCANZADOS

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud ha logrado un aumento relativo y absoluto sustancial de la población cubierta por el aseguramiento, pasando de 20% a 57% del total¹¹; paralelo a este cambio existe otra serie de avances menos conocidos, pero no menos significativos.

El principal de ellos se refiere al impacto en equidad. En este sentido, se ha logrado mejorar el acceso real a los servicios de salud^{12, 13, 14}, representado en aumento del número de consultas (en más de dos veces) y en un incremento de 30% en hospitalizaciones, ambos indicadores medidos en la población más pobre. Es de anotar que este logro se acompaña de mejores niveles de oportunidad y satisfacción de los servicios (aproximados a 85%), como lo demostró la Encuesta de Calidad de Vida.

Como consecuencia de lo anterior, el Régimen Subsidiado ha permitido que se impacte positivamente la distribución del ingreso en Colombia medido a través del coeficiente Ginni (pasó de 0,56 a 0,52). Esto implica que, como efecto del subsidio recibido a través de servicios de

¹¹ Encuesta de Calidad de Vida 1997, DANE / Ministerio de Salud de Colombia.

¹² Sánchez, F. y Núñez, M., "¿A quiénes están beneficiando los subsidios en salud propuestos por la Ley 100/93?", *Vía Salud* No. 9.

¹³ Encuesta de Calidad de Vida, DANE, 1997.

¹⁴ Reyes, S.; Ruiz J., Acosta N.; Esclava, J. I.; Puente, C. A.; Ardila, Z., *Seis Casos de Acceso a la Seguridad Social en Salud en Colombia*, Fundación Corona, Fundación Ford y Pontificia Universidad Javeriana, Informe Final, 1999.



*Hospital Pablo Tobón Uribe.
Medellín*

salud, esos grupos de población han aumentado su ingreso real en 45%¹⁵. Estos hallazgos están asociados al incremento de los recursos financieros del sector público en cerca de dos puntos del PIB, y en una cantidad similar en el sector privado. De manera coherente, se dio paso a nuevos actores institucionales públicos, privados y de origen comunitario, cuyas organizaciones tienen inmensas responsabilidades. Entre éstas hay experiencias exitosas dignas de observar. El nuevo sistema de competencia regulada ha obligado a las instituciones de salud, públicas y privadas, a pensar y trabajar en la búsqueda de una mayor eficiencia y calidad, reconociendo la importancia de orientarse a la satisfacción de sus usuarios al mismo tiempo que incrementan su productividad.

El sistema de salud ha promovido la realización de investigación gracias a la apropiación en el país de nuevos métodos que han permitido evaluar y seguir el proceso de reforma y, sobre todo, generar información para el ajuste de las políticas públicas de salud¹⁶. Esto ha incentivado para que valiosos profesionales, del sector y de otros, conozcan, discutan y planteen ajustes tanto al modelo propuesto como al proceso de implementación.

Hoy contamos con gremios en proceso de fortalecimiento, preocupados por los asuntos sectoriales y su impacto en el país. Este logro resulta fundamental para que la salud tome lugar de privilegio en las discusiones de orden nacional y para que se generen espacios de reflexión que promuevan el aprendizaje y el mejoramiento de las políticas adoptadas.

Finalmente, la reforma colombiana ha servido de ejemplo de cambio social en el ámbito internacional y nacional, e

inclusive en otros sectores. Llama la atención el amplio reconocimiento del cambio propuesto por la Ley 100 en el entorno internacional frente al continuo descrédito al que se ve sometido el modelo por algunos de los actores en el contexto nacional^{17, 18}.

En general, el cambio del sistema de salud colombiano ha puesto a la salud en la agenda pública, otorgando a este sector el valor y relevancia que le dan los ciudadanos en el diario vivir y logrando valiosos resultados. Esto es fundamental ya que el ciudadano colombiano empieza a percibir que el Estado responde a lo que él considera un valor trascendental.

EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Sin embargo, y a pesar de los resultados mencionados, existe una serie de problemas y desajustes, los cuales deben ser intervenidos de manera estratégica, para evitar el riesgo de que el sistema entre en crisis y pueda colapsar. La mayoría de las dificultades se relacionan con el débil proceso de implementación surtido, carente de liderazgo y lleno de incongruencias. Por eso resulta importante que los diversos actores hagan clara diferencia entre problemas de normatividad, de aquellos causados por una aplicación poco planeada.

Vale la pena ser enfáticos en que la Ley 100 es simplemente un instrumento que operativiza el interés nacional por alcanzar los principios universales de equidad, solidaridad y eficiencia, los cuales deberían ser compartidos por todos los actores. En este sentido, los ajustes que requiere la legislación deberán

¹⁵ Sánchez, F. y Núñez, M., Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales. ¿Quién se benefició del gasto público en los noventa?, Informe Final, CEDE, Universidad de los Andes, 1999.

¹⁶ Mora, H.; Gallardo, H., Evaluación de la Capacidad de Investigación en Seguridad Social en Salud. Fundación Corona, documento interno, 1998.

¹⁷ *The Economist*, "The Americas shift toward private health care", mayo 8 de 1999.

¹⁸ Report on Colombia Health Reform and Proposed Master Implementation Plan, Harvard University School of Public Health, Reporte Final, 1996.

ser analizados con hechos y datos frente al progreso sobre estos objetivos, siempre con la mira puesta en el bien común, y no frente a aspectos simplemente puntuales, corregibles con un adecuado desarrollo y aplicación de la reglamentación.

A continuación se discuten, sin pretender ser exhaustivos, los principales problemas del sector, tratando de sugerir aspectos por corregir y por revisar.

I. La confusión de roles

Uno de los mayores cambios perseguidos por el modelo de salud consiste en la separación de las funciones de aseguramiento, prestación y control-dirección, como se mencionó anteriormente. Sin embargo, desvirtuando este criterio, el proceso de implementación de la reforma ha permitido la convivencia de funciones y roles en varios de los actores del sistema, generando espacios de confusión que amenazan los objetivos de eficiencia y calidad. Los casos más graves se ven ejemplificados en el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y en los entes territoriales; en un futuro es previsible que se repliquen situaciones similares en aseguradores privados si no se toman medidas oportunas.

Por su significado, magnitud e impacto, preocupa especialmente la situación del ISS. Esta entidad debe cambiar su estructura y requiere una revisión de sus finanzas. Sus distintos negocios (pensiones, riesgos profesionales y salud) deben separarse; y el de salud, a su vez, debe desligar la prestación del aseguramiento. El ISS debe ser, ante todo, una Empresa Promotora de Salud (EPS) y sus actuales Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) deban entrar preferiblemente en

procesos de autonomía y organización de acuerdo con las necesidades de oferta de servicios locales, dejando de subsistir con los ineficientes subsidios internos a la oferta. Al mismo tiempo, es imperativo que el Instituto cubra su déficit y el que acarrea sobre las IPS, respondiendo con gestión eficiente como empresa.

Por otro lado, las administraciones territoriales actualmente cofinancian, identifican beneficiarios, definen el aseguramiento, responden por la prestación de servicios y, además, dirigen, vigilan y controlan el desarrollo del sistema en su área geográfica. Esto no puede seguir así. Debe profundizarse la implementación del sistema de salud separando de manera clara las funciones, para permitir que los entes territoriales, específicamente los municipios, se concentren en la identificación de sus beneficiarios, en asocio con la comunidad, y vigilen y controlen la prestación de servicios de calidad y el aseguramiento efectivo.

Además, y en previsión del futuro, resulta crucial para el país evitar que las EPS sigan generando oferta innecesaria, con la que se sacrifica la disponible. Desconocer la oferta existente, duplicándola, tiene serias implicaciones sociales al introducir gasto injustificado. En este sentido, y en anticipación a los cambios de política, las EPS deben cuestionarse si es preferible hacer inversiones millonarias en infraestructura ya existente o es mejor hacer alianzas y contrataciones en las que ambos, IPS y EPS, ganen; y en las que sobre todo se le apunte a mejorar la calidad del servicio ofrecido a los pacientes. Este tipo de análisis hará de las empresas privadas y públicas, organizaciones socialmente responsables y, por tanto, sostenibles en el largo plazo.



*Es requisito fundamental para el logro
de los cambios institucionales propuestos,
que los colombianos entendamos y compartamos
los valores y principios del sistema de salud.*

2. El aseguramiento en el Régimen Subsidiado

Hay que hacer ajustes en el aseguramiento del Régimen Subsidiado (RS), el cual no está funcionando de acuerdo con los principios concebidos inicialmente. El número de Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) debe ser limitado a causa de que esta actividad requiere fundamentalmente economías de escala para funcionar en niveles óptimos y de que la proliferación de estas entidades puede limitar el ejercicio de libre elección. La actual fragmentación es tan inconveniente como la vivida con las cajas antes de 1993 por la generación de altos grados de ineficiencia.

Para iniciar ese proceso de depuración se pueden y deben tomar de inmediato medidas ejemplares sobre todas aquellas entidades que no están cumpliendo cabalmente con la responsabilidad social de administrar los recursos del aseguramiento de la salud de los más pobres. Este proceso de depuración debe continuarse con un seguimiento y evaluación serio de estándares de calidad, acceso a servicios y revisión del manejo de recursos financieros, el cual debe ser tan riguroso como el que se aplique en el Régimen Contributivo.

Además, de manera mediata, se requiere repensar la organización y operación del RS, haciendo énfasis en la manera como fluyen y se distribuyen los recursos financieros, revisando las estrategias de identificación de beneficiarios. Ese nuevo funcionamiento del RS debe considerar las diferencias regionales y las posibilidades reales de generar competencia. Específicamente, los criterios para la distribución de recursos y la definición de

las fuentes de los mismos deben revisarse en las leyes 60 y 344. La complejidad actual facilita una inadecuada interferencia política, dificulta la planeación y el control, y deja espacios para el actuar de los corruptos.

En este orden de ideas, el tránsito de subsidios de oferta a demanda debe acelerarse, al mismo tiempo que se completa la conversión de los hospitales y clínicas en organizaciones autónomas y responsables de su gestión y resultados. Para esto se hace urgente sanear los pasivos prestacionales y reestructurar la oferta que tienen algunas de las IPS públicas. Este saneamiento bien podría seguir el ejemplo realizado en Antioquia. Las anteriores dificultades no llevan a concluir necesariamente que el aseguramiento en el RS debe acabarse; de hacerlo improvisadamente estaríamos condenando a los más pobres a una salud de inferior calidad, sin posibilidad de elección, con serias limitantes al acceso, generando mayores brechas y desequilibrios, tal y como sucedía con el anterior esquema de salud. El proceso de fortalecimiento del sistema debe propender a la depuración de los actores y a una reorganización de funciones que permita cumplir con los objetivos de universalidad, solidaridad, eficiencia y libre elección. Bajo esta lógica, completar la transición al nuevo sistema resulta fundamental para lograr una cobertura universal del aseguramiento en salud, y para ello, a su vez, es crítico contar con los recursos suficientes, adecuadamente utilizados y gestionados, y con voluntad política. Esto implica caminar en tres direcciones: por un lado, enfrentar el problema de la evasión y la elusión de aportes, e intervenir el serio problema de la no afiliación

de los trabajadores del sector informal al SGSSS. Por otro lado, implica defender los recursos con que cuenta el sector salud, que frente a la coyuntura de crisis económica que vive el país, pueden resultar recortados. Finalmente, implica trabajar por hacer un uso eficiente de los dineros, en especial en lo relacionado con las transferencias departamentales y municipales que, al parecer, han sido utilizadas ineficientemente, atesoradas y usadas para otros fines¹⁹.

