

1-1-2014

## **Análisis de impacto de los planes de desarrollo del municipio de Chía en los sectores de salud y educación para el periodo 2000-2011**

Elena Patricia Aldana Torres  
*Universidad de La Salle, Bogotá*

Jenny A. Jimenez Hernández  
*Universidad de La Salle, Bogotá*

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia>

---

### **Citación recomendada**

Aldana Torres, E. P., & Jimenez Hernández, J. A. (2014). Análisis de impacto de los planes de desarrollo del municipio de Chía en los sectores de salud y educación para el periodo 2000-2011. Retrieved from <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia/82>

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Economía, Empresa y Desarrollo Sostenible - FEEDS at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Economía by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact [ciencia@lasalle.edu.co](mailto:ciencia@lasalle.edu.co).

**ANÁLISIS DE IMPACTO DE LOS PLANES DE DESARROLLO DEL MUNICIPIO DE CHÍA EN  
LOS SECTORES DE SALUD Y EDUCACIÓN PARA EL PERIODO 2000-2011**

**ELENA PATRICIA ALDANA TORRES 10071028**

**JENNY ALEJANDRA JIMENEZ HERNANDEZ 10071048**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES**

**PROGRAMA DE ECONOMÍA**

**BOGOTÁ D.C.**

**2014**

# CONTENIDO

pág.

CONTENIDO.....	
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>1. UNA MIRADA DESDE LA EVALUACION DE LOS PLANES DE DESARROLLO</b> .....	<b>4</b>
1.1 CONCEPTOS TEORICOS SOBRE TRIBUTACIÓN, PLANES DE DESARROLLO Y EVALUACIÓN.....	4
1.1.1 Visión Clásica.....	5
1.1.2 Visión Contemporánea.....	6
1.1.3 Visión Contemporánea en Colombia.....	7
1.2 ESTADO DEL ARTE: SALUD, EDUCACIÓN Y CALIDAD DE VIDA.....	11
1.2.1 Desde la Salud.....	12
1.2.2 Desde la Educación.....	14
1.2.3 Desde la Calidad de Vida.....	16
<b>2. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LOS PLANES DE DESARROLLO: CASO MUNICIPIO DE CHIA</b> .....	<b>19</b>
2.1 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS DE INVERSIÓN.....	21
2.2 SECTOR SALUD.....	22
2.2.1 Ejecución Presupuestal.....	23
2.2.2 Cumplimiento de Metas.....	29
2.3 SECTOR EDUCACIÓN.....	39
2.3.1 Ejecución Presupuestal.....	40
2.3.2 Cumplimiento de Metas.....	45
<b>3. SALUD Y EDUCACIÓN: CALIDAD DE VIDA</b> .....	<b>53</b>
3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE CHIA.....	53
3.2 GASTO PÚBLICO SOCIAL EN CHÍA.....	55
3.2.1 Evolución Financiera.....	55
3.2.2 Avances y Retos en Salud.....	58

3.2.3 Educación Logros y Desigualdades.....62

**4. CONCLUSIONES.....67**

**BIBLIOGRAFIA.....**

## INDICE DE GRAFICAS

	pág.
Grafica 1. Gastos de Inversión Sector Salud.....	24
Grafica 2. Gastos de inversión Sector Salud.....	28
Grafica 3. Fuentes de Financiación Salud (2008).....	38
Grafica 4. Gastos de Inversión Sector Educación.....	41
Grafica 5. Gastos de Inversión Sector Educación.....	44
Grafica 6. Fuentes de Financiación Educación (2008).....	52
Grafica 7. Evolución del Gasto Público Social.....	56
Grafica 8. Composición del Gasto Público Social.....	57
Grafica 9. Tasa de Mortalidad y Tasa de Mortalidad Infantil.....	59
Grafica 10. Tasa de Natalidad.....	60
Grafica 11. Afiliación Régimen contributivo y Subsidiado.....	61
Grafica 12. Matriculas Educativas.....	64

## INDICE DE TABLAS

pág.

Tabla 1. Índice de Incremento Interanual Salud.....	27
Tabla 2. Cuadro Comparativo Continuidad Programas Sector Salud.....	30
Tabla 3. Cuadro Comparativo Número De Metas Sector Salud.....	31
Tabla 4. Inversión PDM 2002-2003.....	33
Tabla 5. Inversión PDM 2004-2007.....	34
Tabla 6. Inversión PDM 2008-2011.....	36
Tabla 7. Cumplimiento Metas Plan de Desarrollo 2008 - 2011.....	37
Tabla 8. Índice de Incremento Interanual Educación .....	42
Tabla 9. Cuadro Comparativo Continuidad Programas Sector Educación.....	46
Tabla 10. Cuadro Comparativo Número de Metas Sector Educación.....	47
Tabla 11. Plan de Desarrollo 2008 - 2011 Unidos con Justicia Social.....	50
Tabla 12. Resumen Indicadores Educación.....	63

## INTRODUCCIÓN

*“No se pueden lograr unas finanzas públicas sanas sin el cuidado inteligente de los ciudadanos. Las reglas de regulación presupuestal juegan un papel importante para mantener la administración pública dentro de ciertos límites, pero un nivel de gasto prudente, una tributación equitativa y eficiente, y el debido equilibrio entre ingresos y gastos se encontrará únicamente donde la responsabilidad de las autoridades sea fortalecida por la opinión pública de una comunidad activa e ilustrada”*  
(Franco, 1927, pág. 761)

A raíz de la Crisis de 1929 y la posterior Gran Depresión de los años 30 el Estado se vio en la necesidad de intervenir con mayor protagonismo en el mercado y bajo la propuesta de Jhon Maynard Keynes el Estado asumió un papel activo en la economía con el objetivo de garantizar la eficiente asignación de bienes y servicios y una apropiada distribución del ingreso, convirtiéndose en un Estado intervencionista encargado de proveer a sus residentes de servicios públicos por medio del gasto.

Por ende el gasto público juega un papel trascendente en la actividad económica ya que de acuerdo a la eficacia, en la administración del mismo, un territorio puede aumentar determinadamente la calidad de vida de sus habitantes y su productividad en el mercado.

Estudios realizados en torno a la relación existente entre el crecimiento económico y el capital humano revelan que la salud al igual que la educación, constituyen factores fundamentales en la formación de Capital Humano. Tanto así que autores como Mushkin y Grossman le otorgan una doble connotación, al considerarlos bienes de consumo y de inversión. (Lecturas de economía No.54, 2001)

Teniendo en cuentas estas premisas, la presente investigación se focaliza en los sectores de salud y educación dada su repercusión directa en la calidad de vida, por medio de un análisis de impacto de los últimos tres Planes de Desarrollo del Municipio de Chía.

Este trabajo está dividido en tres capítulos. En el primero se presenta una revisión teórica de los conceptos asociados a la tributación, los planes de desarrollo y su evaluación, puntualizando en los conceptos de salud, educación y calidad de vida.

En el segundo capítulo se describe la evolución histórica de los gastos en salud y educación en el Municipio de Chía a partir del año 2002 y hasta el 2011. Se calcula el índice de incremento interanual para el análisis de la participación de los rubros de funcionamiento e inversión dentro del total del gasto ejecutado, y se comparan con el gasto total de los demás rubros de inversión y finalmente desagregar la inversión con base a los programas y proyectos que tuvieron prioridad durante el periodo analizado. Lo anterior dará una visión macro del tratamiento político que fue efectuado en las Administraciones en cada uno de los periodos de gobierno.

Además se realiza un análisis descriptivo de los últimos tres Planes de Desarrollo en el Municipio de Chía, los cuales son: “Chía nuestro compromiso” de Luis Olivo Galvis 2000 - 2003, “Un gobierno productivo para Chía con lealtad y firmeza” de Fernando Sánchez Gutiérrez 2004 - 2007, y “Unidos con justicia social” de Orlando Gaitán Mahecha 2008 - 2011. Aquí se destacan las metas planteadas en los sectores de salud y educación, frente a los resultados obtenidos, determinando de esta manera el cumplimiento de las metas.

En el capítulo tres, se definirán los indicadores de calidad de vida asociados a la educación y la salud, que para este trabajo son: Tasa de mortalidad, tasa de mortalidad, infantil, tasa bruta de natalidad, número de personas afiliadas al régimen contributivo y

número de personas afiliadas al régimen subsidiado, analfabetismo, cobertura educativa, inasistencia por razones de lejanía, número de matriculados. Luego, partiendo del cálculo del gasto per cápita en cada uno de estos sectores para el periodo de tiempo estudiado, se realizará una comparación con los indicadores asociados.

Lo anterior para determinar si los recursos ejecutados correspondientes a los rubros presupuestales de salud y educación en los últimos tres Planes de Desarrollo del Municipio de Chía, compensan de manera eficiente el aumento en los servicios y bienes conexos requeridos por la población en estos sectores, lo que se refleja en una mejora de los indicadores de calidad de vida. Basados en las comparaciones cuantitativas y cualitativas realizadas a los Planes de Desarrollo y en los resultados de los indicadores para cada uno de los periodos de gobierno analizados.

Finalmente el estudio termina presentando conclusiones y recomendaciones, por medio de la postulación de estrategias para el planteamiento de futuras políticas públicas para el Municipio de Chía.

## CAPITULO 1

### UNA MIRADA DESDE LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE DESARROLLO

*“Los poderes políticos no solo tienen que intentar poner en práctica las prioridades que se derivan de los valores y las afirmaciones sociales, sino también facilitar y garantizar el debate público (...) en este enfoque es fundamental la idea del público como participante activo en el cambio y no como receptor pasivo y dócil de las instrucciones o de la ayuda dispensada” (Sen , 2000, pág. 336)*

Dada la importancia que tuvo la descentralización como método y mecanismo del gobierno para facilitar el fortalecimiento fiscal, la desconcentración del gasto, y el mejoramiento de la cobertura y eficiencia en la provisión de bienes públicos, se hace necesario evaluar el gasto público descentralizado. Que por mandato constitucional es el Departamento de Planeación Nacional el encargado de dirigir el monitoreo y evaluación de los planes, programas y proyectos públicos, tal como lo estipulan los artículos 343 y 344 (Henao Hidrón, 2006).

Para esta investigación se analizará el impacto de la ejecución presupuestal, de los sectores de salud y educación en los Planes de Desarrollo del Municipio de Chía para el periodo 2001 - 2011, por medio de los indicadores de calidad de vida.<sup>1</sup>

#### 1.1 CONCEPTOS TEÓRICOS SOBRE TRIBUTACIÓN, PLANES DE DESARROLLO Y EVALUACIÓN

La eficiencia en el manejo de los recursos del sector público es un asunto de incuestionable importancia tanto para los analistas del desarrollo económico y social como para los ordenadores del gasto, pues a raíz de dicha eficiencia se hace posible aumentar los recursos para satisfacer las necesidades básicas de la población. La

---

<sup>1</sup> Lo anterior corresponde al Objetivo General planteado en el Anteproyecto de Investigación.

política fiscal y la redistribución del ingreso público han comprendido varios análisis en temas como la evaluación fiscal de municipios, análisis teóricos acerca de la política fiscal, y como se aplican a la realidad del Estado, por tanto se abordara desde una visión clásica y contemporánea los aportes teóricos de mayor incidencia para estas temáticas.

### 1.1.1 VISIÓN CLÁSICA

Para Adam Smith el producto anual de la tierra y del trabajo de una nación se divide o se resuelve, en tres partes originales: renta de la tierra, salarios de trabajo y ganancias de los fondos. Por consiguiente constituye rentas, obenciones o ingresos de utilidad a tres diferentes clases de gentes: a los que viven de las rentas, a los que se manifiestan de salarios y a los que se sustentan de ganancias, siendo estas tres componentes de toda sociedad civilizada, de las que derivan su modo de vivir y mantenimiento. (Smith, 1776)

Así pues, los principios tributarios para Smith son:

*“1. Los vasallos de cualquier Estado deben contribuir al sostenimiento del gobierno en proporción de sus respectivas facultades. 2. El tributo que cada individuo este obligado a pagar debe ser cierto y determinado, y en modo alguno arbitrario. 3. Todo tributo e impuesto debe exigirse en el tiempo y modo que sea más cómodo y conveniente a las circunstancias del contribuyente. 4. Toda contribución debe imponerse de tal suerte que el poder de los particulares se saque lo menos posible sobre aquello, o a más de aquello, que entra efectivamente en el tesoro público del Estado.”* (Smith, 1776: 30)

Mediante el cual se evidencian los primeros parámetros para la consolidación del sistema tributario que rige la economía mundial. Y se determinan los roles de los contribuyentes y del Estado. Fijando desde este momento la esencia de un Estado equitativo.

Años más tarde David Ricardo (1817), centró sus estudios en la determinación de las leyes que rigen la distribución del producto de la tierra en las tres clases de comunidad; el propietario de la tierra, el dueño del capital y el trabajador. *“Los impuestos son una proporción del producto de la tierra y de la mano de obra de un país, puesto a disposición del gobierno; su pago proviene siempre, en último término ya sea del capital o del ingreso del país”* (Ricardo, 1817, pág. 114)

### **1.1.2 VISIÓN CONTEMPORÁNEA**

De otro lado (Musgrave & Peggy, 1992) afirman que la justicia en la tributación de la Hacienda Pública moderna no se queda únicamente en el papel del recaudo como afirmaron los clásicos, sino también en los usos. Por ende quienes contribuyen al funcionamiento estatal deberán actuar bajo los principios de justicia, progresividad y equidad<sup>2</sup>, de acuerdo a las capacidades y usufructo<sup>3</sup>.

Con base en los postulados de la Escuela Sueca, (Velasco Ulloa, 2007) indica que la maximización del bienestar es generada por los votantes en el proceso de toma de decisiones colectivas, quienes de acuerdo a los ingresos y gastos reflejados en el presupuesto oficial realizan la comparación y verificación de los costos y beneficios que resulta de la actividad estatal. Así y por medio de esta vía se logra conducir a una óptima distribución de la riqueza y a un estado de bienestar, pues en un sistema justo los contribuyentes pagaran lo correspondiente a su renta y a la valoración personal de los servicios públicos recibidos.

De esta manera las tres funciones del presupuesto del sector público son la función de satisfacer necesidades públicas, la función de redistribuir la renta nacional, y la función de contribuir a la estabilización económica (Musgrave & Peggy, 1992).

---

<sup>2</sup> En la Constitución Política de Colombia 1991, título XII, Artículo 363, se menciona que el Sistema Tributario se funda en los principios de equidad, eficiencia y progresividad.