La transición requiere que en el ámbito territorial la voluntad política de gobernadores y alcaldes sea efectiva. La mayoría de las secretarías del país siguen trabajando como hace diez años y no se han convertido en líderes del proceso de transformación del sector. Esto impacta directamente a los hospitales públicos, que a pesar de denominarse “Empresas Sociales del Estado” y ser supuestamente autónomos, siguen moviéndose en un mar de interferencia política e incentivos perversos. Sin embargo, al respecto hay diferentes tipos de experiencias. Al observar el panorama nacional existen casos sorprendentes de instituciones que bajo el esquema de la reforma han logrado ser eficientes y superar el momento difícil que vive el país. Pero al mismo tiempo hay hospitales públicos que todavía no facturan ni miden la calidad de los servicios, que su planta paralela es más costosa que su planta formal, que sus inversiones en infraestructura y equipos requieren un flujo de caja que supera su capacidad funcional. No resulta nada lógico que entidades que se han sometido a iguales condiciones, en algunos casos mejoren y en otros desangren el país. En resumen, se requiere hacer la transición de subsidios de oferta a demanda de

manera planeada y ordenada, teniendo en cuenta que no todos los dineros en algunas regiones deberán transformarse y, por tanto, para alcanzar los objetivos de eficiencia y calidad, la alternativa será usar presupuestos prospectivos²⁰ para el financiamiento de algunos pocos centros asistenciales públicos. En este aspecto bastará con revisar la experiencia internacional y adoptar aquel modelo que mejor se ajuste.

3. La educación de la población

El gobierno, en representación de los colombianos, cambió el Sistema de Salud y resulta elemental que al introducir nuevas reglas de juego él se encargue de defender sus derechos, mientras asegura un proceso de educación a la población que con el avance del tiempo les permita a los ciudadanos actuar y ejercer sus derechos y deberes de la manera más racional. No haber informado a los colombianos sobre los cambios realizados, ha sido dejarlos ciegos entre infinidad de instituciones e intereses que en ocasiones distan del bien común.

La solución es tan simple como urgente. Si la población no empieza a compartir los valores y principios que dan sustento al sistema, los cambios que introduzcamos en las políticas públicas fracasarán indefectiblemente. Es necesario un proceso serio de educación en salud que ofrezca información adecuada para ejercer fundamentalmente el derecho de libre elección. Una estrategia en este sentido atenuará la asimetría del mercado de salud y, por tanto, evitará limitar el acceso a los servicios.

En esta tarea puede ser útil conjugar la comunicación masiva con estrategias de participación comunitaria, en las que se

¹⁹ Documentos Conpes 2813 de 25 de octubre de 1995 y 2874 de agosto de 1996.

²⁰ Gutiérrez, C.; Molina, C. G.; Wüllner, A.; Giedion, U., *Las Formas de Contratación entre Prestadoras y Administradoras de Salud*, Fedesarrollo, Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación Corona y Fundación FES, segunda edición, 1996.



*Hospital San Vicente de Paul.
Medellín*

involucren, a manera de alianzas, otros sectores.

4. Otros aspectos

- *Política de recursos humanos*

Otro aspecto que debe mencionarse es el de los recursos humanos. En la actualidad los médicos, las enfermeras y los odontólogos, por sólo mencionar tres grupos de profesionales, han manifestado su inconformidad con su situación laboral, algunos de ellos culpando a la Ley 100 por un supuesto efecto negativo sobre sus ingresos.

El problema médico, específicamente, resulta muy complejo y el pronóstico no es bueno. Si los grupos de profesionales siguen atacando el actual modelo sin hacer análisis completos de su situación y de la evolución de su profesión, estarán en una situación muy complicada en los próximos años, independiente del sistema que se halle vigente para ese momento. Conviene ampliar el campo de análisis y observar otros aspectos como: el panorama internacional de la formación de profesionales, las formas de contratación, el número de profesionales en ejercicio y su desequilibrada distribución geográfica, el número de facultades en funcionamiento sin controles de calidad, la proyección de profesionales que se graduarán en los próximos años y el efecto de la ampliación de la oferta de los mismos sobre los niveles de ingresos y la calidad de la atención al usuario, por ejemplo.

Es claro que el problema de insatisfacción existe, pero lo observado hasta el momento, con el nuevo modelo, constituye solamente un efecto de redistribución del ingreso médico²¹. Esta situación no se

mantendrá si la oferta de médicos se duplica en los próximos cinco años, como parece que sucederá, dado el número de escuelas existentes. Entonces, los salarios promedio y las tarifas sí caerán. El caso de las enfermeras resulta preocupante. El sistema requiere personal calificado para prevención y promoción, entre otras actividades fundamentales para la salud; sin embargo, por cada cuatro médicos tenemos en el país solamente una enfermera²². Esta situación debe ser manejada a través de incentivos sobre esta profesión, al mismo tiempo que se regula la carrera médica.

Ni los entes de dirección ni los profesionales agremiados han permitido la construcción de una política de recursos humanos amplia que incluya temas adicionales al puramente salarial y de estabilidad laboral. Los cuales, a propósito, son del ámbito contractual con la IPS o EPS, no del entorno ministerial. Las soluciones en este campo implican revisar la Ley 30 de educación que aparentemente ha posibilitado el desarrollo indiscriminado de facultades en todas las disciplinas; se requiere también hacer una articulación con los gremios de universidades para volcar la enseñanza de estas profesiones hacia las necesidades del país, lo mismo que planear en el mediano plazo un sistema de acreditación periódica de los profesionales, que permita mantener un control sobre la calidad y el grado de actualización de los mismos; además, debe continuarse y reforzarse el programa de acreditación de los programas educativos.

- *La investigación de políticas públicas*

Los retos y cambios del sector en esta década han evidenciado la necesidad de

²¹ Morales, L. G.; Chavarriaga, Y.; Barrero, J., *Las condiciones laborales de los médicos en Colombia, 1996-1998*, Fundación Presencia y Fundación Corona, 1999, en prensa. (Avance de la investigación publicado en: *Vía Salud*, No. 8).

²² Valencia, L. A. y Gallardo, H. M., *El Recurso Humano de la Salud en Colombia*, Superintendencia Nacional de Salud, 1995.

investigar más sistemáticamente sobre la evolución del sistema y sobre aspectos que limitan el buen desarrollo del modelo de salud. Sin embargo, la capacidad investigativa institucional en Colombia todavía es débil, a pesar de que diferentes entes cuentan con importantes recursos técnicos, humanos y financieros²³. En este sentido y para el buen desempeño futuro del sistema, resultan importantes estrategias de investigación que generen resultados en dos vías. Primero, capacidad de investigación en el país, y segundo, estudios de buena calidad que permitan tomar decisiones de política que nos conduzcan al anhelado camino de la equidad y la eficiencia.

• *Liderazgo, control e información*

El modelo de salud colombiano es de avanzada y requiere un continuo liderazgo, acompañado de sistemas de control e información modernos. Sin embargo, las instituciones que ejercen estas funciones y que deberían dar sustento al sistema (Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud y secretarías departamentales), son obsoletas.

En primer lugar, el caso de la Supersalud requiere cambios urgentes²⁴. Esta entidad debe concentrarse en ejercer las funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), con un enfoque moderno “proactivo” solamente para las entidades aseguradoras que queden en el país después del proceso de depuración sugerido antes, y para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Los criterios de IVC deben estar orientados a conservar los derechos de los usuarios y a garantizar un flujo de recursos adecuado.

La IVC de las IPS debe depender de los

entes territoriales para los requisitos mínimos, complementada, además, con la pronta creación de un sistema de acreditación. En este mismo sentido es necesario desarrollar el Sistema de Garantía de Calidad (planteado en el Decreto 2174 de 1997). La experiencia mundial, en relación con la eficiencia en salud, ha demostrado que un excesivo interés por la producción y el control de costos puede poner en riesgo la calidad de la atención^{25,26}. Por eso, el trabajo para mejorar eficiencia y producción en salud debe estar acompañado siempre de una estrategia de evaluación de la calidad, de tal manera que el esfuerzo se oriente hacia las decisiones más costo-efectivas y hacia el mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

El ministerio debe reestructurar su funcionamiento interno y concentrarse en las funciones de dirección con información, reforzando y manteniendo su capacidad técnica. Resulta curioso que después de cinco años no haya sido posible poner de acuerdo a los entes de control sobre un sistema de información que cumpla con los criterios de sencillez, oportunidad y continuo desarrollo. Pretender tener el mejor sistema de información de un día para otro resulta ingenuo, pero no iniciar el trabajo es irresponsable con la sociedad colombiana. El desarrollo de la capacidad de liderazgo y dirección del Ministerio de Salud, indispensables para el avance de la reforma²⁷, deben tomarse en serio. Uno de los mayores obstáculos para el funcionamiento adecuado del sistema lo constituye la falta de coherencia, conocimiento técnico y exceso de reglamentación. El sistema posiblemente no resista otra frustración más en este sentido y la

²³ Mora, H.; Gallardo, H., Evaluación de la Capacidad de Investigación en Seguridad Social en Salud, Fundación Corona, documento interno, 1998.

²⁴ Palabras de la actual superintendente Inés Gómez de Vargas en carta dirigida al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Santafé de Bogotá, octubre 23 de 1998: “... la ausencia de un sistema moderno de inspección, vigilancia y control que guíe la acción institucional, es el primer escollo observado, no hay duda que parte de la actual crisis del sector esté estrechamente relacionada con la laxitud, retraso e incoherencia de las acciones desarrolladas por esta entidad. La carencia de un sistema de información ágil y confiable, la centralización de las acciones, la ausencia de sensores que indiquen el estado global y específico del sistema, la presencia de una estructura organizativa rígida y a espaldas de la misión institucional, son, entre otras muchas, realidades que minimizan el impacto del accionar de la Superintendencia...”.

²⁵ Hillman, A.; Pauly, M. V.; Kerstein, J., “How do financial incentives affect clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations (HMO)”, *New Eng J. Med.* 321: 86-92, 1989.

²⁶ Feldstein, P. J., *Health Care Economics*, Delmar Publishers, Inc., Boston, 1993.

²⁷ Bossert, T.; Hsiao, W.; Barrera, M.; Alarcón, L.; Leo, M. y Casares, C., “Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia”, *Health Policy and Planning*; 13(1): 59-77.

responsabilidad del gobierno nacional y de los procesos políticos subyacentes son de gran calibre. Hoy el sector tiene a cargo 10% del PIB²⁸ y las equivocaciones terminan siendo demasiado onerosas.

• *Mejoramiento continuo de la gestión*

Finalmente, pero no menos fundamental, resulta necesario llamar la atención sobre la importancia de mantener y promover estrategias de mejoramiento de la gestión y la calidad tanto en las entidades prestadoras, aseguradoras y de dirección, como en los escasos programas o entidades que apoyan estos procesos.

El sector salud colombiano ha sido mal administrado y debemos seguir capacitándonos para alcanzar los objetivos universales con este modelo o con cualquier otro. A pesar de que Colombia ha sido pionera en la formación de numerosos gerentes de salud, las iniciativas de mejoramiento institucional y los consultores y centros de apoyo deben crecer y fortalecerse. En este orden de ideas, apoyar programas de cofinanciación de proyectos de mejoramiento de la gestión institucional, de innovación en tecnologías blandas de gestión, son de alta relevancia y pertinencia para la coyuntura actual y para el futuro del sector.

REFLEXIONES FINALES

1. Es importante defender los principios básicos de universalidad, solidaridad, eficiencia y libre elección, y propender a implementar o desarrollar los incentivos adecuados para alcanzarlos. En este sentido, el modelo propuesto tiene

fortalezas y debilidades que deben ser evaluadas siempre con hechos y datos frente a un plan de implementación, siendo conscientes de que cualquier modelo requiere tiempo y liderazgo.

2. Es requisito fundamental para el logro de los cambios institucionales propuestos, que los colombianos entendamos y compartamos los valores y principios del sistema de salud. Como se mencionó, el reto es integrar procesos educativos a aquellos propios de la implementación del sistema y del proceso de atención.
3. Se necesita de manera urgente profundizar y ajustar la implementación, revisar procesos, especialmente en el Régimen Subsidiado, y mejorar la reglamentación vigente. Una transición tan prolongada abre espacios para incongruencias, mayores dificultades y complejidades. La mejor forma de simplificar el sector salud es aplicar la ley a fondo.
4. Dada la realidad política y social del país, ningún proceso de consenso entre distintos grupos de interés será fácil. Sin embargo, es mediante la interacción y la discusión como se construyen las soluciones y se optimizan los procesos. Lamentablemente en el caso de la reforma de la salud, los actores no han estado dispuestos a concertar o a ceder sobre sus puntos e intereses, a pesar del indiscutible beneficio social que trae el sistema de salud. La ausencia de liderazgo, consistencia e información objetiva agravan esta ausencia de consenso y confianza.

²⁸ Vargas, J. E. y Sarmiento, A., La descentralización de los servicios de salud en Colombia, Serie Reformas de Política Pública No. 51, Naciones Unidas, 1998.

5. Como se intuye de las reflexiones presentadas, resulta evidente que existe un grupo de entidades e individuos dentro de cada género de actores del sistema que han incumplido con su responsabilidad con el país. La ética empresarial, sean entidades públicas o privadas, y su responsabilidad con sus socios, clientes, entorno y sociedad en general, son determinantes para el éxito de la empresa misma y de la sociedad en su conjunto. En este sentido el llamado consiste en que se consideren los aspectos éticos como fundamentales en el desarrollo de cada entidad vinculada al sector. Un adecuado actuar dentro de esta lógica asegurará un buen futuro para la salud.
6. Finalmente, resultan inquietantes los ataques indiscriminados a los principios del sistema de salud. Es trabajando contra la corrupción y tratando de rescatar los valores de equidad y responsabilidad social que se puede tratar de construir un sistema eficiente en el que todos los actores ganen. De lo contrario, no habrá buenos augurios para la consecución de las metas propuestas, ni para cualquier sistema creado en el futuro en remplazo o como ajuste de la Ley 100. La paz se construye en estos escenarios, no solamente en mesas de negociación. El sector salud puede ser ejemplo de ello y contamos con un marco legal para demostrarlo antes que otros sectores.

CONCENTRACIÓN DEL GASTO SOCIAL EN 1998



Durante 1998, las Áreas de la Fundación Corona gestionaron un total de 64 proyectos nuevos, que representaron compromisos de los recursos propios de la Fundación por \$2.122'611.000.

De acuerdo con su misión y objetivos, la Fundación Corona ha procurado concentrar la mayor parte de sus inversiones sociales en cuatro áreas programáticas: Salud, Gestión Local y Comunitaria, Educación y Desarrollo Empresarial (incluyendo los servicios ofrecidos por el Fondo de Desarrollo Empresarial). Cada una de las áreas se encuentra bajo la dirección de un jefe de Área, cuya responsabilidad es generar y gestionar un portafolio de proyectos que interprete los lineamientos del Plan Estratégico 1996-2000. Para garantizar el desarrollo de este Plan Estratégico, anualmente se presenta un Plan de Acción que identifica los proyectos que serán iniciados o continuados en cada período. Esto requiere un tiempo considerable de gestación de las propuestas, debido a que ellas son el resultado de un proceso de negociación y acuerdo con entidades ejecutoras y cofinanciadoras. En este sentido, la Fundación involucra en su operación a un número significativo de organizaciones públicas y privadas. Durante 1998, las cuatro áreas mencionadas anteriormente, más el Área de Comunicaciones, gestionaron 64 proyectos los cuales representaron compromisos de los recursos propios de la Fundación por \$2.122'611.000. Además, en el mismo período se apoyaron otros proyectos especiales y se hicieron donaciones en especie por valor de

\$518'133.000 (ver distribución del gasto en *tabla 1* y *gráfico 1*).

De esta forma, los compromisos totales de la Fundación Corona para 1998 ascendieron a \$2.640'744.000. Es importante anotar que este monto no incluye la gestión de recursos de cofinanciación de otras entidades, canalizados a través de la Fundación. Por ejemplo, en 1998 se ejecutaron directamente recursos de cofinanciación en proyectos en las áreas, provenientes del Banco Mundial, de la Diputación Foral de Bizkaia –País Vasco–, de la Fundación Interamericana y de la Fundación Ford, recursos que sumaron \$1.014'151.000 (ver *tabla 2*). Adicional a los \$1.014 millones que fueron administrados directamente por la Fundación, los proyectos apoyados durante 1998 movilizaron otros recursos financieros de terceros por un valor aproximado a \$2.350 millones.

A continuación se presenta una descripción de las Áreas de la Fundación, su visión de la problemática social que pretenden afrontar, y una relación de los programas y proyectos adelantados en 1998, con especial énfasis en la influencia que estos tuvieron en políticas públicas.

T A B L A 1

COMPROMISOS TOTALES 1998

ÁREA /PROGRAMA	GASTO PESOS	GASTO %
Desarrollo Empresarial	774'120.000	29,31
Educación	442'502.000	16,76
Gestión Local y Comunitaria	438'260.000	16,60
Salud	377'849.000	14,31
Comunicaciones	89'880.000	3,40
Programas Especiales	248'403.000	9,41
Donaciones en Especie	269'730.000	10,21
Total	2.640'744.000	100,00

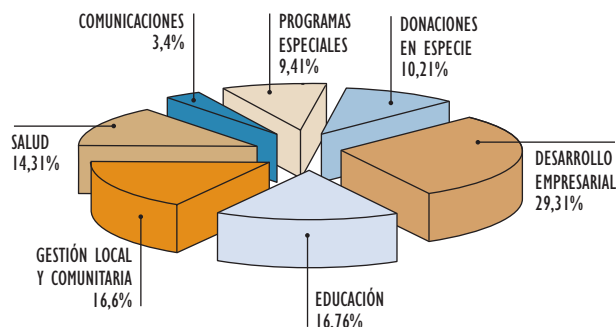
T A B L A 2

RECURSOS DE COFINANCIACIÓN

ÁREA /PROGRAMA	APORTE (PESOS)
Salud	46'914.000
Gestión Local y Comunitaria	316'432.000
Educación	10'000.000
Desarrollo Empresarial	238'175.000
Fondo de Desarrollo Empresarial	402'630.000
Total	1.014'151.000

G R Á F I C O 1

**CONCENTRACIÓN DEL GASTO SOCIAL 1998
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL**





DESARROLLO EMPRESARIAL

El apoyo a la micro y pequeña empresa en Colombia ha sido un tema de particular interés para la Fundación Corona, prácticamente desde sus inicios. Este apoyo ha tenido una evolución importante en el tiempo, la cual se ha visto reflejada en sus distintos enfoques, definiciones programáticas y, por consiguiente, en sus programas y proyectos.

Durante la segunda mitad de los años ochenta, la presencia de la Fundación Corona en las políticas hacia la micro y pequeña empresa se hizo a través de la operación directa de un programa de capacitación y asesoría: el Fondo de Desarrollo Empresarial –FDE–. En los años noventa se abrieron otros frentes de trabajo: el apoyo a instituciones como Fundaempresa Bogotá y la Financiera Compartir, y la participación en la creación de las incubadoras de empresas de base tecnológica en Bogotá, Medellín y Bucaramanga.

Luego, sobre la base de la experiencia en estos frentes de trabajo, en 1996 se formalizó el Área de Desarrollo Empresarial con tres líneas programáticas:

- Fomento del espíritu empresarial entre jóvenes, mediante el apoyo a programas innovadores de formación y capacitación en la educación secundaria y postsecundaria.
- Mejoramiento de la gestión empresarial de la micro y pequeña empresa, a través del apoyo a organizaciones y programas de capacitación, asesoría y crédito.

- Gestión de la innovación tecnológica de la pequeña empresa, por medio de la creación y el apoyo a las incubadoras de empresas de base tecnológica y otros mecanismos afines.

Esta actual definición programática del Área refleja un cambio del modelo de impacto de los programas y proyectos de la Fundación. Inicialmente, el impacto del FDE era entendido en términos de la cobertura y calidad de los servicios prestados a los clientes (los empresarios). Luego, con el apoyo a las otras organizaciones como Fundaempresa, la Financiera Compartir y las incubadoras de empresas, se añadió un elemento nuevo: la capacidad institucional dentro del campo del desarrollo empresarial. Y, finalmente, con la creación del Área de Desarrollo Empresarial se incorporó el elemento de contribución a las políticas públicas.

CONTRIBUCIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Desde el Área de Desarrollo Empresarial se ha querido contribuir a mejorar las prácticas de las diversas instituciones

Desde el Área de Desarrollo Empresarial se ha querido contribuir a mejorar las prácticas de las diversas instituciones privadas en el campo del desarrollo empresarial, bien sea en instituciones educativas, fundaciones u organizaciones gremiales.