<sup>3</sup> Según la Real Academia de la Lengua Española el término usufructo, y en este contexto, hace referencia a las utilidades, frutos o provechos que se sacan de cualquier cosa. (Real Academia Española)

### 1.1.3 VISIÓN CONTEMPORÁNEA EN COLOMBIA

Para Esteban Jaramillo, el más grande Hacendista Colombiano del siglo XX, el Presupuesto “*es un Acto Administrativo y soberano por medio del cual se calculan anticipadamente todas y cada una de las rentas e ingresos, se autorizan y apropian todos y cada uno de los gastos de funcionamiento y de inversión para un periodo determinado*” (Calderon Rivera, 1998, pág. 88). A su vez Juan Camilo Restrepo afirma que “*el presupuesto es un estimativo de ingresos fiscales y una autorización de los gastos públicos que, normalmente cada año, efectúa el órgano de representación popular en ejercicio del control político que en materia fiscal le corresponde*”. (Restrepo, 2000, pág. 89). Así, en las ejecuciones presupuestales las entidades registran todas las transacciones de gasto, es decir de causación y no exclusivamente de caja, lo que permite calcular mejor el tamaño del sector público.

Colombia emprendió una de las más importantes reformas institucionales en los últimos tiempos a raíz de la descentralización político-administrativa, transfiriendo de forma gradual poderes, funciones y recursos del Estado a nivel central, en favor de una mayor autonomía y protagonismo dentro de la toma de decisiones y la ejecución de políticas, a las regiones y municipios, en busca de una participación más directa en la gestión de los asuntos públicos locales. (Orjuela, 1998)

Así las transferencias intergubernamentales son la principal fuente de los gobiernos locales en la mayoría de los países subdesarrollados. El diseño de estas transferencias afecta la eficiencia y la equidad en la provisión de los servicios y la salud fiscal de los gobiernos locales. Como lo afirmó Ramírez Plazas, por lo general:

*“Las transferencias tienen cuatro objetivos principales: 1. Corregir los desequilibrios fiscales verticales. 2. Estimular la provisión de ciertos servicios que generan externalidades positivas, para promover la expansión de dichos servicios a los niveles socialmente deseables. 3. Corregir desequilibrios horizontales para acercar a niveles de igualdad a jurisdicciones que se*

*encuentran en condiciones de inferioridad frente al resto. 4. Garantizar un estándar mínimo de servicios en todas las jurisdicciones.” (Ramírez Plazas, 2007, pág. 226)*

Además de las transferencias los Gobiernos locales cuentan con el recaudo originado por los recursos propios, que para efectos de su definición;

*“Son recursos propios de los municipios los que provienen de la actividad de sus empresas públicas, el producto de sus rentas de dominio público, y los impuestos generales de industria y comercio, mercancía extranjera y vehículos, valorización, predial y ocupación de vías públicas. Su administración está a cargo del Concejo, pero los presupuestos son proyectados por el gobierno local” (Samper Bernal, 1995, pág. 32).*

Entonces las cuentas de ingresos y gastos se clasifican según su destino económico en dos grupos, para cubrir los gastos de funcionamiento o para cubrir los gastos de inversión.

Wiesner, principal exponente de la Hacienda Pública posmodernista en Colombia, afirma que el fenómeno competitivo actúa como elemento impulsor de la eficiencia, incluso en las transferencias y en la cofinanciación de recursos, lo cuales serán administrados por quienes institucionalmente garantizarán el cumplimiento de las funciones estatales. (Wiesner Duran, 1998)

Quede acuerdo a las particularidades de cada ente territorial se posibilita la consecución de metas con sentido social, económico y político, dado que:

*“La descentralización ha fomentado la autonomía regional y local para la prestación de servicios y la provisión de bienes a la comunidad. Sin embargo, uno de los requisitos para garantizar el éxito de los objetivos de la descentralización es contar con una información oportuna, verídica y coherente que permita ilustración permanente sobre la marcha del proceso y evaluar los resultados obtenidos” (Departamento Nacional de Planeación, 2005, pág. 12).*

De modo que la descentralización está asociada a mayores niveles de Gasto Público, y de ser bien manejada será un instrumento para combatir la pobreza y la exclusión.

Cabe destacar que a diferencia de las entidades privadas la medida de eficiencia<sup>4</sup> no equivale al resultado contable del ejercicio, por ende un gran problema que afrontan las Administraciones Públicas radica en la inexistencia de un método contable que permita diagnosticar el grado de eficiencia en que operan, y que además permita controlar los costos que acarrea el desempeño de sus actividades.

En referencia a lo anterior el DNP, de acuerdo a Francois Bourguignon citado por el Departamento, plantea tres dimensiones de los métodos para una correcta evaluación; *“1. Ex-ante vs. Ex-post. Ex-ante se enfoca en el diseño y ex-post se enfoca en impactos.2. Parcial vs. Equilibrio General. Toma en cuenta o no, el efecto de las políticas sobre los sistemas de precios y el equilibrio económico.3. Comportamiento vs. Aritmética. Basada o no, en alguna representación del comportamiento económico”* (Departamento Nacional de Planeación, 2010: 70-71, págs. 70 -71).

A raíz de lo anterior, se establece la gran importancia por el óptimo y equitativo manejo de los recursos en pro y beneficio de la comunidad, siendo entonces cuando los gobiernos territoriales ven la necesidad de apoyarse en políticas de manejo fiscal congruentes con sus metas de gobierno, como su herramienta de trabajo y de mandato.

Manuel Restrepo (2006), postula al mecanismo de la planeación como el capaz de contribuir a consolidar los valores propios del estado social de derecho. Afirmando que el Estado es el gestor del pleno empleo de los recursos humanos y el responsable del acceso efectivo de todas las personas a los bienes y servicios básicos, haciendo hincapié en aquellas con menores ingresos, tal como se dispone en la Constitución

---

<sup>4</sup> Entendida la Eficiencia como la comparación de los productos obtenidos frente a los insumos utilizados, que a su vez genera mayores fuentes de recursos para la inversión y por medio de la cual se fortalecen los factores productivos que se materializan en mejoras potenciales de los productos e insumos. (DNP, 2011)

Política de Colombia en los artículos 48 y 49, en los que se le otorga a la seguridad social y la salud el carácter de servicio público obligatorio.

En Colombia los Planes de Desarrollo son:

*“Instrumento formal y legal por medio del cual se trazan los objetivos del Gobierno permitiendo la subsecuente evaluación de la gestión, los cuales se componen de una parte general y de un plan de inversiones de las entidades públicas. En la parte general se señalan los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal en el mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental que serán adoptadas por el gobierno. Y el plan de inversiones públicas contiene los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos de inversión pública y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución y, sus fuentes de financiación”.* (Departamento Nacional de Planeación, 2010:1).

De esta manera toda forma de planificación reconoce la utilización de mecanismos capaces de restringir decisiones de agentes sociales que pudieran afectar el curso de los acontecimientos y posibilitar la medición de los cambios que se han logrado como consecuencia.

Los planes de desarrollo son reglamentados por la Constitución Política de Colombia en el Título XII: "Del Régimen Económico y de la Hacienda Pública", Capítulo II: "De los planes de desarrollo", Artículo 339 de la. Y en la Ley 152 de 1994 por medio de la cual se estableció la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, que de acuerdo a su Artículo 1°:

*“...tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el Artículo 342, y en general por el capítulo 2° del título XII de la Constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al plan de desarrollo y la planificación.”* (República De Colombia - Gobierno Nacional, 1994, pág. 1)

De la misma manera, los Planes de Desarrollo, según el informe Metodología para la Medición y Análisis para el Desempeño Municipal, (Departamento Nacional de Planeación, 2005), son el instrumento final y autónomo de ejecución de los gobiernos locales y el gobierno Nacional para el fomento del progreso social. Los cuales presentan como principal problema, a raíz de la autonomía en el planteamiento de las metas y los indicadores que lo conforman, que no permiten efectuar seguimiento y evaluación, es decir no son cuantificables, y por consiguiente no es posible determinar el cumplimiento de los objetivos tanto en el tiempo como en los recursos.

Evidenciando la importancia de una adecuada formulación, seguimiento y evaluación, conforme a los principios de eficacia, eficiencia, gestión y cumplimiento de los requisitos legales, para la reorientación de la política de priorización y asignación del gasto público. *“La formulación de los Planes de Desarrollo requiere que se defina una orientación y hagan explícita una concepción de largo plazo de la sociedad, que refleje la identidad cultural de la ciudad, de manera que las políticas no pasen a ocupar el lugar de los objetivos, pues en tal caso se presenta una prevalencia de los intereses sectoriales sin una dimensión horizontal que los integre”* (Restrepo Medina, 2006, pág. 161).

De acuerdo con el documento CONPES 020/93 para que el gasto público sea social debe cumplir con las siguientes dos condiciones: *“a) Se refiere a bienes y servicios en cuya distribución aplican los mecanismos de mercado y existe, por algún motivo, exclusión y rivalidad. b) Tiene un efecto directo sobre el nivel de vida de los hogares”* (Lopez, 2011: 2). Dentro del Gasto Público Social los dos sectores más representativos en cuanto a la mejora o el deterioro en calidad de vida de la población son la Salud y la Educación, los cuales son considerados también como indicadores de desarrollo social de un país.

## **1.2 ESTADO DEL ARTE: SALUD, EDUCACIÓN Y CALIDAD DE VIDA**

La Corte Constitucional define la Inversión social como aquella que *“se compone de aquellos recursos destinados a mejorar el bienestar general y satisfacer las necesidades de las*

*personas, en especial de aquellos sectores sociales discriminados que por no haber tenido una equitativa participación en los beneficios del desarrollo, presentan necesidades básicas insatisfechas”* (Sentencia C-151 de 1995 Corte Constitucional). Por lo cual su objetivo es la provisión de los servicios en salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable y vivienda, para el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de la población.

A continuación se abordarán las bases teóricas de los sectores de Salud y Educación, dada su connotación de servicio público.

### **1.2.1 DESDE LA SALUD**

De acuerdo a (Masset Campos & Saes Gomez, 1998) de la evolución del conjunto de teorías y prácticas sobre la promoción y conservación de la salud sobresalen dos grandes etapas; la primera es la etapa de la higiene individual, de la cual no se encontró disciplina científica que contemplara los diferentes componentes que afectan la salud colectiva, y la segunda etapa la higiene pública, la cual corresponde a la creación de la higiene pública como disciplina científica y de la salud pública como practica de intervención del estado para lograr el bienestar de la población.

Bienestar que podrá ser alcanzado como resultado de la unión del acceso a los bienes y servicios (que reducen los riesgos de enfermar) y de las condiciones innatas de la población. Por ende el objetivo final de todo sistema de salud deberá ser expresado en un mejor estado de salud para todos. Y dado que la salud no es un bien tangible ni homogéneo, y a pesar del efecto de las diferencias biológicas, genéticas y de estilo de vida, una sociedad equitativa debe ofrecer oportunidades para mantener o recuperar la salud de su población. (Ruiz Gomez & Uprimny Yepes, 2012)

Por lo tanto el proceso de proveer servicios de salud requiere de una cadena que incluye la disponibilidad de recursos, insumos e infraestructura, la conformación del proceso de servicio y la provisión del servicio final. El resultado intermedio de la cadena

son los servicios consumidos por el paciente, y el resultado final corresponde al efecto sobre el estado de salud del individuo.

Así pues el Estado deberá velar por este fin último, garantizando la consecución integral de los recursos necesarios para su cumplimiento, tomando como ejemplo las prácticas exitosas implementadas en los países desarrollados. *“Universalizar la cobertura de servicios de salud<sup>5</sup> es un objetivo preponderante para todos los sistemas de salud. En la mayor parte de los países desarrollados, este objetivo se logró hace varias décadas, a partir de la imposición de altas tasas de impuestos y la estructuración del estado de bienestar. A pesar del esfuerzo empeñado desde la última mitad del siglo XX, dicho logro no fue posible en los países más pobres debido a la baja recaudación de impuestos, combinada con el amplio conjunto de necesidades que compiten por recursos para el sector social (asistencia social, educación)”*. (Ruiz Gomez & Uprimny Yepes, 2012, pág. 28)

De acuerdo a (Londoño & Frenk , 1997) existen cuatro tipos de modelos estructurales de la salud, el primero está enfocado hacia los sistemas segmentados mediante la incorporación de un nuevo segmento para cubrir a los no afiliados. El segundo corresponde a los sistemas de contrato público, los cuales garantizan la cobertura mediante el financiamiento público. El tercero para los sistemas públicos centralizados, en donde la cobertura universal se da por definición sin perjuicio de la cobertura efectiva lograda. Y el cuarto hacia los sistemas pluralistas, que busca una integración horizontal de poblaciones a partir de regímenes de aseguramiento. En el cual se encuentra Colombia quien transformó su modelo segmentado a un modelo pluralista.

Para efectos de identificación de los recursos destinados a la Salud Pública en Colombia, Núñez y Zapata los describen de la siguiente forma:

*“Las principales fuentes de recursos de la salud son públicas, de las cuales se destacan las correspondientes a las cotizaciones de trabajadores y los aportes patronales, a los recursos del presupuesto nacional y a las rentas cedidas. Igualmente, se encuentran aportes de otras cargas*

---

<sup>5</sup> La Comisión de Determinantes sociales de la OMS 2008 definió la cobertura universal como el estado en el; *“que todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios (de buena calidad), en función de sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia, y que todo el mundo está capacitado para hacerlo”*. (Comisión sobre determinantes de la salud, 2009)

*parafiscales como los de las cajas de compensación familiar para financiar el régimen subsidiado. Para la financiación de la atención a este régimen también se destinan recursos propios de departamentos y municipios, regalías y otros recursos de libre destinación de las entidades territoriales". (Nuñez & Zapata, 2012, pág. 14)*

Luego los recursos públicos son los medios por los cuales el Estado garantiza el abastecimiento de los servicios públicos, y la regulación de los procesos económicos y sociales.

En Colombia a raíz de los problemas que enfrentaba la Administración a la Salud en cuanto a la reducida cobertura, el alto costo de los servicios para los sectores más pobres, el financiamiento directo y la administración de un sistema de hospitales de atención secundaria y terciaria con baja productividad; se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio la Ley 100 de 1993, la cual integró la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados en un sistema universal de aseguramiento, que se establece mediante la competencia regulada, promoviendo la eficacia y la calidad en la provisión de los servicios.

Dentro del Marco normativo de la Salud Pública se destaca el Decreto 4976/2009 que reglamenta la *"Liberación de recursos que permiten garantizar la oportunidad y continuidad en la prestación de servicios de salud de la población pobre no asegurada y los servicios no incluidos en el plan obligatorio del régimen subsidiado"*. Y el Decreto 127/2010 que ordena las *"Medidas tributarias para la obtención de recursos para financiar el sistema general de seguridad social en salud: Impuesto a la cerveza, al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado, al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares"* (Ministerio de la Protección Social, 2010)

## **1.2.2 DESDE LA EDUCACIÓN**

Por otra parte, en cuanto a la educación Adam Smith la consideró como una industria productora de servicios y junto con Robert Malthus se interesaron en la educación no solo como un medio para la creación de recursos humanos, sino como un medio para mejorar al hombre. Así mismo Alfred Marshall en sus estudios socioeconómicos sobre

los desgastes del Talento en el siglo XX, afirmó que la educación es una inversión nacional y los gastos de educación de los niños deberían dividirse entre el Estado y los padres.

Para (Arboleda Gonzalez, 1979) la educación es un elemento capaz de contribuir al progreso económico y social de una nación, por lo cual es considerada como una variable económica factor de desarrollo y relacionada con los planes de crecimiento económico y con los elementos económicos para su planificación.

Theodore Schultz profesor de Economía en la Universidad de Chicago y premio Nobel en 1979, afirmó que:

*“Por supuesto, puede lograrse cierto desarrollo mediante el incremento de capital más tradicional, aunque la mano de obra disponible carezca tanto de destreza y experiencia como de conocimiento. Pero la tasa de desarrollo será verdaderamente reducida. Sencillamente, no es posible obtener los frutos de una agricultura moderna y la abundancia de la moderna industria sin hacer cuantiosas inversiones en la educación de las personas”* (Arboleda Gonzalez, 1979, pág. 5).

De esta manera se ratifica la importancia del capital humano en el crecimiento y desarrollo económico, por lo que los gastos de educación se traducen en inversión para el Estado. Al respecto el autor anteriormente citado confirma que:

*“la tasa de utilidad con respecto a la inversión en instrucción es tan elevada y mayor aun que la que se hace en capital humano”* (Arboleda Gonzalez, 1979, pág. 7). Por consiguiente los países que inviertan en capital humano tendrán entonces una capacidad de contribución más alta, proporcional a su alta producción.

En otros estudios referentes a la función de algunos factores económicos en el crecimiento de la producción, Robert Solow y H. Correa concluyeron que la expansión de la misma depende de factores relativos a la educación como el progreso tecnológico, conocimiento profesional y mejores condiciones sanitarias. Y basados en estos resultados Harbinson y Myers construyeron un índice compuesto de educación y

progreso económico, encontrando que los países con un alto nivel educativo eran los que presentaban un mayor crecimiento económico. (Arboleda Gonzalez, 1979: 158).

### 1.2.3 DESDE LA CALIDAD DE VIDA

Las Naciones Unidas plantearon que:

*“El crecimiento económico no creará empleo y disminuirá la pobreza a menos que se trate de un crecimiento económico inclusivo, donde las necesidades de los pobres y de los marginados estén en el foco de atención. Los estudios muestran que cuando los hombres y las mujeres tienen las mismas oportunidades y libertades, el crecimiento económico se acelera y los promedios de pobreza caen más rápidamente para todos”* (Naciones Unidas, 2011, pág. 10).

Por lo cual se concluye que el crecimiento económico inclusivo es sinónimo de desarrollo económico, traducido en mejores estándares de calidad de vida para la población.

La noción de nivel de vida de acuerdo a (Fresneda & Yepes, 1998) surge del utilitarismo y se expresa mediante el bienestar económico, que a su vez se captura a través de variables que expresan el crecimiento, como el producto nacional por persona. En este contexto, el mercado bajo la motivación de la ganancia asigna los recursos que promueven el progreso en donde el Estado asume el papel de garante de la libertad. John Rawls pone en evidencia la debilidad del utilitarismo para responder a los valores de igualdad y justicia, postulando en (Rawls, 1986) que las normas de la justicia implican que todos los miembros de la sociedad tengan acceso a los bienes primarios<sup>6</sup>.

Por su parte Amartya Sen critica los enfoques conceptuales de estándar de vida en términos de utilidad, ingreso, riqueza u opulencia, afirmando que *“Las capacidades constituyen las oportunidades reales para la realización del ser humano, dentro de un ámbito de libertad”* (Sen, 1973, pág. 40). De este modo propone evaluar la calidad de vida en

---

<sup>6</sup> Los bienes primarios para Rawls son libertades básicas, libertad de movimiento de trabajo, poderes y prerrogativas de cargos y posiciones de responsabilidad, ingreso y riqueza, bases sociales del respeto de sí mismo. (Rawls, 1986, pág. 200)

términos de la capacidad para obtener logros en el ser o el hacer del estado de vida de una persona.

En Colombia conforme al (Seminario Internacional Departamento Nacional de Planeación, 2010) los principales indicadores sectoriales que miden la Gestión del Estado Colombiano, no reflejan el incremento que se ha producido en los últimos años del monto en el gasto público. Por lo cual los resultados de la medición de este mayor esfuerzo de financiación pública, no corresponden a los efectos esperados en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, ni a los costos moderados para el fisco.

Por su parte el autor Davis Kingsley en su Teoría de Transición Demográfica afirmó que *“A medida que un país o grupo de población avanza en su proceso de desarrollo y modernización, la mortalidad responderá rápidamente a cambios externos y surgirá un nuevo ideal de familia pequeña, debido a las diferentes funciones familiares que implica el proceso de producción en la sociedad urbano-industrial”* (Cespedes Barbosa & Silva Ordonez, 1987, pág. 206). Luego el desarrollo implica cambio, el cual puede ser regresivo o progresivo dependiendo del criterio de quien asigne la calificación, así las cosas una familia pequeña garantiza una mayor tasa de retorno de la inversión en salud y educación, asegurando mejores ingresos y por ende un mayor aporte al crecimiento y desarrollo de la población.

Según (Doyal & Gough, 1994), las necesidades se clasifican en básicas, las cuales son indispensables para la sobrevivencia, e intermedias, que expresan las características de satisfactores universales. Y las principales son: Alimentos nutritivos y agua limpia, alojamientos adecuados a la protección de los elementos, alojamiento laboral desprovisto de riesgos, medio físico desprovisto de riesgos, atención sanitaria apropiada, seguridad de la infancia, relaciones primarias significativas, seguridad física, seguridad económica y enseñanza adecuada.

Para la escuela escandinava los principales indicadores sociales sobre condiciones de vida son: Salud y acceso al cuidado de la salud, empleo y condiciones de trabajo, recursos económicos, educación y capacitaciones. Los cuales siguen el criterio institucional de las escuelas estructural funcionalistas. (Nussbaum & Sen, 1996)

Por su parte (Boltvinik, 1990) enumera los satisfactores que dependen de la inversión privada y los programas sociales públicos, para ser evaluados con el método de necesidades básicas insatisfechas, así: Servicios de agua y de drenaje, nivel educativo de los adultos y la asistencia escolar de los menores, electricidad y materiales y espacio de la vivienda.

Razón por la cual esta investigación plantea la utilización de indicadores que midan el cubrimiento de los bienes y servicios, como la educación básica y la atención en salud, derechos inalienables<sup>7</sup> de toda la población, que de ser cubiertos al 100% se traducirán en el fortalecimiento de la base económica por medio de aumento en la cobertura y reducción de la pobreza.

---

<sup>7</sup> “Los derechos inalienables son aquellos de propiedad del ser humano, es decir, le son propios, están en él y por ello deben protegerse. Además, los derechos son limitaciones al Estado, al ejercicio de su poder y de todas autoridades”. (Constitución Política de Colombia 1991, Artículo 5).

## CAPÍTULO 2

### SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LOS PLANES DE DESARROLLO: CASO MUNICIPIO DE CHIA

*“En los países en vías de desarrollo en general, es fundamental la necesidad de adoptar iniciativas públicas para la creación de oportunidades sociales (...) los países que hoy son ricos poseen una historia bastante notable de medidas públicas relacionadas con la educación, la asistencia sanitaria, la reforma agraria etc. La amplia difusión de estas oportunidades sociales permitió a la mayoría de los individuos participar directamente en el proceso de expansión económica.” (Sen , 2000, pág. 180)*

Los Planes de Desarrollo, según el DNP (2005) son el instrumento final y autónomo de ejecución de los gobiernos locales y del Gobierno Nacional para el fomento del progreso social.

A raíz de la autonomía que tiene los entes territoriales en el planteamiento de las metas y los indicadores que las miden, se presenta como principal problema que estos no permiten efectuar seguimiento y evaluación, es decir no son cuantificables y por ende no son medibles. A causa de la falta de información las Administraciones Gubernamentales de los periodos analizados, no dieron correcta trazabilidad a los resultados, y por ende no existe evidencia contundente de los alcances de sus políticas y de su cumplimiento.

Según los autores Escobar y Gutiérrez *“el instrumento característico para la planificación a corto y mediano plazo se denomina Presupuesto”* (Escobar Gallo & Gutierrez Londoño, 2000, pág. 32), y es definido como la cuantificación del conjunto de gastos a realizar junto con la previsión de los ingresos que es preciso obtener para su financiación. Así y de acuerdo a estos mismos autores, *“Los Planes de Desarrollo son estrategias generales o disposiciones tomadas con el fin de ejecutar un proyecto que afecta toda actividad económica”*. (Escobar Gallo & Gutierrez Londoño, 2000, pág. 50)

Según lo anterior el Presupuesto es la herramienta financiera que permite a las autoridades gubernamentales cumplir sus metas de desarrollo, es decir su Plan de Desarrollo. Reiterando entonces, que el instrumento de seguimiento y comprobación de cumplimiento en cuanto a los recursos asignados y ejecutados es el Presupuesto, que conforme a(Ramirez Leon, 2010), se define como una herramienta de política gubernativa mediante la cual se asignan recursos y se determinan gastos, para cubrir los objetivos trazados en los planes de desarrollo de un período.

Finalmente cabe destacar que en Colombia el Estatuto Orgánico del Presupuesto está reglamentado por La Ley 111 del 5 de enero de 1996, que compila la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995. Y dentro de la cual se regula la programación, elaboración, presentación, aprobación, modificación y ejecución del presupuesto, así como la capacidad de contratación y la definición del gasto público social. (Ramirez Leon, 2010)

### **Municipio de Chía**

A partir de un análisis fiscal del Municipio se presenta el comportamiento de los Gastos presupuestados y ejecutados de los Sectores de Salud y Educación, con el fin de poder brindar una lectura más enfocada sobre los efectos que tuvieron no sólo en el plano económico sino también en el político, puesto que estos dos conceptos no pueden ser desligados en su totalidad, dado el contexto y connotación de lo público.

A continuación se presenta un informe sobre el tratamiento dado a la asignación presupuestal del Municipio de Chía para el período comprendido entre 2002 y 2011, debido a que el Plan de Desarrollo (Chía nuestro compromiso, 2001) fue aprobado mediante Decreto en julio del año 2001, y para esta vigencia el Municipio de Chía no utilizaba un software presupuestal, por ende no existe evidencia en la Secretaría de Hacienda de los archivos magnéticos correspondientes, y a nivel nacional la información entregada a los entes de control es desagregada, por lo cual no se puede utilizar en este análisis.

Además se diagnosticará, a partir del análisis descriptivo de los últimos tres Planes de Desarrollo en el Municipio de Chía, el cumplimiento de las Metas fijadas frente a los resultados obtenidos<sup>8</sup>.

## **2.4 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS DE INVERSIÓN**

El presupuesto de Inversión de las entidades públicas está compuesto por proyectos de inversión, que a su vez están organizados en programas y subprogramas presupuestales, los cuales tienen fuerza de Ley. Así los recursos asignados a un programa no pueden ser trasladados a otro sin previa aprobación del Congreso a nivel nacional, o de los Concejos a nivel territorial.

La orientación del gasto obedece a la estructura de Clasificación Presupuestal, la cual comprende el tipo de acción encaminada a realizar (Infraestructura, dotación, recurso humano, etc.) y el sector al que corresponde (Defensa y Seguridad, salud, educación etc.)

Como lo afirma Mauricio Cárdenas *“El proceso de formulación, aprobación y ejecución del presupuesto es por definición, un proceso político en el que participa una diversidad de actores con intereses heterogéneos y en el que los resultados dependen de una gran cantidad de reglas formales y prácticas reales. Reglas que determinan los incentivos y restricciones que cada jugador trae a la mesa en la que se toman las decisiones presupuestales.”* (Cardenas, Mejia, & Olivera , 2006, pág. 4). Denotando la gran responsabilidad que se le confirió a los municipios en la autonomía política, administrativa, económica, financiera e institucional con la descentralización del estado.

Cabe destacar que Colombia a nivel de los países de América Latina es uno de los que maneja más altos volúmenes de descentralización fiscal, que para tal efecto el Estudio elaborado por la Universidad Externado de Colombia ratifica que *“La descentralización*

---

<sup>8</sup> Lo concerniente a este párrafo corresponde al Objetivo específico número uno (1) planteado en el Anteproyecto de investigación.

*opera a través de porcentajes constitucionales obligatorios que el Gobierno Central debe transferir a las entidades territoriales, para que estas ejecuten básicamente los gastos relacionados con educación primaria y secundaria, salud básica y saneamiento ambiental, que son los grandes bloques del gasto social cuya responsabilidad se ha descentralizado simultáneamente con las transferencias de ingreso” (Cuervo Restrepo & Espinosa Cuervo, 2005, pág. 40)*

Antes de iniciar el análisis propuesto, se deja claridad que presupuestalmente los ingresos de estos dos sectores (salud y educación) reúnen dos componentes básicos: el tributario (ingresos propios de libre destinación) y una fracción de transferencias nacionales (recursos Sistema General de Participaciones con destinación específica).

Según lo anterior y basando el estudio en la asignación y ejecución de dos importantes rubros del Gasto Público Social, el informe elaborado para el Municipio de Chía se enfocará en los Sectores de Salud y Educación para el periodo 2002-2011, a razón de su impacto directo en la calidad de vida de los habitantes y la obligatoriedad del Estado en su provisión.

## **2.5 SECTOR SALUD**

De acuerdo al DNP (2003) y a partir de la publicación del Banco Mundial (1995), se ha dado gran relevancia y prestado más interés a la relación recíproca entre el crecimiento económico y las mejoras en salud de la población. Razón por la cual los gobiernos nacionales y territoriales han dedicado especial atención a los recursos destinados a este fin.