ÁREA DE DESARROLLO EMPRESARIAL

**Busca crear y fortalecer instituciones
y programas de apoyo
a la micro y pequeña empresa.**

LÍNEA PROGRAMÁTICA 1
Espíritu empresarial

LÍNEA PROGRAMÁTICA 2
Gestión empresarial

LÍNEA PROGRAMÁTICA 3
Gestión de la innovación tecnológica

privadas en el campo del desarrollo empresarial, bien sea en instituciones educativas, fundaciones u organizaciones gremiales. A su vez, mediante evaluaciones y otras investigaciones, se ha intentado generar un conocimiento más sistemático de las políticas públicas en este campo, tanto nacionales como territoriales. La primera línea programática, la de fomento del espíritu empresarial, responde a la percepción que tiene la Fundación de que tanto en la educación secundaria como en la postsecundaria hay oportunidades para estimular una cultura de empresarismo. Para comprobar esta impresión, es necesario identificar y revisar los pocos programas existentes en este campo en Colombia y en el exterior, evaluar sus resultados, sistematizarlos y difundirlos entre la comunidad educativa. Todo, con la expectativa de que un número importante de instituciones educativas incorporen a sus políticas y prácticas, los mejores enfoques, pedagogías y contenidos en este campo. Dentro de la segunda línea programática, la de mejoramiento de la gestión empresarial de la micro y pequeña empresa, el punto de referencia ha sido la política del gobierno nacional, expresada en el Plan Nacional para el Desarrollo de la Microempresa (PNDM). La Fundación apoyó la primera evaluación global de impacto que se ha hecho a los programas del PNDM desde su creación, hace 16 años. Este proyecto fue cofinanciado por el Departamento Nacional de Planeación y realizado por el Centro de Estudios de Desarrollo Económico de la Universidad de los Andes. Entre los resultados de dicha evaluación se concluye que los programas de apoyo a la microempresa no parecieran generar empleo adicional,

es decir, más empleo del que las microempresas hubieran generado sin dichos programas. Los impactos del PNDM se sienten realmente en la mayor permanencia o sobrevivencia que tienen las empresas beneficiarias del Plan frente a las no beneficiarias.

Este resultado refleja la composición del sector microempresarial, en el cual la gran mayoría de las empresas son llamadas “unipersonales”. Aun con la ayuda de los programas de apoyo (crédito, capacitación y asistencia técnica) no añaden nuevos empleos. Más bien tienden a permanecer en el tiempo como formas de autoempleo. En cuanto a las microempresas “pluripersonales”, especialmente las de mayor tamaño, hay una probabilidad más grande de añadir empleos adicionales.

La evaluación contribuyó a la formulación de propuestas para la reforma del PNDM, en el sentido de proponer una mayor focalización y especialización de los programas para ofrecer servicios más adecuados a las características de las empresas, bien sea las unipersonales o las de mayor tamaño. A su vez, dichas propuestas coinciden con los resultados de otros ejercicios de evaluación realizados por el Departamento Nacional de Planeación y el Banco Interamericano de Desarrollo –BID–, que recomiendan flexibilizar la oferta de programas de apoyo.

La tercera línea, la de gestión de innovación tecnológica, tiene como punto de referencia las políticas nacionales de ciencia y tecnología, y las políticas de fomento económico de los entes territoriales. La Fundación ha contribuido a la creación y consolidación de las incubadoras de empresas en Bogotá, Medellín y Bucaramanga. Uno de los aspectos más importantes de los proyectos con las incubadoras

ha sido la búsqueda de mayor impacto, utilizando la infraestructura y capacidad existentes de incubación de empresas “intramuros” como plataforma para nuevos servicios de extensión industrial y capacitación para empresas “extramuros”.

A su vez, ha apoyado otros proyectos incipientes de incubadoras en el país mediante la creación de la Asociación Nacional de Incubadoras de Empresas –ANIDE–, cuyo propósito es sistematizar y difundir los principios y mejores prácticas de gestión de la innovación tecnológica, y de este modo asegurar su incorporación a las políticas de fomento económico, tanto en el campo nacional como en los ámbitos departamental y municipal.

PROYECTOS 1998

Durante 1998, el Área de Desarrollo Empresarial apoyó diez iniciativas. Tal vez el proyecto más sobresaliente en ese año fue el cierre del Fondo de Desarrollo Empresarial –FDE– y la asimilación de algunos de sus servicios por parte de la Corporación Innovar.

La Fundación Corona creó el FDE en 1986, con el objetivo de ofrecer servicios de capacitación y asesoría técnica a pequeños empresarios. Con el tiempo, el FDE se especializó en empresarios con educación postsecundaria (tecnológica y profesional). De la misma forma, sus clientes fueron empresas de mayor tamaño, patrimonio y complejidad comparadas con las atendidas por otras fundaciones ejecutoras de los programas del PNDM.

Esta tendencia del FDE coincidió con los servicios ofrecidos por la Corporación

La evaluación contribuyó a la formulación de propuestas para la reforma del PNDM, en el sentido de proponer una mayor focalización y especialización de los programas para ofrecer servicios más adecuados a las características de las empresas.

Luego de un proceso cuidadoso de planeación a lo largo de 1998, la Corporación Innovar asimiló dentro de su portafolio algunos de los servicios de capacitación que prestaba el FDE.

Innovar o Incubadora de Empresas de Base Tecnológica de Bogotá. De esta manera, luego de un proceso cuidadoso de planeación a lo largo de 1998, esta Corporación asimiló dentro de su portafolio algunos de los servicios de capacitación que prestaba el FDE (al igual que los cursos especializados en alimentos) con destino a las empresas “extramuros”. Para asegurar la sostenibilidad de dichos servicios, la Fundación aprobó un convenio de cinco años con la Corporación Innovar. De esta forma, la Fundación Corona dejó de operar directamente el FDE, el cual atendió a más de 9.000 empresarios durante doce años.

Los otros proyectos importantes de 1998 incluyeron, dentro de la primera línea

programática, el apoyo a la Corporación Bucaramanga Emprendedora con el fin de realizar un programa piloto de fomento del espíritu empresarial entre estudiantes universitarios, y el proyecto con el ICESI de Cali para evaluar el impacto de sus programas existentes de espíritu empresarial.

Dentro de la segunda línea se destaca el apoyo a la Corporación Actuar Antioquia, con el propósito de realizar un programa innovador de formación y asesoría a famiempresas. Durante ese año también se cofinanció con el DNP y Microempresa & Cía. la segunda y última fase de la evaluación del PNDM, y la publicación de un libro que resume los principales resultados, conclusiones y recomendaciones de políticas.



PRINCIPALES PROYECTOS APROBADOS EN 1998

PROYECTO	EJECUTOR	APORTE 1998 FUNDACIÓN CORONA	VALOR TOTAL DEL PROYECTO
LÍNEA DE FOMENTO DEL ESPÍRITU EMPRESARIAL			
Evaluación de los programas de fomento de espíritu empresarial entre los estudiantes de ICESI-Cali	ICESI	\$25'000.000	\$34'200.000
Fomento empresarial en universidades de Bucaramanga	Corporación Bucaramanga Emprendedora	\$25'000.000	\$97'220.000
Apoyo al III Encuentro del Sistema Nacional de Fundaempresa	Fundaempresa Cali	\$3'935.000	\$7'870.000
LÍNEA DE GESTIÓN EMPRESARIAL			
Programa piloto de asesorías permanentes a famiempresas en Medellín	Corporación Actuar Antioquia	\$85'000.000	\$380'874.000
Evaluación del Impacto del Plan Nacional de Desarrollo de la Microempresa	Centro de Estudios del Desarrollo Económico (CEDE) Universidad de los Andes	\$49'700.000	\$150'000.000
Evaluación del Impacto de los Servicios del Fondo de Desarrollo Empresarial - FDE	Fundación Corona y CEICA	\$21'793.000	\$36'793.000
Publicación del libro <i>Impacto del Plan Nacional de Desarrollo de la Microempresa</i>	Fundación Corona	\$15'551.000	\$15'551.000
LÍNEA DE GESTIÓN DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA			
Ampliación de los servicios de capacitación y asesoría a empresas "extramuros"	Corporación Innovar	\$400'000.000	\$400'000.000

OTROS PROYECTOS DE VIGENCIAS ANTERIORES QUE REQUIRIERON ACOMPAÑAMIENTO DURANTE 1998

PROYECTO	EJECUTOR	APORTE 1998 FUNDACIÓN CORONA	VALOR TOTAL DEL PROYECTO
LÍNEA DE GESTIÓN DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA			
Apoyo a la Asociación Nacional de Incubadoras de Empresas - ANIDE	Corporación Innovar	n.a.*	\$300'000.000
Sistema Regional de Innovación Tecnológica de Antioquia	Corporación Centro de Ciencia y Tecnología de Antioquia	n.a.	\$307'600.000

* NO APLICA.



EDUCACIÓN

El proceso más reciente de reforma educativa en Colombia se inició a partir del cambio constitucional de 1991 y fue sancionado en las leyes 60 de 1993 y 115 de 1994. Las modificaciones introducidas a través de la reforma pretendían, de una parte, garantizar el derecho a la educación de los colombianos mediante la modernización institucional del sistema educativo (descentralización) y, de otra, garantizar los recursos financieros y de todo tipo para elevar la calidad del servicio educativo. No obstante, no se ha logrado cumplir ninguno de estos objetivos.

La baja prioridad del tema para el Estado y para la ciudadanía se reflejó en la escasa participación de actores distintos del gobierno nacional y del sindicato de educadores, en la definición de las nuevas orientaciones de la política educativa. Como consecuencia, el reordenamiento del sector terminó siendo una normativa que no establece con claridad las responsabilidades y los instrumentos de que disponen los diferentes agentes que intervienen en la educación para cumplir con su función. Este proceso se acompañó de una baja calidad de la información; además, el debate público sobre los objetivos y el contenido de la reforma no motivó a sectores académicos a intervenir más activamente en su desarrollo. Los resultados de este proceso son, de una parte, y a pesar del incremento sustancial de recursos públicos dirigidos a la educación a lo largo de la década de los noventa, el cumplimiento de metas en materia de cobertura y calidad no ha sido proporcional, posiblemente por inadecuados diseños del esquema de asignación y administración de los recursos

destinados a la educación. De otra, la complejidad de la normativa que rige a las instituciones del sector y los escasos incentivos al logro de resultados y a la eficiencia, se han sumado a la ya instalada problemática en materia de información para la planificación de la política educativa, haciendo que la gestión del servicio educativo sea una labor muy precaria.

MOVILIZACIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS

La Fundación Corona ha considerado fundamental desarrollar proyectos que contribuyan a ampliar la movilización social alrededor del tema de la educación y a mejorar el debate sobre políticas educativas. En esta dirección, la Fundación ha apoyado el desarrollo de estudios para mejorar la comprensión de las problemáticas del sector y ha impulsado la divulgación de resultados de investigaciones relevantes. Igualmente, ha colaborado en la apertura de espacios para el conocimiento y la discusión de las

La Fundación Corona ha considerado fundamental desarrollar proyectos que contribuyan a ampliar la movilización social alrededor del tema de la educación y a mejorar el debate sobre políticas educativas. En esta dirección, ha apoyado el desarrollo de estudios para mejorar la comprensión de las problemáticas del sector.



Á R E A D E E D U C A C I Ó N

Contribuye al mejoramiento de la calidad de la educación básica y la pertinencia de la formación para el trabajo.

LÍNEA PROGRAMÁTICA 1

Gestión y calidad de la educación básica

LÍNEA PROGRAMÁTICA 2

Formación para el trabajo

LÍNEA PROGRAMÁTICA 3

Investigación en políticas educativas

políticas educativas, como un aporte a la consolidación de una opinión pública informada sobre el tema.