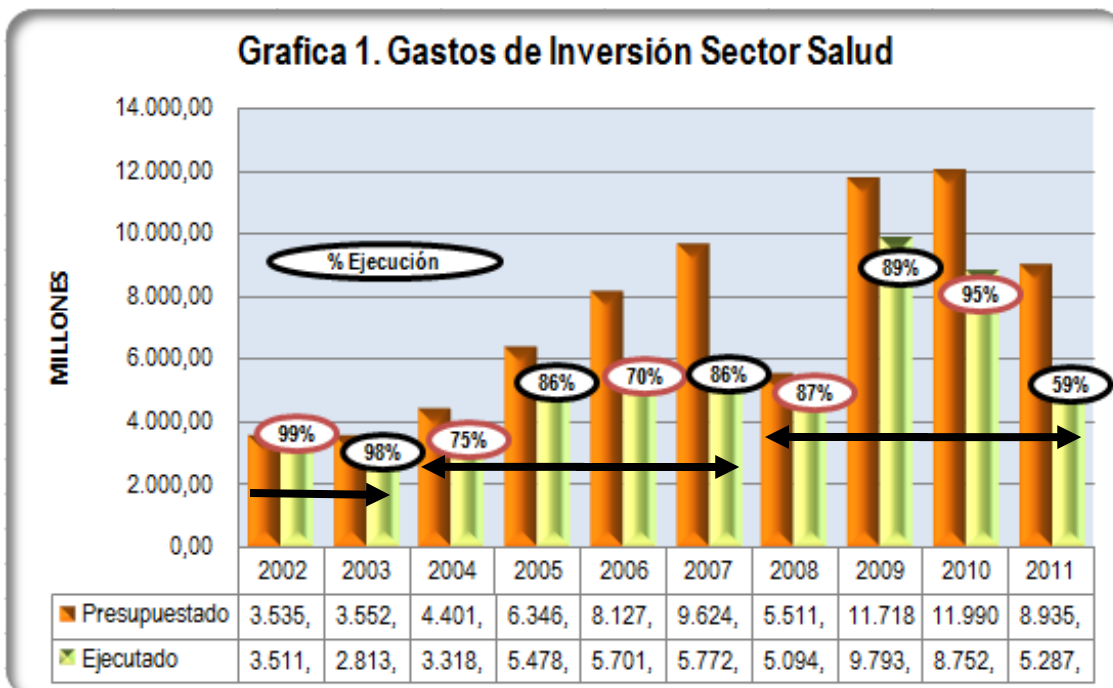
## 2.5.1 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

De acuerdo al DNP(2003)la asignación presupuestal del sector Salud está delimitada a las sub áreas económicas de:

- Intersubsectorial: Inversiones a proyectos que tienen por objeto el desarrollo y fortalecimiento de más de un área de acción en el sector salud.
- Servicios integrales de salud: Inversiones tendientes a fortalecer, mejorar, promover, desarrollar y garantizar el acceso de la población a un paquete de servicios de salud.
- Servicios especializados de salud: Inversiones orientadas a fortalecer, mejorar, promover, desarrollar y garantizar el acceso a la población a los servicios de atención de segundo y tercer nivel en salud.
- Servicios generales de salud: Inversiones destinados a fortalecer, mejorar, promover, desarrollar y garantizar el acceso de la población a los servicios de atención de primer nivel en salud.
- Prevención en salud: Inversiones fijadas para el desarrollo y fortalecimiento de programas de promoción de los servicios de salud y prevención de enfermedades en la población.

La clasificación que determina la destinación de los recursos a invertir en el sector salud ordenada por el Gobierno Nacional, y los proyectos específicos en los cuales se podrá invertir. De este modo los Presupuestos deberán guardar directa coherencia con lo especificado anteriormente.

En la siguiente grafica se muestra el comportamiento de la asignación presupuestal que en el Municipio de Chía se dio para el sector Salud, al igual que su ejecución presupuestal, es decir los recursos financieros que fueron efectivamente invertidos en cada una de las vigencias y adicionalmente se indica, para cada uno de los años, el porcentaje de ejecución.



Fuente: Modulo Presupuesto Sistema HAS – SQL Municipio de Chía

Elaboración: Propia

Como se observa en la gráfica los gastos de inversión en Salud presentaron una tendencia creciente hasta el año 2007, vigencias correspondientes a los Planes de Desarrollo (Chía nuestro compromiso, 2001) y (Un gobierno productivo para chía con lealtad y firmeza, 2004).

Del año 2002 al año 2003 el incremento en la asignación presupuestal fue de \$16.6 millones, mientras que del año 2006 al año 2007 fue de \$1.497,3 millones. Explicado primordialmente por la fase de ejecución de cada uno de los Planes de Desarrollo. En el primer caso el periodo 2002-2003 corresponde al último año de gobierno, que de acuerdo al principio de planeación y como lo estipula el Plan de Desarrollo (2001) la inversión en este último año es menor. Y bajo la misma premisa los dos años siguientes por ser los primeros del nuevo gobierno la inversión fue mucho más elevada.

Para el periodo de 2008 a 2011, Plan de Desarrollo (Unidos con justicia social, 2008) la asignación presupuestal en el sector Salud no muestra una tendencia definida, presenta incrementos interanuales de más de \$6.000 millones y disminuciones alrededor de \$3.000 millones, lo que en un primer acercamiento netamente presupuestal, no logra vislumbrar una coherencia de la política pública en salud que fue llevada a cabo por este gobierno.

Es importante precisar que de acuerdo al Artículo 1° de la Ley 715 de 2001, el Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales. Y como dicta el Artículo 3° de la misma Ley está conformado por “*Una participación con destinación específica para el sector educativo, que se denominará participación para educación, Una participación con destinación específica para el sector salud, que se denominará participación para salud y Una participación de propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico, que se denominará participación para propósito general.*” (Republica de Colombia - Gobierno Nacional, 2001)

Así mismo, y conforme al Acto Legislativo 01 de 2001 en su Artículo 2° “*Los recursos del Sistema General de Participaciones de los departamentos, distritos y municipios se destinaran a la financiación de los servicios a su cargo, dándole prioridad al servicio de salud y los servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media, garantizando la prestación de los servicios y la ampliación de cobertura*” (Acto Legislativo 1 de 2001 Congreso de la República, 2001). Por tanto los recursos girados por la Nación deben ser invertidos en su totalidad en el propósito bajo el que fueron asignados, y su no ejecución denotará la inacción<sup>9</sup> del monto fijado, por lo cual el Gobierno Nacional podrá reducirlos.

---

<sup>9</sup> Según la Real Academia de la Lengua Española el término Inacción significa falta de Acción, Ociosidad. (Real Academia Española)

Teniendo en cuenta lo anterior, con respecto al porcentaje de ejecución de los recursos del sector Salud en el Municipio de Chía para el periodo 2002 – 2011 (Grafica 1), es preciso destacar que en cuanto al Plan de Desarrollo (2001) la ejecución fue de 98% y 99%, lo cual permite en un primer acercamiento asegurar un alto nivel de cumplimiento, y a juzgar por el porcentaje de ejecución, que el mecanismo de planeación empleado fue coherente con las metas fijadas.

Para el periodo siguiente Plan de Desarrollo (2004), esta situación cambia radicalmente. El primer año de gobierno el porcentaje de ejecución fue de 75% y los tres siguientes oscilan entre 70% y 86% lo cual permite afirmar, teniendo en cuenta únicamente el aspecto presupuestal, que las políticas en salud no fueron desarrolladas al 100%, situación que obedece a que las tres metas correspondientes al sector salud dentro del Plan de Desarrollo, son muy generales y poco medibles, lo que conlleva a grandes dificultades en su seguimiento y por ende su incumplimiento parcial o total.

Respectivamente y para el tercer gobierno analizado Plan de desarrollo (2008) se presenta una situación similar a la anteriormente descrita, siendo destacable que para el año 2008 el porcentaje de ejecución fue solamente del 59%, lo que demuestra gran ineficiencia dado que el Acuerdo Municipal de aprobación del Plan de Desarrollo “Unidos con justicia Social” fue el 28 de Mayo de 2008 y además porque los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) girados por la nación tienen carácter prioritario, y este sector en su mayoría ejecuta recursos del SGP.

A continuación se presenta en la Tabla 1, los índices de incremento interanual de los rubros de funcionamiento e inversión del sector Salud dentro del total del gasto ejecutado, para el periodo entre 2002 y 2011, destacando los Planes de Desarrollo respectivos.

Para el cálculo de este índice se tomaron los valores ejecutados del presupuesto de gastos de cada año<sup>10</sup>:

<b>Salud</b>	<b>Plan Desarrollo</b>	<b>Incremento</b>	<b>%</b>
<b>2002-2003</b>	Chía nuestro compromiso	-0,19894821	-19,9
<b>2004-2007</b>	Un gobierno productivo para chía con lealtad y firmeza	0,14845648	14,8
<b>2008-2011</b>	Unidos con justicia social	0,00936013	0,9

Fuente: Modulo Presupuesto Sistema HAS – SQL Municipio de Chía

Elaboración: Propia

La ejecución presupuestal del Plan de Desarrollo (2001) presenta una disminución del 19.9% y dada la ausencia de la totalidad de los datos (dos de los cuatro años), este índice no representa ni determinar su comportamiento.

En cuanto al periodo siguiente, Plan de Desarrollo (2004), Grafica 1, a pesar de no haber cumplido con la ejecución que fue prevista en el Presupuesto, el comportamiento del mismo fue creciente con un índice de incremento interanual del 14%. Cabe destacar que este gobierno estableció solamente dos programas y dos metas respectivamente para el Sector salud.

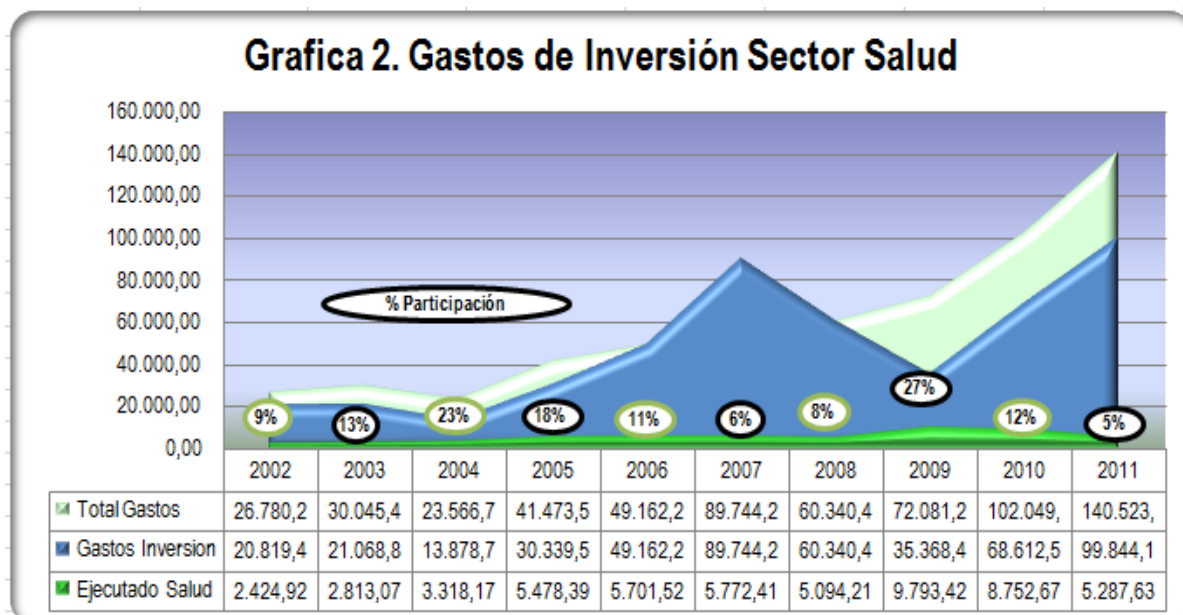
Con respecto al Plan de Desarrollo (2008) y tomando los valores ejecutados, la tasa de crecimiento para el periodo 2008 - 2011 fue de 0.9%, que es resultado de la disminución en la ejecución del año 2010 a 2011, en donde pasó de \$8.752 millones a \$5.287 millones, teniendo en cuenta además que la apropiación presupuestal fijada

<sup>10</sup>Las ejecuciones presupuestales fueron extraídas de la base de datos de la Secretaría de Hacienda del Municipio de Chía: HAS-SQL módulo de presupuesto para los años 2002 a 2011, debido a que a partir del año 2002 se sistematizó e integró el proceso presupuestal con los módulos de contabilidad y tesorería. Por ende y luego de efectuar una búsqueda exhaustiva, el análisis presupuestal se realiza a partir del 2002, dada la inexistencia de los anexos presupuestales completos, para los años anteriores.

para este sector en el año 2011 fue de \$8.935 millones, lo que implica que se dejó de invertir más de \$3.648 millones.

Otro aspecto de gran relevancia para este análisis, corresponde a la participación que tiene el sector Salud en la asignación presupuestal total, es decir la incidencia del sector Salud en el Presupuesto Total de Gastos.

La siguiente grafica (Grafica 2) permite evidenciar la importancia que se le dio al sector Salud en la inversión municipal en cada uno de los periodos analizados.



Fuente: Modulo Presupuesto Sistema HAS – SQL Municipio de Chía  
Elaboración: Propia

Antes de realizar el análisis a la Gráfica 2, es necesario precisar que el porcentaje de participación que se muestra en la mayoría de los óvalos es el referente a los gastos de inversión únicamente, es decir no se tienen en cuenta los gastos de funcionamiento, a excepción de los años 2006, 2007 y 2008, en los cuales la distribución presupuestal no permitió hacer esta clasificación, y sobre los cuales se tomó el total del presupuesto de gastos (Funcionamiento e Inversión).

En la Gráfica 2, el último periodo analizado correspondiente al Plan de Desarrollo (2008), tiene el nivel más alto de participación de Salud en los Gastos de Inversión, un 27% en el año 2009, y a su vez el nivel más bajo en el año 2011 con un 5%, que obedece al porcentaje de ejecución de la vigencia inmediatamente anterior. Como se había mostrado en la Gráfica 1. En el año 2008 la ejecución fue del 87%, lo que implica que los recursos que no fueron gastados se adicionaron en la siguiente vigencia, razón por la cual en el año 2009 fue percibido un mayor porcentaje de recursos para el Sector.