Desde 1998, y en asocio con la Casa Editorial El Tiempo y la Universidad de los Andes, la Fundación ha promovido y participado en el proyecto “La Educación: Un Compromiso de Todos”. Esta iniciativa es una alianza entre sectores de la sociedad civil, representantes de la comunidad de expertos y un medio masivo de comunicación, que tiene como finalidad contribuir a la construcción de opinión pública sobre el desarrollo de la educación en el país, y posicionar la educación como un tema estratégico en la consecución de los objetivos nacionales. Con el apoyo de un grupo de expertos se definieron los temas clave en educación para organizar la discusión entre el público, el gobierno, los diferentes sectores sociales vinculados con la educación y los propios expertos. Calidad, financiamiento, gestión y educación superior fueron los temas escogidos. Posteriormente se realizaron Foros de Interés Ciudadano para buscar propuestas que permitan al país mejorar su situación actual en estos cuatro temas. Como resultado de este proceso, y gracias a una validación posterior que se hizo mediante una encuesta nacional de opinión, se construyó la base para una Agenda Ciudadana de Educación. Esta Agenda fue confrontada con las propuestas en educación que desarrollaron los equipos de las campañas presidenciales durante el primer trimestre del año. Como producto de este ejercicio se publicó una separata especial que circuló nacionalmente con *El Tiempo*; el objetivo fue orientar a la ciudadanía sobre el contenido en educación de los distintos

programas de gobierno de los candidatos, y construir una base para el seguimiento de las políticas y programas en educación que adelantara el gobierno electo.

El proyecto acompañó también el proceso de diseño y formulación del capítulo de educación del Plan Nacional de Desarrollo con actividades de diferente índole. En primer lugar, se dio a conocer el contenido del capítulo a través de artículos en las páginas del periódico y se dispuso de medios interactivos para la divulgación y opinión de los ciudadanos sobre el contenido del texto. Se discutió el sentido, alcance y viabilidad del Plan en mesas de trabajo con diversos sectores: gobierno, sindicato de educadores, empresarios y secretarios de educación de diversas regiones del país. Luego se confrontaron las propuestas del Plan con las del programa de gobierno, con el fin de hacer seguimiento a los compromisos adquiridos en campaña. Finalmente, el equipo del proyecto preparó una segunda separata para ser publicada en 1999, que estuviera orientada tanto a públicos especializados como al público en general. Esta experiencia de trabajo asociado con un medio de comunicación en busca de una mayor apropiación social y de una cualificación de la opinión pública, ha arrojado importantes reflexiones:

- En este ejercicio de diálogo con diversos sectores se constató la existencia de un acuerdo sobre los objetivos primordiales de la educación y las metas que como país debemos plantearnos. Los principales desacuerdos se encuentran en los “cómo”, particularmente porque el debate sobre políticas y programas educativos ha estado restringido al gobierno y el sindicato

de educadores, sin que en él participen calificadamente los diversos usuarios del sector. Esta lección indica la necesidad de alimentar la discusión con planteamientos innovadores de política educativa de diversa procedencia, que recuperen los objetivos centrales de acceso, calidad y eficiencia en la prestación del servicio.

- El proceso de descentralización en educación implica que la construcción de una Agenda Ciudadana de Educación debe vincular a las regiones con el centro de una manera “proactiva”. En efecto, y dado el papel principal que adquieren las entidades territoriales en el diseño de programas y en la realización de las políticas educativas, la percepción de las dificultades más relevantes así como de las alternativas de solución proceden en buena parte de las administraciones y ciudadanos en lo local.
- Por último, la influencia en la orientación y realización de las políticas educativas implica no sólo la construcción de propuestas pertinentes y viables para el sector, sino también la consolidación de una base social e institucional que las apropie, las discuta y que haga el seguimiento en todos los niveles. Por ello, hay que hacer de la educación un asunto de interés público y continuar en la promoción de espacios de opinión que favorezcan este empeño.

PROYECTOS 1998

Se puso en marcha el proyecto “Mejoramiento de Gestión en Organizaciones Escolares” que busca desarrollar e instrumentar una metodología y el

La influencia en la orientación de las políticas educativas implica no sólo la construcción de propuestas pertinentes y viables para el sector, sino también la consolidación de una base social e institucional que las apropie, las discuta y que haga el seguimiento. Hay que hacer de la educación un asunto de interés público y continuar en la promoción de espacios de opinión.

El proceso de descentralización en educación implica que la construcción de una Agenda Ciudadana de Educación debe vincular a las regiones con el centro de una manera “proactiva”.

mejoramiento de gestión en planteles educativos públicos y privados, a partir de experiencias piloto en doce instituciones de Cundinamarca y Antioquia. De manera complementaria, el Área de Educación fue invitada a participar en el proyecto “Análisis y Sistematización de Estrategias de Gestión del Servicio Educativo en Entidades Territoriales”. El proyecto “Ambientes Tecnológicos Escolares” cerró su ciclo de evaluación del impacto de materiales especializados en el aprendizaje de competencias tecnológicas por parte de los niños. En el marco del Programa de Formación para el Trabajo (en alianza con las fundaciones FES, Restrepo Barco y el Consejo Gremial Nacional) se completó el proyecto “Estudios de caso de alianzas empresariales de formación para el trabajo”. El proyecto “Fortalecimiento

institucional de ONG de formación para el trabajo” continuó a lo largo de 1998 cumpliendo una primera fase de identificación, selección y autoevaluación de 30 instituciones en Bogotá y Medellín. También se llevó a cabo el seminario “Lo público y lo privado en la formación para el trabajo”. Por otro lado, se promovió el debate público en temas educativos a través de unos “Coloquios” realizados por Corpoeeducación, un Ámbito de Reflexión sobre el Plan de Desarrollo Educativo del Distrito, y mediante el apoyo a la divulgación del estudio “Autonomía Escolar en el Marco de la Descentralización”, realizado por el Instituto Ser. En materia de investigación se apoyó el estudio “Pluralidad en la manera de hacer la política educativa: la reforma de la descentralización en educación”.



PRINCIPALES PROYECTOS APROBADOS EN 1998

PROYECTO	EJECUTOR	APORTE 1998 FUNDACIÓN CORONA	VALOR TOTAL DEL PROYECTO
LÍNEA DE GESTIÓN Y CALIDAD DE LA EDUCACIÓN			
Diseño de metodologías para el mejoramiento de la gestión escolar	Corpoeducación - Centro de Ciencia y Tecnología de Antioquia	\$143'000.000	\$247'000.000
Preparación del proyecto "Análisis y Sistematización de Estrategias de Gestión del Servicio Educativo en Entidades Territoriales"	Corporación para el Desarrollo de la Investigación y la Docencia Económica	\$2'000.000	\$15'000.000
LÍNEA DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO			
Proyecto Ambientes Tecnológicos Escolares • Evaluación Fase III • Capacitación a rectores y padres de familia	Corpoeducación - Fundación Corona	\$37'000.000	\$37'000.000
Proyecto Editorial "Claves de Educación en Tecnología"	Corpoeducación	\$15'000.000	\$55'000.000
Aporte Institucional a Maloka	Maloka	\$58'786.000	\$20.000'000.000
Programa de Formación para el Trabajo:			
• Alianzas Empresariales de Formación para el Trabajo	Universidad de los Andes, Facultad de Administración	\$16'908.000	\$50'724.000
• Seminario "Lo Público y lo Privado en la Formación para el Trabajo"	Programa de Formación para el Trabajo - Misión de Educación Técnica, Tecnológica y Formación Profesional	\$15'000.000	\$55'000.000
• II Encuentro Iberoamericano de Políticas de Empleo Juvenil	Corporación Paisajoven	\$7'000.000	\$120'000.000
• Consolidación del Taller Cerámico de Guatavita	Corporación de Vecinos para el Desarrollo de Guatavita	\$7'000.000	\$13'000.000
POLÍTICAS EDUCATIVAS			
Agenda Ciudadana de Educación • Fase I • Fase II	Casa Editorial El Tiempo - Fundación Corona - Universidad de los Andes - Grupo de Expertos	\$62'000.000	\$140'000.000
Coloquios en Educación Fase II	Corpoeducación	\$38'352.000	\$38'352.000
Ámbito de Reflexión Plan Sectorial de Educación del Distrito Capital	Fundación Corona	\$1'500.000	\$1'500.000
Divulgación del Estudio de Autonomía Escolar en el Marco de la Descentralización	Instituto Ser de Investigaciones	\$20'000.000	\$54'000.000
La toma de decisiones en la reforma de descentralización de la educación en Colombia	Margarita López	\$19'200.000	\$100'000.000

OTROS PROYECTOS DE VIGENCIAS ANTERIORES QUE REQUIRIERON ACOMPAÑAMIENTO DURANTE 1998

PROYECTO	EJECUTOR	APORTE 1998 FUNDACIÓN CORONA	VALOR TOTAL DEL PROYECTO
LÍNEA DE GESTIÓN Y CALIDAD DE LA EDUCACIÓN			
Análisis de la Gestión Escolar en Establecimientos de Educación Básica	Corpoeducación	n.a.*	\$215'000.000
LÍNEA DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO			
Programa de Formación para el Trabajo:			
• Fortalecimiento Institucional de ONG de Formación para el Trabajo	Instituto Ser de Investigaciones Corporación Paisajoven	n.a.*	\$126'000.000

* NO APLICA.



SALUD

Desde hace doce años, el Área de Salud de la Fundación Corona ha dedicado sus esfuerzos a transferir las mejores prácticas de gestión empresarial al sector salud, dada la debilidad que en este sentido se ha encontrado en las entidades prestadoras de servicios. En 1991, después de un trabajo de cuatro años en este campo, se observó que no era suficiente mejorar la gestión interna de estas entidades para lograr el objetivo de optimizar los servicios de la salud en su conjunto, sino que se requerían estrategias e incentivos en todo el sistema para alcanzar el objetivo de universalidad con calidad. De esta forma, la Fundación incursionó en un nuevo campo: apoyo a estudios e investigaciones cuyos resultados aportaran a la discusión del sistema de salud en general y no sólo a sus partes.

Con el cambio del sistema de salud (Ley 100 de 1993), esta intención de desarrollar investigaciones se orientó a producir insumos y conocimiento que permitieran una adecuada implementación de las estrategias propuestas, con el fin de ofrecer más cobertura de servicios y de mejor calidad a la población más pobre del país. Con esta línea de trabajo la Fundación también pretende fortalecer la capacidad investigativa institucional sobre seguridad social en Colombia y para ello, promueve alianzas entre entidades financiadoras y ejecutoras.

Los cambios introducidos en el sector hicieron imperativo iniciar trabajos orientados sistemáticamente a entender y mejorar el acceso a los servicios de salud, en especial los dirigidos a la población más vulnerable. Por esta razón, hacia 1996 la Fundación Corona identificó el tema de acceso como campo complementario al de gestión hospitalaria y al de investigación, pues ya no era suficiente

generar herramientas y modelos de gestión, o hacer investigación sobre el sistema en salud.

En el tema de acceso a servicios de salud, la Fundación Corona —durante los últimos dos años— ha explorado diferentes maneras de informar a poblaciones particulares sobre cómo participar del nuevo sistema de salud, ejerciendo sus deberes y derechos. Adicionalmente, ha documentado y estudiado las barreras de acceso en el ámbito local con el fin de encontrar nuevas formas de organización de los servicios de salud que superen las actuales limitantes.

De esta manera, el Área de Salud concentra hoy en día sus esfuerzos en tres líneas programáticas, de acuerdo con el direccionamiento estratégico definido para el período 1996-2000, de la siguiente forma:

- La primera línea busca mejorar la gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud mediante la

Los cambios introducidos en el sector hicieron imperativo iniciar trabajos orientados sistemáticamente a entender y mejorar el acceso a los servicios de salud, en especial los dirigidos a la población más vulnerable.



FOTO CORTESÍA: HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE

construcción deliberada de un enfoque de gestión integral por calidad y la difusión de experiencias exitosas.

- La segunda, está dedicada a la búsqueda de acceso a servicios de salud a través de la construcción de enfoques que permitan formas organizativas, tanto de la oferta como de la demanda de servicios, que superen las barreras de acceso propias de cada parte del mercado.
- La última línea pretende fortalecer la capacidad investigativa institucional en seguridad social en salud y promueve la realización de proyectos de investigación sobre aspectos del sistema de salud.

EL ÁREA DE SALUD Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Cada una de estas líneas de trabajo ejemplifica la importancia de desarrollar estrategias cada vez más deliberadas que aporten al fortalecimiento institucional, a la construcción de mejores políticas públicas y, por tanto, a la gobernabilidad. Para tratar de mejorar la gestión de las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), la Fundación ha mantenido un enfoque inductivo que permite construir herramientas paso a paso, probando y asegurando su utilidad para el sector salud. Estas herramientas, que en conjunto hoy constituyen un enfoque integral de gestión, han sido deliberadamente institucionalizadas en el Centro de Gestión Hospitalaria –CGH–, entidad constituida como una corporación mixta. El CGH se ha encargado de difundir las herramientas de gestión en forma conceptual y a través de un proyecto editorial especialmente concebido para

ÁREA DE SALUD

Trabaja en el mejoramiento de la gestión hospitalaria y el acceso a los servicios de la población más pobre.

LÍNEA PROGRAMÁTICA 1

Acceso a los servicios de salud

LÍNEA PROGRAMÁTICA 2

Gestión hospitalaria

LÍNEA PROGRAMÁTICA 3

Investigación en políticas en salud

este fin: la revista *Via Salud*, donde se publican casos concretos y exitosos de aplicación del modelo de gestión. Con todo esto, la Fundación pretende aportar información y herramientas sobre gestión y calidad que ayuden a la discusión del tema desde los diferentes actores, incluidos los usuarios, y por tanto, a que constituya parte de la agenda sectorial. A partir del trabajo en gestión, la Fundación Corona ha entendido la importancia de que el país cuente con un sistema de salud que tenga una estructura de incentivos que impulse a las instituciones a prestar servicios con calidad. Por este motivo la Fundación busca aportar información (hechos y datos) sobre la evolución del sector, sus problemas, sus logros y sus necesidades. En este sentido, los trabajos más recientes de la Fundación Corona son investigaciones relacionadas con “cuellos de botella” en la implementación del sistema de salud; otros están orientados a comprender la forma de fortalecer la capacidad de investigación sectorial. Como ejemplos de estas investigaciones pueden destacarse las siguientes: “Las formas de contratación entre prestadoras y aseguradoras de salud”; “La UPC (Unidad de Pago por Capitación) y el equilibrio financiero del sistema”; “La evasión de aportes obligatorios al sistema de salud”, y “Las condiciones laborales de los médicos en Colombia 1996-1998”. Estos trabajos pretenden aportar ideas, elementos de discusión y, eventualmente, recomendaciones de política pública, siempre teniendo en mente la responsabilidad que todos tenemos con el desarrollo de un sistema de salud universal, equitativo y eficiente. El Área de Salud considera que la investigación en seguri-

dad social en salud es un elemento fundamental para el desarrollo del sistema, por lo que ha previsto esfuerzos encaminados a fortalecer la capacidad de investigación en el país. Investigación objetiva, de alta calidad y pertinente que genere recomendaciones útiles en la búsqueda de los objetivos mencionados. Con respecto a la línea de acceso a servicios de salud, los trabajos adelantados hasta el momento permiten entender el funcionamiento y la organización del sector en el ámbito local, además de llegar a algunas conclusiones sobre cómo fortalecer a la población para acceder a los servicios. Adicionalmente, la Fundación ha considerado relevante interesar al país sobre la importancia de estudiar e intervenir las limitantes de acceso a los servicios de salud, especialmente aquellos factores que alteran la posibilidad de que las poblaciones más vulnerables obtengan atención. En esta línea, por ejemplo, se ha buscado resaltar la relevancia de educar a la población sobre derechos y deberes, identificando (y descartando) algunas formas de hacerlo. Además, se han estudiado casos concretos de implementación y organización regional del sistema de salud y sus implicaciones en acceso.

PROYECTOS 1998

En el Área de Salud se destacaron los siguientes proyectos durante 1998: “Mejoramiento de la gestión de seis IPS en Antioquia”; “Mejoramiento de la gestión de hospitales de Bogotá y Cundinamarca (Sopó y Funza)”, y “Mejoramiento de la gestión de IPS de salud mental y rehabilitación”, los cuales permitieron avanzar en la construcción y

La Fundación Corona ha entendido la importancia de que el país cuente con un sistema de salud que tenga una estructura de incentivos que impulse a las instituciones a prestar servicios con calidad.

Los proyectos adelantados en diferentes IPS del país han servido para mejorar la calidad de los servicios que ofrecen estas instituciones, y al mismo tiempo, han permitido un aprendizaje útil y replicable en otras entidades.

documentación del trabajo “Modelo de gestión integral por calidad para IPS”. Los proyectos adelantados en diferentes IPS del país han servido para mejorar la calidad de los servicios que ofrecen estas instituciones, y al mismo tiempo, han permitido un aprendizaje útil y replicable en otras entidades. Esta experiencia y aprendizaje están disponibles actualmente para cualquier entidad del sector salud interesada en aplicarlos.

Adicionalmente, vale la pena resaltar los trabajos de investigación: “Condiciones laborales de los médicos en Colombia 1996-1998”; “Afilación de la población pobre al sistema de salud”, y “Disponibilidad de recursos financieros en el sector salud”. Estas investigaciones, como se

mencionó antes, muestran hechos y datos que alimentan el debate y pueden servir de apoyo para la toma de decisiones en el sector. Además, han permitido que investigadores y centros de investigación pongan en práctica y mejoren sus habilidades para aportar al desarrollo del sistema de salud.

Por último, es importante mencionar el “Programa de apoyo a la iniciativa privada en el Régimen Subsidiado de Salud en Colombia”, aprobado por la Fundación Corona durante 1998, y que iniciará actividades a partir de 1999 con el apoyo del Fondo Multilateral de Inversión del Banco Interamericano de Desarrollo, y cuyo ejecutor es el Cendex de la Pontificia Universidad Javeriana.



FOTO CORTESÍA: HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE

PRINCIPALES PROYECTOS APROBADOS EN 1998

PROYECTO	EJECUTOR	APORTE 1998 FUNDACIÓN CORONA	VALOR TOTAL DEL PROYECTO
LÍNEA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA			
Mejoramiento de la gestión de seis IPS en Antioquia	Centro de Gestión Hospitalaria	\$87'217.000	\$117'217.000
Mejoramiento de la gestión de IPS de salud mental y rehabilitación	Centro de Gestión Hospitalaria	\$60'000.000	\$120'000.000
Premio Calidad en Salud - Colombia	Centro de Gestión Hospitalaria	\$50'000.000	\$300'000.000
Foro Internacional de Calidad en Salud	Centro de Gestión Hospitalaria	\$9'175.000	\$200'000.000
Optimización de un área de cirugía	Unidad de Epidemiología – Hospital San Ignacio	\$12'200.000	\$22'500.000
LÍNEA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD			
Programa de apoyo a la iniciativa privada en el régimen subsidiado de salud en Colombia	Cendex – Pontificia Universidad Javeriana	*	\$1.500'000.000
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD			
Evolución de la equidad con el nuevo sistema de salud en Colombia	Equipo de investigadores conformado por Fundación Corona	*	\$74'000.000
Condiciones laborales de los médicos en Colombia	Fundación Presencia	\$65'000.000	\$65'000.000
Disponibilidad de recursos financieros en el sector salud	Fedesarrollo	\$34'000.000	\$34'000.000
Evaluación del Régimen Subsidiado de Salud	Fundación Frederich Ebert de Colombia	\$12'000.000	\$12'000.000
Foro “Cómo reencauzar el sector salud: Retos y desafíos”	Fedesarrollo	\$10.000.000	\$10.000.000

* ESTOS PROYECTOS FUERON APROBADOS EN 1998 PERO LOS APORTES DE LA FUNDACIÓN CORONA TENDRÁN EJECUCIÓN PRESUPUESTAL EN 1999 Y EL 2000.

OTROS PROYECTOS DE VIGENCIAS ANTERIORES QUE REQUIRIERON ACOMPAÑAMIENTO DURANTE 1998

PROYECTO	EJECUTOR	APORTE 1998 FUNDACIÓN CORONA	VALOR TOTAL DEL PROYECTO
LÍNEA DE MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA			
Modelo de gestión integral por calidad para IPS	Centro de Gestión Hospitalaria	n.a.**	\$99'417.000
Revista <i>Via Salud</i>	Centro de Gestión Hospitalaria	n.a.	\$320'000.000
Mejoramiento de hospitales de Bogotá y Cundinamarca (Sopó y Funza)	Centro de Gestión Hospitalaria	n.a.	\$144'980.000
LÍNEA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD			
Experiencias de acceso de la población pobre	Consultorías Universitarias - Pontificia Universidad Javeriana	n.a.	\$76'000.000
Acceso a servicios de salud en Colombia	Fundación FES	n.a.	\$113'986.000
Análisis estratégico para IPS	Consultorías Universitarias - Pontificia Universidad Javeriana	n.a.	\$30'878.000
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD			
Afiliación de población pobre al sistema de salud	Fedesarrollo	n.a.	\$89'000.000

** NO APLICA.



GESTIÓN LOCAL Y COMUNITARIA

Desde sus inicios, cuando la Organización Corona enfocaba sus programas sociales preferiblemente hacia las zonas de influencia de las empresas, la Fundación Corona ha mantenido un interés especial en el tema del desarrollo comunitario. Al establecerse formalmente el Área de Gestión Local y Comunitaria, en 1995, se tenía un portafolio de proyectos en muy diversos temas: hábitat, manejo ambiental (conservación y utilización del agua), espacio público, gobierno local y descentralización, y desarrollo comunitario.

En 1996, el Área se reorganizó concentrándose en dos principales líneas programáticas:

- Por un lado, el mejoramiento de la gestión de los gobiernos locales y, especialmente, la descentralización política, administrativa y fiscal dentro de las grandes ciudades.
- Y por el otro, la gestión de organizaciones comunitarias para lograr mayor efectividad, no solamente en la prestación de servicios, sino también en su interlocución con el gobierno.