Cabe destacar además que en el transcurso de los diez años analizados, el porcentaje de participación del Sector Salud sobre los gastos de inversión ejecutados no sobrepasa el 14%, lo que ratifica que el sector salud no representó una prioridad en ninguno de los Planes de Desarrollo objeto de estudio.

## **2.5.2 CUMPLIMIENTO DE METAS**

La inversión en el sector salud va dirigida al fortalecimiento de la red de Salud Pública, correspondiente a las actividades de cobertura, infraestructura, capacitación, atención, entre otras necesidades que al ser tratadas y mejoradas contribuirán con la generación de un ambiente sano, y son responsabilidad de la Secretaria de Salud. Tal como es reafirmado por el documento de Seguimiento al Plan de Acción y Plan de Desarrollo: *“Garantizar el acceso a la población vulnerable en salud pública genera un ambiente sano, a través del desarrollo de programas de promoción y prevención en salud.”* (Pinilla Reyes & Montañez Diaz, 2011).

A continuación se presenta un paralelo entre los programas correspondientes al sector salud planteados en cada uno de los Planes de Desarrollo objeto de estudio, para determinar la continuidad de cada uno de ellos:

Tabla 2. Cuadro comparativo continuidad programas Sector Salud

				PLANES DE DESARROLLO		
				Chía nuestro compromiso 2001– 2003	Un gobierno productivo con lealtad y firmeza 2004 – 2007	Unidos con justicia social 2008 – 2011
PROGRAMAS	Plan de atención básica			Salud ejemplo de Gestión eficiente		Salud Pública
	Ampliación y cobertura de afiliación al sistema general de seguridad social en salud			Aseguramiento en Salud con lealtad y Firmeza.		Aseguramientos todos saludables. Ley 1898 de 2006
	Desarrollo físico y tecnológico en el área de la salud					Plan de intervenciones colectivas PIC (RES 425/2008, Ley de infancia y adolescencia 1098 de 2006)
	Bienestar social					
	Fortalecimiento de la infraestructura de la salud					

Fuente: Plan de Desarrollo (Galvis , 2001) - Plan de Desarrollo (Sánchez Gutierrez, 2004) - Plan de Desarrollo (Gaitán Mahecha, 2008)

Elaboración: Propia

De acuerdo a lo anterior, el Plan de Desarrollo (2001) destinó cinco Programas al Sector Salud, de los cuales para los periodos siguientes únicamente se dio continuidad a dos de ellos. Cabe destacar que los recursos para *Salud Pública* y *Aseguramiento* provienen del Sistema General de Participaciones y por ende son de obligatorio cumplimiento y ejecución. Así, la Tabla 2 permite evidenciar la no continuidad de los programas de *Desarrollo físico y tecnológico*, *Bienestar social* e *infraestructura* iniciados en el 2001.

Lo anterior puede obedecer a alguno de los siguientes tres aspectos:

El primero corresponde a que los programas y proyectos no se formulan como política pública, es decir su proyección es de corto plazo y por ende su aplicación se da únicamente durante los periodos de gobierno.

El segundo a la llamada pereza fiscal, en la cual los gobiernos locales se ciñen a los recursos otorgados por la nación, y no realizan esfuerzos en cuanto a la formulación de proyectos y la consecución de los recursos para su ejecución.

Y el tercero se atribuye a la prevalencia del factor político en las decisiones de inversión.

En cuanto a las metas proyectadas, y con base en lo estipulado por el DNP (2005), para que un Plan de Desarrollo sea evaluable estas deberán dar respuesta a los siguientes interrogantes: “¿Qué se quiere lograr?, ¿Cómo lo puede lograr?, ¿Cómo se mide el logro?, ¿Cuánto se espera lograr? (en términos de beneficio o cantidad, calidad, cualidad u oportunidad de bienes y servicios, etc.), ¿En cuánto tiempo?, ¿Quién o quiénes son los responsables de su logro?, ¿Qué disponibilidad de recursos institucionales y financieros se requiere para alcanzar el logro esperado?” (Departamento Nacional de Planeación, 2005, pág. 28)

De esta manera y con la información presentada en la Tabla 3, se hará una revisión de las metas tomando como línea base el Plan de Desarrollo (2001), verificando la consistencia de las mismas y su comportamiento en los periodos analizados, es decir continuidad, fusión o eliminación.

Tabla 3. Cuadro comparativo número de metas Sector Salud<sup>11</sup>

PLANES DE DESARROLLO			
Chía nuestro compromiso 2001– 2003		Un gobierno productivo con lealtad y firmeza 2004 – 2007	Unidos con justicia social 2008 - 2011
<b>METAS SECTOR SALUD</b>	Vigilar la administración del régimen subsidiado de salud	Lograr 250 nuevos afiliados anualmente, al régimen subsidiado	Ampliar en 5000 nuevos afiliados la cobertura de Aseguramiento en Salud Garantizar la continuidad del 100% de la población afiliada al régimen subsidiado.
	Aumento de la cobertura en seguridad social	Lograr que el 100% del sector comercial, industrial y de servicios, afilien el 100% de sus empleados al régimen contributivo de salud	Gestionar que el 100% de la población reportada activa laboralmente cumpla con la afiliación al Régimen contributivo Gestionar el aseguramiento del 100% de los empleados privados y públicos a una ARP
	Mejorar la calidad y aumentar la cobertura del servicio de salud		Asegurar el cumplimiento del 100% por parte del sistema obligatorio de garantía y calidad
	Revisar, actualizar y depurar la base de datos del sistema de prestación del servicio de salud pública, con el fin de garantizar y afiliar a la población que realmente lo necesite		Fortalecer la red pública y privada en la prestación de servicios de salud para los habitantes del Municipio de Chía
	Garantizar los servicios de salud a la población vinculada		

<sup>11</sup> La Tabla 3 presenta un resumen de la información de las metas de los planes de desarrollo para cada uno de los periodos que se detallada en el Anexo 1 con respuesta de los interrogantes de evaluación planteadas por el DNP.

	Desarrollar programas de información, educación y participación a la comunidad		Gestionar la descentralización administrativa en salud del Municipio
	Desarrollo humano, físico y tecnológico		Gestionar la adquisición de tecnología de punta para brindar atención especializada
	Implementar programas de bienestar social		Adquirir dos ambulancias y/o moto ambulancias y habilitar una Unidad Móvil para el Municipio de Chía
			Cumplir con el 100% de las actividades propuestas en el plan local de salud en atención primaria
		Formular e implementar el 100% del plan de gestión de riesgos y atención de Emergencias y desastres en salud pública	

Fuente: Plan de Desarrollo (Galvis , 2001) - Plan de Desarrollo (Sánchez Gutierrez, 2004) - Plan de Desarrollo (Gaitán Mahecha, 2008)  
Elaboración: Propia

El Plan de Desarrollo (2001) planteó ocho metas para el sector salud abarcando todos los aspectos correspondientes a la salud pública territorial, con el objetivo de integrar los servicios de salud con prioridad en la prevención y con criterio asistencial. A pesar de la importancia dada al sector dentro de este Plan de Desarrollo, ninguna de las metas responde a la pregunta de *¿cuánto se espera lograr?*, lo que dificulta la cuantificación y medición del cumplimiento. Sin embargo y de acuerdo a la Grafica 1, el presupuesto asignado para las vigencias de este Plan, presentó el mayor porcentaje de ejecución con un promedio de 98.08%.

Por su parte en el Plan de Desarrollo (2004), de las ocho metas planteadas en el periodo anterior se eliminaron seis, y se dio continuidad a las metas correspondientes a *Afiliación Régimen Subsidiado y cobertura en Seguridad Social* únicamente, lo que evidencia una inconsistencia entre la tasa de crecimiento interanual de los recursos asignados (21%) y la disminución de los programas que se ejecutan con dichos recursos. Además que con tan solo dos metas, este periodo presentó un promedio de ejecución de 79%, siendo el más bajo de los tres Planes analizados.

Por el contrario en el Plan de Desarrollo (2008), de las ocho metas de línea base se aumentó a once, de las que el 73% son medibles y cuantificables, y contestan cinco de

los interrogantes planteados por el DNP, articulando de esta manera el Plan de Desarrollo más estructurado de los objeto de estudio.

Este incremento y fusión de las metas, revalido la importancia del sector Salud dentro del Plan de Desarrollo, lo que permite desarrollar una evaluación detalla de las metas propuestas versus los resultados alcanzados.

A continuación se muestra la desagregación de la inversión con base en los programas y proyectos que tuvieron prioridad durante los periodos analizados, destacando el cumplimiento de las metas y su consistencia presupuestal:

**Tabla 4. Inversión PDM 2002-2003**

	2002		2003	
	Presupuesto	Ejecución	Presupuesto	Ejecución
<b>SECTOR SALUD</b>	<b>2.479,70</b>	<b>2.424,92</b>	<b>3.552,16</b>	<b>2.813,07</b>
Contrato y/o Convenio Subsidio a la Demanda de Servicios de salud	1.194,95	1.144,56	1.652,45	1.315,71
Promoción y Prevención Plan de Atención Básico	219,38	219,38	799,95	568,92
Atención Integral a Discapacitados en Salud	18,00	18,00	25,00	25,00
Atención Integral en Salud a Ancianos Desprotegidos	22,48	22,48	38,40	38,40
Dotación Mantenimiento de los Hogares Infantiles Municipales	42,50	42,50	41,34	41,34
Atención Integral en Salud a la Infancia y/o Juventud en riesgo	25,49	25,49	25,94	25,94
Programa de Vigilancia en Salud	54,00	54,00	112,11	99,18
Programa de Atención Psiquiátrica y Neurológica	22,00	21,62	22,38	22,00
Encuesta de estratificación y SISBEN	74,00	74,00	43,54	0,00

Fuente: Modulo Presupuesto Sistema HAS – SQL Municipio de Chía  
Elaboración: Propia

En primera instancia se observó que los rubros presupuestales además de la clasificación por sectores y programas especifican el área, rural o urbana, en la cual se

efectuó la inversión, permitiendo de esta manera determinar la localización geográfica de la inversión realizada.

Para el año 2002 los recursos propios representaron un 13% sobre el total apropiado y para el año 2003 el 2.7%. Así las fuentes de financiación fueron en su mayoría provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP) y del Plan de Salud de Intervenciones Colectivas (PIC). El rubro con mayor asignación y afectación presupuestal para los años 2002-2003 fue el de *Contrato y/o Convenio Subsidio a la Demanda de Servicios de salud*, que contempla las inversiones destinadas a la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado en salud.

A partir del año 2002 los nombres de los rubros se modificaron, se crearon algunos y se agruparon otros, siendo esto evidencia de la implementación del software presupuestal, que a la fecha está en marcha, pero lo que evidentemente dificultó la unificación de los criterios de verificación en este primer periodo.

**Tabla 5. Inversión PDM 2004-2007**

	2004		2005		2006		2007	
	Ppto	Ejec	Ppto	Ejec	Ppto	Ejec	Ppto	Ejec
Subsidio demanda de ss de salud, población pobre y vulnerable (Continuidad)	2.251	1.794	2.844	2.106	461	164	0	0
Subsidio demanda de ss de salud, población pobre y vulnerable (Ampliación)	38	35	180	162	71	29	293	290
Dotación, mantenimiento, operación de hogares infantiles	80	80	94	94	10	10	0	0
Convenio de cooperación entre el PNDU por solicitud del DNP para la realización del nuevo SISBEN	44	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Modulo Presupuesto Sistema HAS – SQL Municipio de Chía  
Elaboración: Propia

Es de gran relevancia anotar que la unificación de los rubros presupuestales con los programas del Plan de Desarrollo (2004) se dio en la mitad del periodo, es decir en el año 2006. Razón por la cual el nombre de los rubros establecidos en el Plan de Inversiones no corresponde a los Programas de Plan de Desarrollo. Por lo anterior, esta investigación unificó los conceptos, corroborando la ejecución presupuestal con el Plan de Desarrollo vigente para este periodo.

Tal como se observa en la Tabla 5, en el año 2004 se recibieron 44 millones de pesos a título de *Convenio de cooperación entre el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD por solicitud del Departamento Nacional de Planeación DNP para la realización del nuevo SISBEN*, los cuales no fueron ejecutados en ninguna de las vigencias que enmarcan este periodo de gobierno, así y como resultado del poco control y seguimiento realizado, se puede inferir que este dinero fue trasladado presupuestalmente y no se gastó en lo que se había determinado al inicio. Adicionalmente se observó que algunos rubros se repetían.

Finalmente y como generalidad del periodo, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) predominaron, transferencias mediante Convenios, Resoluciones y/o Leyes, fueron en proporción mayoría frente a los recursos propios. Evidenciando lo que en Colombia es llamado como *Pereza Fiscal*.

Como resultado de la articulación del Plan de Desarrollo (2008), Plan de Inversiones (2008) y Presupuesto (2008), se desarrollará una descripción al detalle de los resultados obtenidos en este periodo.

**Tabla 6. Inversión PDM 2008-2011**

	2008		2009		2010		2011	
	Ppto	Ejec	Ppto	Ejec	Ppto	Ejec	Ppto	Ejec
Programa Salud Ejemplo de Gestión eficiente <sup>12</sup>	5.511	5.094						
Programa Aseguramiento - Todos Saludables			10.633	8.941	10.683	7.580	7.942	4.364
Programa Plan de Intervenciones Colectivas PIC			1.084	852	723	651	727	670
Programa, Salud Publica					583	520	266	251

Fuente: Modulo Presupuesto Sistema HAS – SQL Municipio de Chía

Elaboración: Propia

La ejecución de gastos del Plan de Desarrollo (2008) presenta una organización y adecuación más definida, concorde a los lineamientos presupuestales de las directrices a nivel nacional, de modo que para los cuatro años de este periodo se manejaron los mismos rubros presupuestales y la misma organización en programas y subprogramas, permitiendo una lectura más clara tanto de las ejecuciones como de su comportamiento. *“Entre más claro, concreto y medible sea el Plan, y entre más precisos sean sus objetivos y metas, más fácil, coherente y consistente será su seguimiento y evaluación. Por eso, es fundamental que las metas estén formuladas de manera estratégica y sistemática, y que ellas cristalicen los objetivos, estrategias y programas definidos en la parte general del Plan de Desarrollo en concordancia con su Plan de Inversiones”* (Departamento Nacional de Planeacion, 2005, pág. 28)

**Tabla 7. Cumplimiento metas Plan de Desarrollo 2008 - 2011<sup>13</sup>**

Programas	Metas Producto	Cumplimiento		Producto	Fuente de Recursos			
		Si	No		Propios	SGP	Fosyga	Etesa
Aseguramiento todos saludables Ley 1898 de	Ampliar en 5000 nuevos afiliados	100%		5000 cupos ampliados	0,9%	95,1%		4%
	Garantizar la continuidad del 100% del régimen subsidiado	100%		Ampliación de la cobertura para la población sisbenizada 1 y 2 en 4500 cupos	0,9%	95,1%		4%

<sup>12</sup>El Programa *Salud Ejemplo de Gestión Eficiente* corresponde al Plan de Desarrollo (2004), que al no ejecutar la totalidad de los recursos asignados en la vigencia 2007, tuvieron que ser ejecutados en la siguiente vigencia.