Desde entonces, uno de los supuestos básicos del trabajo del Área ha sido que el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades urbanas pobres no depende solamente del acceso a empleo productivo y del aumento de sus ingresos. También depende del fortalecimiento de las capacidades de los gobiernos locales y de las organizaciones comunitarias para gestionar mejor sus recursos. Esta orientación programática impuso al Área un desafío: generar conocimiento

práctico sobre la gestión en un campo caracterizado por una gran heterogeneidad y dispersión de los actores. Cada localidad y barrio es único, y los actores institucionales resultan muy diferentes el uno del otro. ¿Cómo generar, sistematizar y difundir nuevos principios y prácticas de gestión en este terreno tan variado?

¿PARA QUÉ LA GESTIÓN PÚBLICA LOCAL?

Para responder a esta pregunta, el Área de Gestión Local y Comunitaria ha gestionado una serie de proyectos innovadores que han conducido a un proceso intensivo de reflexión y aprendizaje sobre cómo entender el concepto de gestión de lo público dentro de ámbitos locales y comunitarios. Así pues, si bien es cierto que la mayoría de los proyectos del Área se han enfocado hacia la identificación y el diseño de herramientas para el mejoramiento de la gestión interna de organizaciones públicas y privadas, también ha incluido la gestión de las formas de

Cada localidad y barrio es único, y los actores institucionales son muy diferentes el uno del otro. ¿Cómo generar, sistematizar y difundir nuevos principios y prácticas de gestión en este terreno tan variado?



ÁREA DE GESTIÓN LOCAL Y COMUNITARIA

Busca fortalecer la capacidad de gestión, tanto de las comunidades organizadas como de los gobiernos locales.

LÍNEA PROGRAMÁTICA 1
Gestión pública local

LÍNEA PROGRAMÁTICA 2
Gestión comunitaria

LÍNEA PROGRAMÁTICA 3
Ámbitos de reflexión urbana

interacción entre éstas.

Uno de los proyectos estratégicos de la línea de gestión local del Área ha sido el mejoramiento de la gestión de las alcaldías locales de Bogotá. Dicho proyecto comenzó en 1996 con un diagnóstico de los procesos de gestión de la Alcaldía Local de San Cristóbal, cuyo fin era identificar los factores que afectaban su desempeño y, de esta forma, generar recomendaciones aplicables en otras localidades. Dentro de este proyecto, los procesos de gestión de mayor relevancia han sido precisamente aquellos relacionados con la información y atención a los ciudadanos y, en particular, el manejo de querellas.

En 1999 se buscará replicar este proyecto piloto, primero ampliándolo a otra localidad (Alcaldía Local de Chapinero), y luego sistematizándolo mediante una serie de guías prácticas.

Por su parte, la línea programática de gestión comunitaria comenzó con el Fondo de Cofinanciación para Comunidades Urbanas –Focus–. Este proyecto, cofinanciado con la Fundación Interamericana –IAF– y la Fundación Ford, ha tenido como objetivo principal aprender a fortalecer organizaciones de base, para que éstas puedan gestionar mejor sus servicios a la comunidad. Desde sus inicios, en 1996, el enfoque ha sido “aprender haciendo”, mediante la financiación de proyectos específicos. En 1998 se introdujo un componente adicional de capacitación y asesoría en el fortalecimiento de procesos internos de gestión. Actualmente están adaptándose las herramientas de Focus-Bogotá a Focus-Medellín, programa que sería ejecutado por la Corporación Paisajoven y cofinanciado por la IAF, la agencia

alemana de cooperación GTZ y la Fundación BIC.

Los resultados de los proyectos y las conclusiones de una reciente evaluación global de Focus demuestran la factibilidad de generar mayor capacidad de gestión en organizaciones comunitarias. De nuevo, uno de los aspectos más significativos para fortalecer lo constituye la interacción de estas organizaciones con otros actores, especialmente las alcaldías locales, las Juntas Administradoras Locales –JAL– y las diversas dependencias de la Alcaldía Mayor. Si bien es cierto que la sostenibilidad de las organizaciones de base está en función de sus relaciones con sus miembros y beneficiarios, también depende de su interlocución con actores públicos, lo que posibilita el acceso a recursos de financiación y oportunidades de influir en procesos políticos de ámbitos barriales y locales. Además de Focus, el Área ha gestionado proyectos en el marco del Consorcio de Organizaciones Comunitarias de Desarrollo –COCD–, asociación compuesta por once fundaciones y corporaciones cuyo objetivo es generar aprendizaje sobre los enfoques y herramientas del desarrollo comunitario. El apoyo de la Fundación en esta instancia ha estado dirigido al diseño, implementación y evaluación de un programa innovador de fortalecimiento organizacional para OCD (Organizaciones Comunitarias de Desarrollo). Estas organizaciones, a diferencia de las que son apoyadas desde Focus, están ubicadas mayoritariamente en municipios pequeños o en zonas rurales. De esta manera, puede apreciarse que el Área ha generado aprendizaje y mayor capacidad institucional en el tema del desarrollo comunitario, en entornos

muy diversos.

La experiencia del Área durante los últimos tres años ha demostrado, de manera reiterada, que el mejoramiento de la gestión de lo público en el ámbito local muchas veces está en función de la calidad de las relaciones entre organizaciones públicas, comunitarias y empresariales. Por esta razón, el Área también ha apoyado, desde 1997, un programa de alianzas locales, cuyo propósito ha sido documentar casos exitosos de colaboración entre organizaciones privadas y públicas. Para la identificación de los casos se han hecho convocatorias públicas, y para su difusión, convenios con la prensa escrita regional y nacional. Con la participación del Banco Mundial, la Fundación Interamericana y siete universidades en seis regiones, hasta la fecha el programa ha identificado 248 casos de alianzas en todo el país, 30 de ellos documentados en profundidad. Los casos escogidos demuestran claramente las oportunidades para mejorar la efectividad de las políticas públicas, bien sea mediante la introducción de innovaciones en el diseño de políticas y mecanismos de prestación, la generación de apoyo y legitimidad de las políticas ante los grupos beneficiados, y el apalancamiento de recursos entre gobiernos, empresa privada y comunidades organizadas. Este programa se mantendrá durante 1999 con el apoyo del Banco Mundial y el gobierno del Reino Unido. Nuevamente se enfocará hacia las alianzas locales orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades pobres, pero con un componente o énfasis adicional: la promoción de la convivencia pacífica.

Por último, es conveniente anotar que,

Uno de los supuestos básicos del trabajo del Área ha sido que el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades urbanas pobres no depende solamente del acceso a empleo productivo y del aumento de sus ingresos. También depende del fortalecimiento de las capacidades de los gobiernos locales y de las organizaciones comunitarias para gestionar mejor sus recursos.



El Fondo de Cofinanciación para Comunidades Urbanas –Focus– ha tenido como objetivo principal aprender a fortalecer organizaciones de base, para que éstas puedan gestionar mejor sus servicios a la comunidad.

contrario a la percepción generalizada de que en Bogotá no existe espíritu cívico, el Área de Gestión Local y Comunitaria ha encontrado muchas oportunidades en esta ciudad. Mediante una convocatoria denominada “Por una Bogotá Mejor”, se identificaron 128 casos de iniciativas por parte de organizaciones cívicas, orientadas hacia el desarrollo social. De ellas, se premiaron diez casos que fueron difundidos a través de un convenio con la Casa Editorial El Tiempo. La convocatoria se repetirá en 1999, nuevamente con el apoyo de este medio de comunicación. Se espera que este Programa se lleve a cabo todos los años.

PROYECTOS 1998

Durante 1998, el Área de Gestión Local y Comunitaria apoyó 18 proyectos. De las iniciativas aprobadas durante ese año, se destacan las siguientes: “Evaluación de Focus”, realizada por la Corporación Alternativa Urbana; “Fortalecimiento de Organizaciones Comunitarias”, con el Consorcio para la Creación y Fortalecimiento de OCD y el investigador Víctor Manuel Quintero; “Manual para la Acción Ciudadana”, con la Asociación Participación Ciudadana, y el proyecto “Bogotá, Cómo Vamos”, realizado con la Casa Editorial El Tiempo, la Cámara de Comercio de Bogotá y el Instituto FES de Liderazgo.

PRINCIPALES PROYECTOS APROBADOS EN 1998

PROYECTO	EJECUTOR	APORTE 1998 FUNDACIÓN CORONA	VALOR TOTAL DEL PROYECTO
LÍNEA DE GESTIÓN COMUNITARIA			
Focus - Bogotá	Varios	\$322'232.000	*
Focus - Medellín	Paisajoven	\$140'000.000	\$540'000.000
Fortalecimiento de Organizaciones Comunitarias de Desarrollo –OCD–	Consortio OCDs	\$36'580.000	\$48'580.000
Manual de Apoyo Ciudadano	Participación Ciudadana	\$23'771.000	\$56'771.000
Sistematización de Experiencias Comunitarias (publicación)	Paisajoven	\$6'250.000	\$12'500.000
Sistematización Experiencia Versalles	Corpoversalles	\$11'770.000	\$16'906.000
Por una Bogotá Mejor	Fundación Corona, Casa Editorial El Tiempo	\$26'000.000	\$54'000.000
Apoyo Institucional Consortio de OCD	Consortio OCD	\$15'000.000	
LÍNEA DE GESTIÓN PÚBLICA LOCAL			
Mejoramiento de Alcaldías Locales	Asesoría y Gestión - Corposur		\$250'000.000
Taller Alcaldes Locales	Asesoría y Gestión	\$580.000	\$580.000
Descongestión de Querellas	Iser		\$29'700.000
Centro de Información Local	Corposur	\$16'580.000	\$36'580.000
Alianzas gobierno, sector privado, organizaciones ciudadanas	Universidades – Centros de Investigación	\$140'000.000	\$290'000.000
Bogotá, Cómo Vamos	Instituto FES de Liderazgo	\$44'680.000	\$134'080.000
Apoyo Institucional Corposur	Corposur	\$15'000.000	\$115'000.000

* FOCUS BOGOTÁ INICIÓ SU EJECUCIÓN EN 1995, CON UN APORTE INICIAL DE US\$810.000 POR PARTE DE LA FUNDACIÓN CORONA, LA FUNDACIÓN INTERAMERICANA –IAF– Y LA FUNDACIÓN FORD.

**OTROS PROYECTOS DE VIGENCIAS ANTERIORES
QUE REQUIRIERON ACOMPAÑAMIENTO DURANTE 1998**

PROYECTO	EJECUTOR	APORTE 1998 FUNDACIÓN CORONA	VALOR TOTAL DEL PROYECTO
LÍNEA DE GESTIÓN COMUNITARIA			
Fortalecimiento comunitario	Corporación Presencia Colombo Suiza - Medellín	\$17'800.000	\$17'800.000

PROGRAMA DE DONACIONES EN ESPECIE

A pesar de estar por fuera de las líneas programáticas definidas en el Plan Estratégico 1996-2000, la Fundación Corona apoyó otras iniciativas durante 1998, las cuales representaron esfuerzos valiosos por mejorar aspectos críticos del desarrollo social del país.

Estos proyectos especiales corresponden al Programa de Donaciones en Especie, un esfuerzo conjunto entre la Fundación y las empresas de la Organización Corona para realizar donaciones de material cerámico a entidades de beneficio social, públicas y privadas, sin ánimo de lucro.

De un total de 208 solicitudes de donaciones recibidas el año pasado, se apoyaron 98 iniciativas de distintas regiones del país, dirigidas principalmente a programas en las áreas de salud, educación y niñez (ver distribución en *gráfico 1*).