<sup>13</sup>La información de las metas producto del Plan Indicativo del cuatrienio, se describe de manera detallada en el Anexo 2.

2006	Gestionar que el 100% de la población reportada activa laboralmente cumpla con la afiliación al Régimen contributivo	100%		Campañas de seguimiento al sector productivo, garantizando la inclusión al Régimen contributivo				
Plan de intervenciones colectivas PIC	Mantener la cobertura en vacunación del 95 %		67%	Campaña de vacunación casa a casa en 9 veredas y 23 barrios, a 12.000 hogares de los niveles 1 y 2 del sisben.	8,2%	91,8%		
	Reducir un 5% (de 11 a 10 casos) la mortalidad de niños y niñas de 0 a 4 años.	100%		Promoción y prevención, monitores y seguimiento durante a hogares de bienestar y jardines	52,4%	47,6%		
	Al 100% la política de seguridad alimentaria y nutricional con el fin de disminuir índices de desnutrición	100%		Implementación de plan local de seguridad alimentaria y nutricional	36,1%	63,2%		
	Acciones para reducir el embarazo en adolescentes		75%	Estrategias de información educación y comunicación en adolescentes sobre métodos de planificación familiar	10,1%	89,9%		
	Reducir a 2 casos (33%) de mortalidad perinatal evitable anual	100%		Canalización e intervención al 80% (160) de gestantes, puérperas y recién nacidos	12,5%	87,5%		
	Reducir los porcentajes de morbilidad por caries de 57% al 47% en el municipio se reportaron 27737	100%		Sensibilización en hábitos higiénicos en jardines y hogares infantiles, jornadas de salud oral a padres y acudientes de la población discapacitada, se logra reducción a 24999	5,2%	94,8%		
	Incrementar el porcentaje de actividad física en escolares en un 60%	100%		Desarrollo de actividad física en básica primaria de 12 colegios		100%		
	Implementación de estrategias para espacios libre de humo	100%		4 campañas de concientización sobre espacios libres de humo		100%		
	Estrategia de sensibilización a la población activa laboralmente sobre deberes y derechos en salud	100%		Mesas de trabajo sobre temas de salud ocupacional y riesgos profesionales, sensibilización sobre erradicación del trabajo infantil		100%		
Salud Publica	100% la descentralización administrativa en salud	100%		Sin recursos				
	100% del plan de gestión de riesgos y atención de Emergencias y desastres en salud pública	100%		Estrategia para disminuir el impacto situacional durante la atención en la red hospitalaria en caso de emergencia o desastre	99,0%		1,0%	

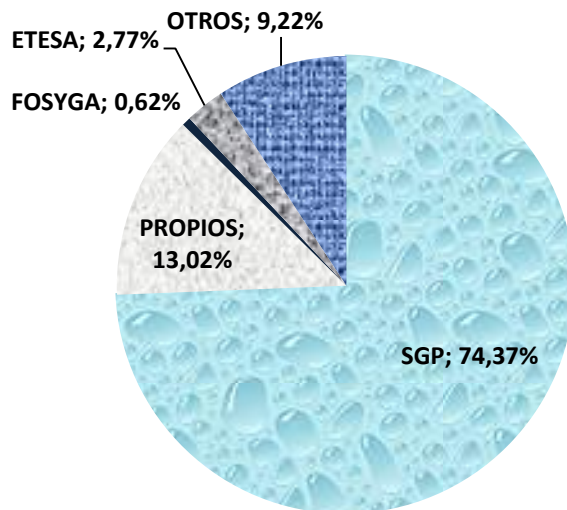
Fuente: Plan Indicativo (Alcaldía Municipal de Chia, 2011)

Elaboración: Propia

Del total de las 19 metas producto formuladas para el cuatrienio, el 63.2% tuvo un cumplimiento del 100% y cuatro no presentaron ni avance físico ni asignación de recursos.

Los productos, resultado de la ejecución fueron financiados en su mayoría por recursos provenientes de la nación, sistema General de Participaciones (SGP), como se ilustra en la Grafica 3.

**Grafica 3. Fuentes de Financiación (2008)**



FUENTES	% EJECUTADO
SGP	74,37%
PROPIOS	13,02%
FOSYGA	0,62%
ETESA	2,77%
OTROS	9,22%
<b>TOTAL</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Plan Indicativo (Alcaldía Municipal de Chia, 2011)  
Elaboración: Propia

Que de acuerdo a lo anterior, y como se observa en la Gráfica 3, más del 70% de los recursos del Sector Salud provienen del SGP, y por ende los programas y proyectos desarrollados en el municipio de Chía para este Sector no constituyen un esfuerzo fiscal para los recursos propios del presupuesto.

El sector de Salud Pública se resalta la meta *Realizar 7000 visitas domiciliarias de primera vez a familias de niveles 1 y 2 del SISBEN en el cuatrienio para identificar factores de riesgos en la comunidad. TOTOYA todos saludables*, la que fue cumplida y sobrepasada en gran magnitud, pues de 1000 visitas previstas para el año 2011 se efectuaron 9000, es decir un incremento del 800%.

También se observa que los valores esperados de las metas, no representan un trascendental cambio o mejoramiento de las condiciones fijadas como línea base, tal es el caso de las metas producto *Reducir un 5% (de 11 a 10 casos) la mortalidad de niños y niñas de 0 a 4 años y Reducir a 2 casos (33%) de mortalidad perinatal evitable anual*.

Finalmente se evidencia que el ejercicio de planeación presupuestal no está en total armonía con lo plasmado en el Plan de Desarrollo, debido a que a algunas de las metas planteadas no se le asignaron recursos, y por ende no fueron realizadas.

## **2.6 Sector Educación**

En Colombia la Educación es un derecho constitucional de toda persona y un servicio público para el Estado, y conforme al texto del Artículo 67: *“... tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura. (...) Corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos; garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo”* (Constitución Política de Colombia, pág. 45)

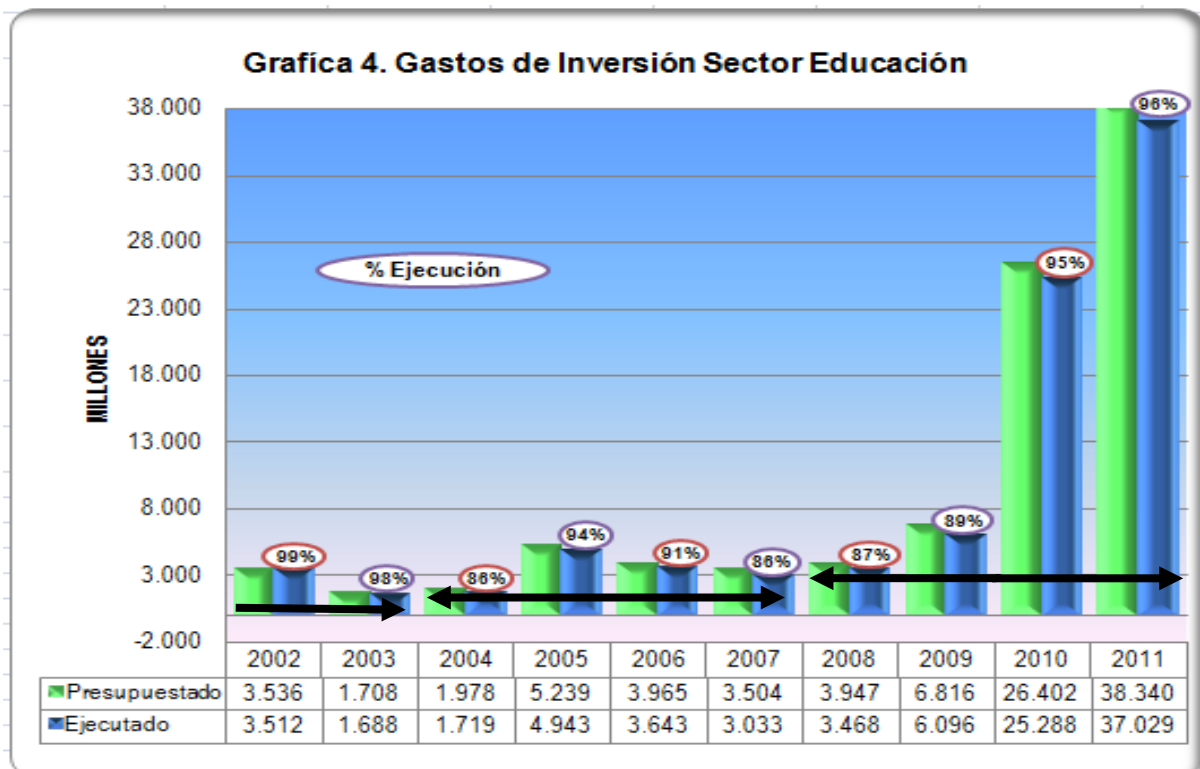
Razón por la cual dentro del Presupuesto de los entes territoriales el Sector Educación, que además hace parte del Gasto Público Social, ocupa un lugar representativo y es receptor de un gran porcentaje de transferencias del Gobierno Nacional.

## 2.6.1 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Para efectos de determinar los proyectos de inversión que por mandato legal son autorizados como gastos en Educación, se presenta la siguiente Clasificación de acuerdo al DNP (2003), en el Sector de Educación:

- Intersubsectorial Educación: Proyectos que tengan por objeto desarrollar las cualidades físicas e intelectuales de la población.
- Educación preescolar: Inversiones que tienen como propósito mejorar la calidad y cobertura de los servicios de educación preescolar.
- Educación primaria: Recursos destinados a mejorar la calidad y cobertura de los servicios de educación primaria.
- Educación secundaria: Proyectos de inversión cuyo propósito es mejorar la calidad y cobertura de los servicios de educación secundaria.
- Capacitación técnica no profesional: Asignación de recursos destinados al fomento, mejora de la calidad y cobertura del servicio de capacitación técnica no profesional.
- Educación superior: Recursos orientados a prestar un servicio público cultural, cuyo fin es desarrollar la potencialidad de los alumnos y conseguir su formación académica o profesional, mejorando la calidad y cobertura de los servicios de educación prestados con posterioridad a la educación media o secundaria.
- Educación de adultos: Mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios de educación a la población mayor de 12 años, que presente limitaciones en el manejo de la lecto-escritura y las matemáticas básicas, y restricciones de tipo educativo para participar en los procesos productivos.
- Educación especial: Inversiones orientadas a mejorar la calidad y cobertura de los servicios de educación a personas con niveles de inteligencia superiores al promedio, o con alguna limitación de tipo físico, psicológico o mental.
- Recreación, educación física y deporte: Recursos asignados para el desarrollo, fomento y divulgación de las actividades de recreación, educación física y deporte.

Así, e identificados los proyectos mediante los cuales son autorizadas las inversiones en Educación, se muestra a continuación el comportamiento de la asignación presupuestal dada en el Municipio de Chía al sector Educación para el periodo 2002 – 2011, especificando los recursos financieros en millones de pesos, que fueron presupuestados y efectivamente invertidos en cada una de las vigencias. De esta manera se indica en cada uno de los años analizados el porcentaje efectivo de ejecución.



Fuente: Modulo Presupuesto Sistema HAS – SQL Municipio de Chía  
Elaboración: Propia

La Grafica 4 permite evidenciar dos importantes aspectos que determinan el comportamiento presupuestal del Municipio de Chía para el periodo analizado. El primero de ellos corresponde al factor de eficiencia en la ejecución de los recursos, en cumplimiento de la Ley 715 de 2001 y los decretos reglamentarios relacionados con la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones; que para el periodo de los diez años analizados presenta el promedio de ejecución efectiva de 93%, es decir un alto porcentaje y buen indicador en cuanto al cumplimiento de la norma.

Y el segundo, que los recursos asignados al Sector en las vigencias 2009 a 2010 incrementaron en \$19.586 millones, pasando de \$6.816 millones a \$26.402 millones. Explicado porque el municipio se certificó en educación y a partir del año 2010 empezó a recibir recursos de inversión destinados para el pago de la nómina de los docentes de las Instituciones educativas, los cuales oscilan entre los \$20.000 millones por año.

Adicionalmente en este periodo, Plan de Desarrollo (2008), se observa una tendencia creciente y permanente, tanto en los recursos asignados presupuestalmente, como en los recursos ejecutados. Su porcentaje de ejecución promedio también fue alto, 92.4%.

Por el contrario para el Plan de Desarrollo(2004) la asignación presupuestal presenta una tendencia decreciente, y a pesar de contar con cuatro programas para el Sector dentro del Plan de Desarrollo, los valores presupuestales no guardan concordancia con ello, pues los recursos solamente aumentan en la vigencia 2005, pasando de \$1.978 millones a 3.965 millones, y luego disminuyen consecutivamente de un año a otro. Cabe destacar que el porcentaje de ejecución para este periodo fue del 90%.

Finalmente el Plan de Desarrollo (Galvis , 2001) presenta una ejecución promedio de los recursos asignados al Sector del 99%, es decir cuatro puntos porcentuales por encima de la media, lo que permite inferir que los programas y/o proyectos suscritos, fueron llevados a cabo y por ende se cumplió con el principio de eficiencia en los recursos.

En la Tabla 8, se relacionan los índices de incremento interanual para el análisis de la participación de los rubros de funcionamiento e inversión dentro del total del gasto ejecutado, con su respectivo Plan de Desarrollo:

<b>Tabla 8. Índice de Incremento Interanual Educación</b>			
<b>Educación</b>	<b>Plan de Desarrollo</b>	<b>Incremento</b>	<b>%</b>
<b>2002-2003</b>	Chía nuestro compromiso	-0,519298792	<b>-51,9</b>

<b>2004-2007</b>	Un gobierno productivo para Chía con lealtad y firmeza	0,152590896	15,3
<b>2008-2011</b>	Unidos con justicia social	0,807618381	80,8

Fuente: Modulo Presupuesto Sistema HAS – SQL Municipio de Chía

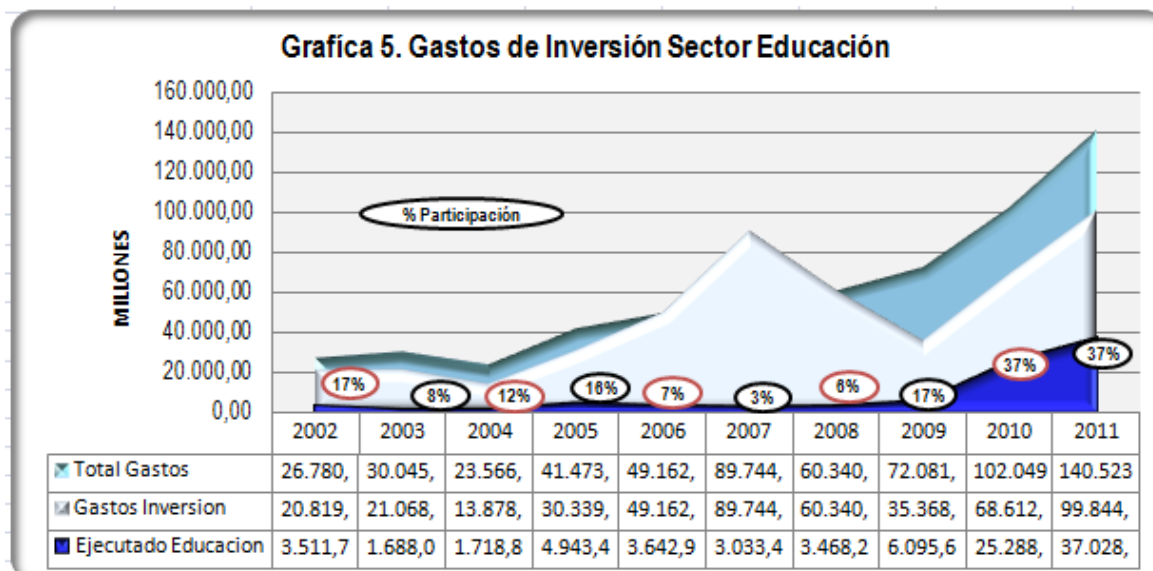
Elaboración: Propia

Dada la ausencia de los datos correspondientes al año 2001, el índice de incremento interanual para el primer periodo no representa ni determina su comportamiento.

Para el periodo siguiente el índice asciende a 15,% a pesar de la tendencia decreciente que presenta tanto los recursos asignados como la ejecución, lo cual no permite vislumbrar una política educativa clara, de modo que los recursos fueron en su mayoría provenientes del SGP y por ende sus programas y proyectos resultados de los lineamientos a nivel nacional, únicamente.

El incremento interanual del periodo siguiente (2008) es del 80%, como resultado de la asignación de alrededor de \$20.000 millones girados por la nación a partir del año 2010, ya explicado para efectos de contexto.

En la siguiente grafica (Grafica 5) se ilustra el Total de Gastos Presupuestales, el Total de Gastos de Inversión y el Total Ejecutado en Salud, con el objetivo de resaltar la incidencia del Sector Educación frente a los Gastos.



Fuente: Modulo Presupuesto Sistema HAS – SQL Municipio de Chía  
 Elaboración: Propia

Como se puede observar en la Grafica 5, para las vigencias fiscales de 2006, 2007 y 2008 los valores correspondientes a los Gastos Totales son iguales a los valores de Gastos de Inversión, lo anterior se debe a que la distribución presupuestal que fue llevada en las vigencias citadas, no permite efectuar dicha clasificación.

Es importante en este punto comparar los resultados obtenidos en la Grafica 5 con los resultados de la Grafica 2, así se podrá determinar en cada uno de los periodos analizados a cuál de los sectores, salud o educación, se le dio mayor incidencia presupuestal, es decir al sector que se le asignaron más recursos para la ejecución de los programas y proyectos.

Así las cosas se resalta que:

Los dos Sector analizados presentaron el mayor porcentaje de recursos en el primer periodo, Plan de Desarrollo(2008), que para el Sector Salud fue en el año 2009 con un 27% sobre los gastos de inversión y para el Sector Educación en los años 2010 y 2011 con un 36.9% y 37% respectivamente.

En el año 2009 el Sector de Salud Pública desarrolló en pleno su estrategia de *Mejorar la cobertura de aseguramiento y la prestación de los servicios de salud*, reflejado en el porcentaje de participación de los recursos. Y paradójicamente la menor participación también fue percibida en el año 2011, Plan de Desarrollo (2008), con un 5%. Los gastos del Sector salud corresponden a los ejecutados, y con base en la Grafica 1, en el año 2011 tuvo una efectividad de tan solo el 58%, y por esta razón la baja incidencia frente a los gastos de inversión en la Grafica 5.

Y para el Sector Educación el menor porcentaje de participación fue percibido en el año 2007, explicado por la fase de ejecución de las políticas en educación, pues el año 2007 correspondió al último periodo de gobierno (2004).

El porcentaje más alto de participación del sector educación en la ejecución de gastos de inversión fue de 37%, en los dos últimos años analizados, pero en las demás vigencias este no sobrepasó el 17%, lo que permite concluir que en el transcurso de los diez años, el Sector Educación tampoco representó prioridad presupuestal.

## **2.6.2 CUMPLIMIENTO DE METAS**

El objetivo general de los programas del sector Educación deberá estar respaldado por el derecho a la educación con calidad y oportunidad, en el cual la inclusión de niños y niñas, adolescentes, jóvenes y adultos en situación de vulnerabilidad constituya una prioridad. Para mantener y mejorar los niveles educativos de afianzamiento de las capacidades y destrezas a nivel técnico, tecnológico y profesional.

Razón por la cual la participación activa en la construcción de un sistema educativo democrático, sostenible y acorde al continuo cambio tecnológico y científico, en donde se incentive el conocimiento y valoración del patrimonio cultural, permitirá que la educación se convierta en una herramienta para el progreso económico y social del Municipio. (Pinilla Reyes & Montañez Diaz, 2011)

Tomando como línea base el Plan de Desarrollo (2001), y como se observa en la Tabla 9 los programas del Sector Educación guardan directa relación, es decir que desde el año 2001 el Municipio desarrolla una política pública en educación, que contempla como principales ejes de acción la Calidad, Cobertura e infraestructura de los niveles Básica y Media; y el fomento a la educación Superior.

**Tabla 9. Cuadro comparativo continuidad programas Sector Educación**

		PLANES DE DESARROLLO		
		Chía nuestro compromiso 2001– 2003	Un gobierno productivo con lealtad y firmeza 2004 – 2007	Unidos con justicia social 2008 - 2011
<b>PROGRAMAS</b>	Mejoramiento de la calidad educativa		Desarrollo social integral	Mejoramiento de la Calidad educativa
	Mejoramiento de la infraestructura educativa		Eficiencia Institucional	
	Fomento de la educación superior y tecnológica		Fomento y sostenibilidad de la educación superior-FOES <sup>14</sup> -	Cobertura y Permanencia en el sistema educativo
	Prestación del servicio educativo			
	Integración educación – empresa		Abriendo las fronteras del Progreso.	

Fuente: Plan de Desarrollo (Galvis , 2001) - Plan de Desarrollo (Sánchez Gutierrez, 2004) - Plan de Desarrollo (Gaitán Mahecha, 2008)

Elaboración: Propia

Otra importante característica que permite identificar la Tabla 9 es la unificación de los programas en el periodo (2008), situación que obedece a la Certificación en educación que obtuvo el Municipio, que para efectos de seguimiento y evaluación por la entidad encargada, requirió de un modelo más específico. Todo lo correspondiente a calidad, eficiencia e infraestructura se unificó en un solo programa: *Mejoramiento de la Calidad educativa*, y lo referente a Cobertura y Fomento a la educación superior se agrupó en el programa de *Cobertura y Permanencia en el sistema educativo*.

<sup>14</sup>Fondo para el fomento de la Educación Superior en el Municipio de Chía, creado mediante el Acuerdo 035 de 1999 para fortalecer el acceso a la educación superior de los jóvenes residentes del municipio, otorgando créditos de forma directa a los estudiantes de carreras profesionales, técnicas y tecnológicas.(Centro virtual de noticias para la educación, 2012)

Cabe destacar que el Plan (2008) excluyó de sus Programas el vínculo entre las fases de educación y producción, dada la no ejecución del mismo en los Planes de Desarrollo de las vigencias anteriores.

En la Tabla 10 se presenta un resumen comparativo de las metas para los tres periodos. Para consulta de la información detallada ver el anexo 1.

**Tabla 10. Cuadro comparativo número de metas Sector Educación**

PLANES DE DESARROLLO		
Chía nuestro compromiso 2001– 2003	Un gobierno productivo con lealtad y firmeza 2004 – 2007	Unidos con justicia social 2008 – 2011
Reenfocar los PEI de los colegios hacia actividades empresariales	Utilizar 100% capacidad instalada para mejorar acceso a la educación técnica	Mantener la Cobertura educativa en Básica y Media en el 86% Brutal Total
	Utilización del 100% de la totalidad de las instituciones educativas	
	Creación del banco de cupos	
Mantener personal docente	Asignación de docentes al 100%	Certificar la educación en el Municipio de Chía
Desarrollar concursos científicos y tecnológicos	Mejoramiento en un 70% de las capacidades de aprendizaje y de competencias, mejorando la calidad	
Fortalecer competencias universales y éticas		
Realizar un congreso pedagógico anual, mejoramiento calidad educativa	Mejoramiento en la calidad de los servicios prestados	Implementar el programa de bilingüismo en un 60% de la educación Primaria Básica media
	Mejorar en un 70% los resultados de las pruebas aplicadas	Disminuir en 50% las Instituciones clasificadas en las categorías bajo y muy bajo de las pruebas de Estado ICFES
		Disminuir en el 40% la tasa de reprobación escolar en educación Básica y Media
Estudiar nuevos procesos pedagógicos y proyectos académicos de acuerdo a los convenios que se realicen con el sector productivo y empresarial		Realizar 10 convenios con universidades, Instituciones y Organizaciones nacionales e Internacionales, para promover proyectos misionales
Globalizar e internacionalizar la educación municipal con organismos internacionales		
Encausar los recursos a la población con menos posibilidades de acercarse a la educación superior	Incremento del 20% anual en el acceso de jóvenes a programas de formación	Articular procesos pedagógicos, de la educación media con la educación superior técnica y tecnológica a través de convenios y créditos no reembolsables.
Realizar convenios con las instituciones académicas de educación	Suscribir convenios para el fortalecimiento del FOES	Apoyar la educación superior pública en el Municipio de Chía

superior localizadas en el municipio	Establecer al 100% los mecanismos de seguimiento para recuperar la inversión <sup>15</sup>	
Realizar convenios para la coparticipación y asistencia en programas y proyectos	Realizar actividades educativas de incentivos y coercitivas que garanticen el incremento en los recaudos de industria y comercio <sup>16</sup>	
	Consolidar la Red Municipal de Centros de educación formal. Incremento anual del 30%	Desarrollar programas de educación superior virtual en convenios con Universidades existentes
	Adquisición de recursos que beneficien al 70% de la población de los niveles I, II Y III del Sisben, para un ingreso a la educación oficial	Disminuir en el 20% la tasa de deserción escolar a través de la estrategia de transporte y alimentación escolar, útiles, uniformes, pupitres, ayudas terapéuticas, aceleración del aprendizaje y servicios públicos.
Construir instalaciones educativas a través de las fuentes de crédito		Construir 2 Jardines Infantiles
		Gestionar los recursos para la terminación de la biblioteca y auditorio
Ampliar instalaciones educativas		Gestionar recursos para la implementación de las aulas mixtas en las instituciones
	Dotar al 100% de las instituciones educativas de aulas informáticas de red	Dotar con 2400 equipos de cómputo, con acceso a Internet
Mantener y dotar el equipamiento educativo	Dotar al 100% de instituciones educativas públicas con el equipamiento requerido para el cumplimiento de su PEI	Desarrollar el Plan de Mejoramiento para la infraestructura física de las instituciones Educativas que incluya construcción de colegios (Fonqueta, El cerro y Cerca de Piedra) y adecuación, o estudio de reubicación (Concentración Educativa General Santander)
	Incrementar anualmente en un 30% la atención de la población con discapacidad en las instituciones educativas	
Acercar la educación a los habitantes con más dificultades de integrarse al servicio educativo	Ampliar en un 100% a través de los diferentes medios (comunicación, lúdicos y pedagógicos), la captación de la población discapacitada se contara con el apoyo y participación de los líderes comunitarios	

Fuente: Plan de Desarrollo (Galvis , 2001) - Plan de Desarrollo (Sánchez Gutierrez, 2004) - Plan de Desarrollo (Gaitán Mahecha, 2008)  
Elaboración: Propia

El análisis que se abordará para el Sector de Educación será orientado a la revisión de las metas planteadas en los aspectos de Cobertura e Infraestructura y de Calidad. Debido a que las metas giran únicamente en torno a estos dos pilares que constituyen

<sup>15</sup> Esta meta también pertenece a la meta del FOES, debido a que le apunta al fortalecimiento de los mecanismos de recuperación de la inversión en este crédito educativo.

<sup>16</sup> Esta meta corresponde al fortalecimiento del FOES, descrito en la meta inmediatamente anterior, debido a que el 2.5% del recaudo del impuesto de Industria y comercio está destinado al crédito educativo FOES.

el reto más importante para el Estado; disminuir la brecha que existe entre quienes no hacen parte del sistema y los que sí tienen acceso a la educación.

Del total de las 12 metas planteadas para el Sector, en el Plan (2001) el 66,6% fueron metas de Cobertura e infraestructura y el 33,3% restante de Calidad, de la misma manera en el Plan (2004) de las 17 metas propuestas el 82,3% fueron de cobertura y el 17,6% de calidad. Finalmente para el Plan (2008) de las 15 metas el 66,6 fueron metas de cobertura e infraestructura y el 33,3% de Calidad.

De lo anterior se puede concluir que la política pública en educación va enfocada a la ampliación de la cobertura por medio de la adecuación de infraestructura educativa, construcción de nuevas instituciones, mejoramiento de las instalaciones actuales, ampliación de cupos y contratación de docentes.

En cuanto a la calidad se observa la importancia de la gestión a nivel de convenios suscritos en cada periodo, además de la aplicación de mecanismos de seguimiento para la mejora de los estándares académicos en las instituciones educativas.