Las regiones más beneficiadas durante 1998 por dichas donaciones fueron: el Distrito Capital, Cundinamarca, Valle y Antioquia. Les siguieron Bolívar, Santander, Meta, Boyacá y Atlántico, entre otras (ver distribución en *gráfico 2*).

Dos de las donaciones más representativas realizadas el año pasado estuvieron dirigidas a la construcción de la sede propia de la Fundación Dar Amor, en Cali, y a la adecuación de la policlínica encargada de las

urgencias del Hospital San Vicente de Paul, en Medellín (ver *tabla 1*).

La Fundación Dar Amor es una entidad privada, sin ánimo de lucro, dedicada a brindar servicios de atención integral a bebés y niños de escasos recursos portadores del virus del sida, y también alberga a pacientes adultos en estado terminal. La donación de material cerámico a dicha entidad tuvo como objetivo la construcción de una sede propia, la cual beneficiará, en su etapa inicial, a 40 niños portadores del VIH entre 0 y 10 años; a 16 pacientes adultos en estado terminal, y a 15 portadores en el taller de terapia.

Por otro lado, la donación hecha al Hospital San Vicente de Paul se utilizó para reconstruir la policlínica que, además de atender a la mayoría de los pacientes del hospital, constituye uno de los mayores servicios de urgencias de la ciudad. El San Vicente de Paul recibe a más de 28.000 personas en promedio al año, de las cuales 73% son de estratos uno, dos y tres.



La donación hecha al Hospital San Vicente de Paul se utilizó para reconstruir la policlínica que, además de atender a la mayoría de los pacientes del hospital, constituye uno de los mayores servicios de urgencias de la ciudad.

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS DONACIONES SEGÚN ACTIVIDAD DEL BENEFICIARIO 1998

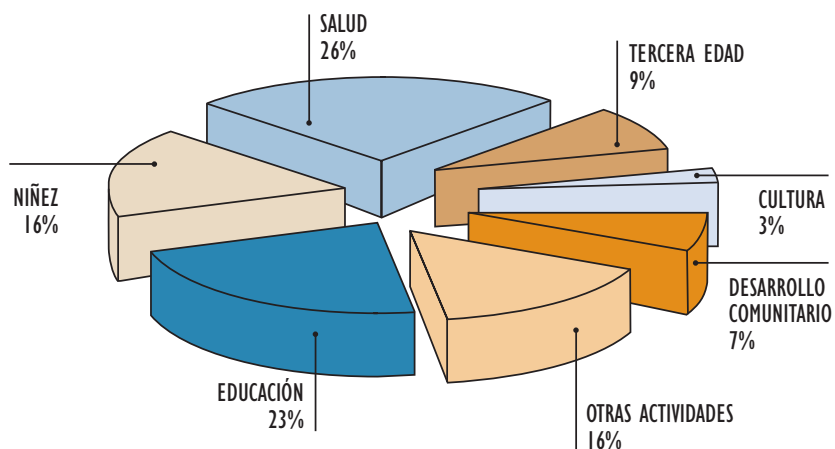
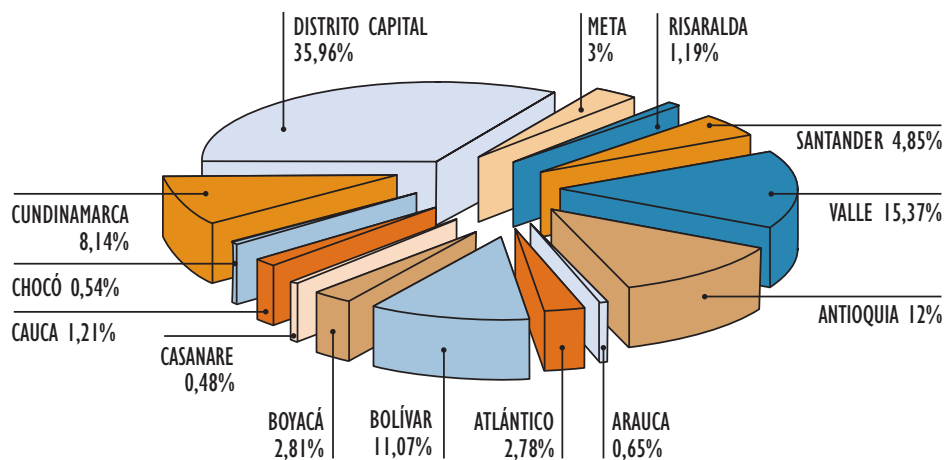


GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS DONACIONES POR DEPARTAMENTOS 1998



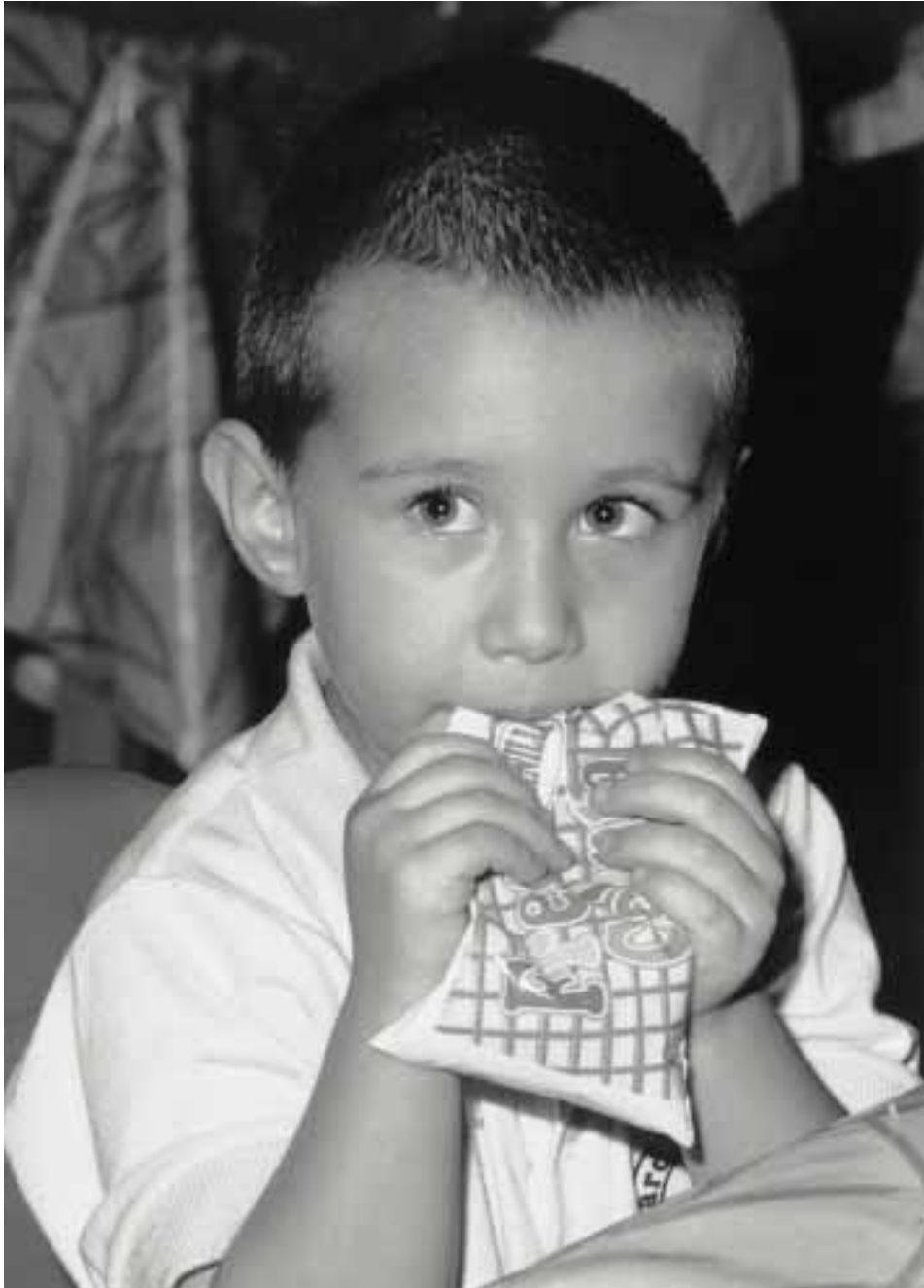


PROGRAMA DE DONACIONES EN ESPECIE

TABLA I

DONACIONES MÁS REPRESENTATIVAS DE 1998

CIUDAD	ÁREA	NOMBRE INSTITUCIÓN	VALOR TOTAL DONACIÓN (EN PESOS)	OBJETIVO
Valle (Cali)	Salud	Fundación Dar Amor	40'846.856	Construcción sede propia para enfermos de VIH
Cundinamarca (Funza)	Oficial	Alcaldía de Funza	14'580.430	Construcción coliseo municipal
Bogotá	Niñez	Asociación Afecto	7'985.404	Campaña del Buen Trato
Bogotá	Salud	Fundación Cardioinfantil	7'977.987	Adecuación del tercer piso de la Fundación
Bogotá	Educación	Asociación Benéfico - Cristiana	6'123.046	Construcción centro educacional para preescolar en Ciudad Bolívar
Antioquia (Medellín)	Salud	Hospital Universitario San Vicente de Paul	5'561.806	Adecuación de la policlínica encargada de las urgencias
Bogotá	Salud	Asociación Colombiana del Teléfono de la Esperanza	5'484.310	Adecuación de la sede
Santander (Contratación)	Niñez	Hijas de los Sagrados Corazones	5'164.993	Adecuación de internado para niñas
Bogotá	Educación	Asociación de Exalumnas del Marymount	4'890.415	Construcción de albergue para niños



INICIATIVAS QUE ESTUDIA LA FUNDACIÓN CORONA

La Fundación Corona es estricta en los procesos internos de estudio y selección de propuestas. Somete a consideración aquellas iniciativas que correspondan a sus criterios orientadores y líneas programáticas. Estas iniciativas deben cumplir con los siguientes requisitos de información:

- Objetivo del proyecto.
- Antecedentes.
- Justificación.
- Descripción de la intervención y metodología a emplear.
- Resultados y productos esperados.
- Población beneficiada.
- Tiempos y costos estimados.
- Información del proponente o ejecutor.

La Fundación Corona no financia los gastos ordinarios de operación de instituciones, ni gastos recurrentes de programas que impliquen compromisos indefinidos a futuro o que no muestren certeza sobre sus posibilidades de sostenimiento. No se atienden donaciones para construcción o para dotación de entidades asistenciales, ni se apoyan solicitudes para becas, viajes, publicaciones o pautas publicitarias, salvo en los casos en los que son parte integral de un proyecto previamente impulsado por la Fundación Corona. No se financian actividades partidistas, proselitistas o religiosas de cualquier índole, ni actividades deportivas, recreativas o culturales que no correspondan a proyectos enmarcados dentro de sus líneas programáticas.

*Fundación***CORONA**

Calle 100 No.8A - 55 Torre C Piso 9

Teléfono 610 5555 Fax 610 7620

fundacion@corona.com.co

www.fundacioncorona.org.co

Santafé de Bogotá