Cabe destacar que el número de metas para el Sector no tuvo una reducción significativa en ninguno de los tres periodos analizados. Sin embargo se observa una inconsistencia en la formulación de las meta *Estudiar nuevos procesos pedagógicos y proyectos académicos de acuerdo a los convenios que se realicen con el sector productivo y empresarial* Plan (2001), debido a que no se determina un objetivo claro, ni se cuenta con una línea de acción para su cumplimiento. Las metas *“Utilizar 100% capacidad instalada para mejorar acceso a la educación técnica”* y *“Utilización del 100% de la totalidad de las instituciones educativas”* Plan (2004), tienen el mismo objetivo de cumplimiento, razón por la cual los resultados van a mostrar una duplicidad en la información.

En el documento del Plan de Desarrollo (2008) se suprimieron las metas relacionadas con la cobertura en educación para la población en condición de discapacidad, y luego de la revisión al Plan de Acción del cuatrienio, y como se ilustra en la Tabla 11, se ejecutaron metas no programadas de atención a la población en condición de discapacidad. Incrementando en el programa de servicio terapéutico a 600 cupos.

Tabla 11. Plan de Desarrollo 2008 - 2011 Unidos con justicia social							
Programas	Metas Producto	Cumplimiento		Producto	Fuente de Recursos		
		Si	No		Propios	SGP	
Cobertura y Permanencia en el sistema educativo	Mantener la Cobertura educativa en Básica y Media en el 86% Brutal Total	100%		Mantener educación preescolar de niños de 5 años en 869 cupos y en básica primaria, secundaria y media entre la edad de 6 a 18 años en 12947 cupos	95%	5%	
				Incremento de atención a estudiantes en condición de discapacidad en el programa de servicio terapéutico, a 600 niños, niñas y adolescentes.			
				Mantener la atención a 70 niños, niñas y adolescentes de extra edad en el sistema educativo			
				Mantenimiento a 12 instituciones educativas			
	Disminuir en 20% la tasa de deserción escolar	100%		Mantener el programa de alimentación escolar en 5187 cupos	78%	22%	
		55%	No se cumplió meta de transporte escolar. Meta ejecutada 200 nuevos beneficiados, solo el 10% de lo programado	98%	2%		
Mejoramiento de la calidad educativa	Disminuir en el 40% (762) la tasa de reprobación escolar en educación básica y media	100%		Mantener 12 escuelas de padres en las instituciones educativas		234%	
				Mantener dotación a 12 instituciones educativas anualmente			
				Implementación del 100% programa de asistencia de tareas			
				Implementación de dos programas de educación y atención a población en condición de discapacidad			
	Disminuir en el 50% el número de Instituciones clasificadas en las categorías BAJO y MUY BAJO de las pruebas de Estado ICFES		81%		Implementación de tres programas de bilingüismo que incluían pasantías e intercambios		
					Se beneficiaron 350 estudiantes, el 4,5%; logro acceder a la educación superior a través del programa "Plan Primavera", ICETEX en carreras técnicas, tecnológicas y universitarias.		
	Mejorar la calidad educativa del 66% al 90% en las 12 instituciones educativas del municipio todos con educación	100%			Capacitación 2498 niños, niñas para lograr óptimos resultados en las pruebas saber de 5° grado y 9° gado		
				Reducción tasa de deserción escolar en 20% (485) para garantizar la permanencia en el sistema hasta los 17			
				Mejor a pruebas ICFES en 9 instituciones pasando de bajo a medio alto			
Reducir en un 50% la tasa de analfabetismo		51%	Cumplimiento del 15,50%, (sin recursos asignados)				

	Incrementar en el 10% la vinculación de estudiantes en condición de desplazamiento	100%		Se mantuvo a 180 estudiantes en edad escolar en condición de desplazamiento y se recibió nueva demanda		
	Fortalecer al 100% la infraestructura física educativa del municipio durante el cuatrienio todos con educación.		63%	Compra de terrenos y construcción de 3 colegios, mejora de infraestructura física a 12 instituciones existentes. Ampliación de colegios Tiquiza, Cerca de piedra, Diosa Chía, Laura Vicuña y José Joaquín Casas	96%	4%

Fuente: Plan de Desarrollo (Gaitán Mahecha, 2008)

Elaboración: Propia

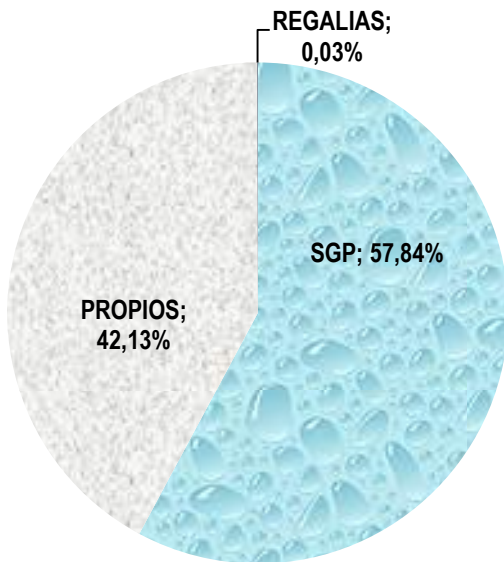
En cuanto a la meta de *Disminuir en el 20% la tasa de deserción escolar en Educación Básica y Media a través de la estrategia de transporte y alimentación escolar, útiles, uniformes, pupitres, ayudas terapéuticas, aceleración del aprendizaje y servicios públicos*, se ejecutó un 50% más de lo programado y no se cumplió con la meta física de 2000 cupos.

Para la meta *Disminuir en el 40% (762) la tasa de reprobación escolar en educación básica y media*, la ejecución presupuestal fue de 233,93% recursos provenientes del SGP, y fue destinado para el mantenimiento y dotación de 12 instituciones educativas.

Las siguientes metas no fueron programadas en el documento Plan de Desarrollo (2008) y fueron ejecutadas con avance físico y presupuestal: *“Reducir en un 50% la tasa de analfabetismo existente en el municipio todos con educación”*, *“Incrementar en el 10% la vinculación de estudiantes en condición de desplazamiento, al sistema educativo oficial todos con educación”* y *“Fortalecer al 100% la infraestructura física educativa del municipio durante el cuatrienio todos con educación”*. Así mismo, no se tuvieron en cuenta siete metas consignadas en Plan, lo que evidencia una desarticulación entre el Plan de Desarrollo y el Plan de Acción e Indicativo del periodo.

El sector educación programó un total de recursos financieros para el cumplimiento de la gestión por 25.643 millones y al final del periodo ejecutó 31.316 millones. Los recursos ejecutados fueron provenientes de las siguientes fuentes de financiación:

**Grafica 6. Fuentes de Financiación (2008)**



FUENTES	% EJECUTADO
SGP	57,84%
PROPIOS	42,13%
REGALIAS	0,03%
<b>TOTAL</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Plan Indicativo (Alcaldía Municipal de Chia, 2011)

Elaboración: Propia

Las fuentes de financiación para los Sectores de Salud (Grafica 3) y Educación (Grafica 6) son en su mayoría provenientes del Sistema General de Participaciones, ya pesar de que el número de metas de educación sobrepasan las metas de Salud, y que el Municipio fue Certificado en Educación y por ende los recursos de inversión para este sector aumentaron; los recursos de SGP en salud son del 74% y en educación de 58%. Es decir que la Educación genera un mayor esfuerzo a nivel de obtención de recursos propios que lo que representa la Salud.

## **CAPÍTULO 3**

### **SALUD Y EDUCACIÓN: CALIDAD DE VIDA**

*“Los individuos viven y actúan en un mundo de instituciones. Nuestras oportunidades y perspectivas dependen sobre todo de las instituciones que existen y de cómo funcionan. Las instituciones no solo contribuyen a aumentar nuestra libertad, sino que su papel puede evaluarse de manera razonable a la luz de su contribución a aumentarla.”* (Sen , 2000, pág. 178)

Las carencias que sufre la población son el resultado de los errores políticos en la gestión pública, por ende es obligación del estado garantizar una vida gratificante a cada uno de los individuos, con principal auxilio de los más necesitados. Y para su cumplimiento deberá incluir asistencia sanitaria, enseñanza pública eficaz y seguridad social.

De este modo y para determinar el impacto de las políticas llevadas a cabo en el Municipio de Chía para el periodo 2000 – 2011, se definirán los indicadores de calidad de vida asociados a la educación y la salud. Y partiendo del cálculo del gasto per cápita en cada uno de estos sectores para el periodo de tiempo estudiado, se realizará una comparación con los indicadores asociados.

#### **3.3 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE CHIA**

La identificación de las características poblacionales es el principal insumo para quienes toman decisiones de política social y desarrollo económico. Para efectos de esta investigación y de contextualizar los resultados de los indicadores, se efectuará una breve descripción y caracterización de la población objeto de estudio, tomando como fuente de información sobre las principales cifras (hogares, vivienda y unidades económicas) el Censo poblacional del DANE (2005).

A razón de la cercanía del Municipio de Chía con la ciudad capital Bogotá, en los últimos diez años se ha presentado una tendencia hacia el crecimiento demográfico y el desarrollo del territorio, aumentando considerablemente el proceso de urbanización de vivienda campestre y vivienda tradicional; situación que expone problemas socioeconómicos dado que la población aumentó su demanda en infraestructura de servicios públicos, vías y de saneamiento básico, educación, atención en salud, recreación y deporte, seguridad y espacio público, entre otras necesidades.

Con base en las cifras entregadas por el DANE (2005) en el Censo oficial de ese año, del total de la población el 67,3% no nació en el municipio de Chía y el 2% se auto reconoce como indígena. Así mismo el 48% de la población es masculina y el 52% femenina.

En cuanto al número de personas por hogar el censo determinó que en promedio es de 3.7, es decir que en aproximadamente el 70% de los hogares habitan 4 o menos personas. Adicionalmente el 3% de ellos tienen experiencia internacional, de los cuales el 46.9% viajó a Estados Unidos y el 10.8% a España.

Con respecto al tipo de vivienda el 76% son casas, el 18.4% apartamentos y el 6,9% cuartos u otros. Del total de viviendas en el Municipio de Chía el 98% cuenta con servicio de energía eléctrica, el 89.3% con servicio de alcantarillado, el 98.3% con servicio de acueducto, el 44.4% con gas natural y el 68.5% con teléfono.

Por otra parte, del total de establecimientos comerciales del Municipio de Chía el 46.2% se dedican al comercio, el 37.2% a servicios, el 15.6% a industria y el 1% a otra actividad. Cabe destacar que el sector servicios emplea de 10 a 15 personas y el sector comercial de 0 a 10.

### **3.4 GASTO PÚBLICO SOCIAL EN CHÍA**

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Orgánico del Presupuesto en el Artículo 41: *“Se entiende por gasto público social aquel cuyo objetivo es la solución de las necesidades básicas insatisfechas de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, vivienda, y las tendientes al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida de la población, programados tanto en funcionamiento como en inversión”* (Decreto 111, 1996). Y teniendo en cuenta que los Sectores objeto de estudio en esta investigación constituyen segmentos fundamentales en la construcción del Gasto Público Social, se revisará el comportamiento que este ha tenido en los últimos cinco años, para efectos de contextualizar tanto los indicadores como la información suministrada en los capítulos anteriores. Además porque el Gasto Público Social es un componente de obligatoriedad Constitucional; Artículo 350 (Constitución Política de Colombia, 2006).

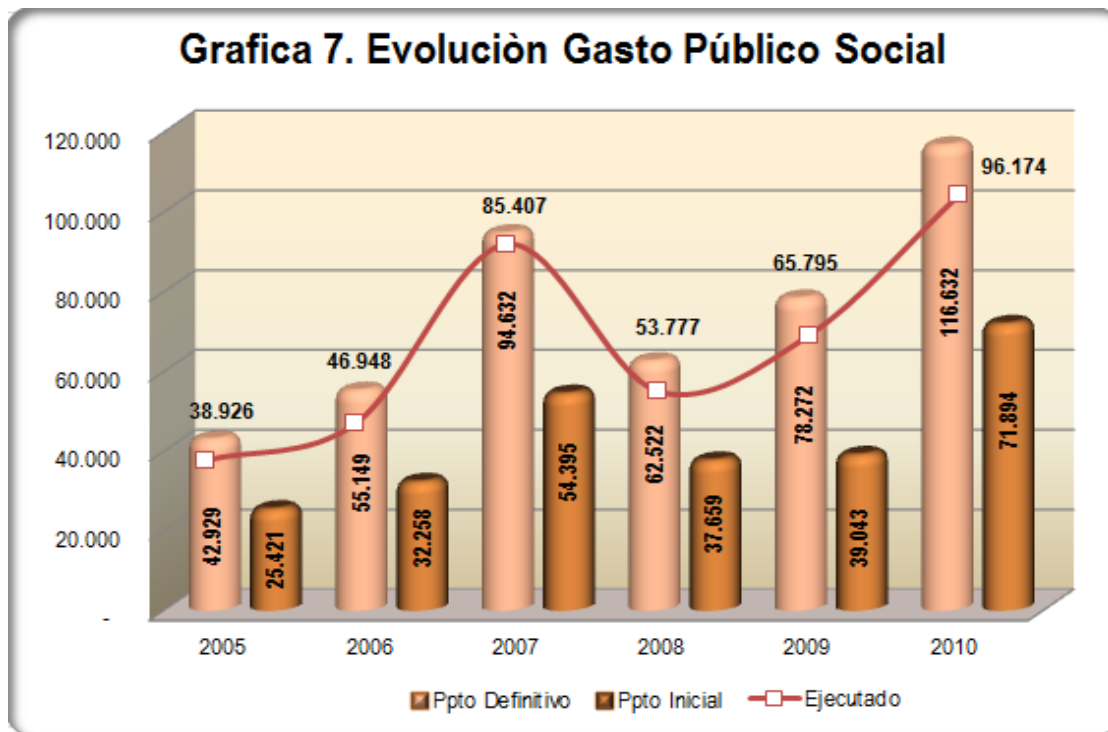
#### **3.4.1 EVOLUCIÓN FINANCIERA<sup>17</sup>**

A continuación se presenta la evolución del Gasto Público Social ejecutado en el Municipio de Chía, resaltando los recursos Presupuestados al inicio de cada vigencia y el Presupuesto final, es decir luego de las modificaciones que resultan de la dinámica presupuestal.

En la siguiente grafica (Grafica 7) se identifican tres importantes aspectos; el primero es la tendencia del Gasto Público Social para el periodo; el segundo el nivel de ejecución de los recursos asignados; y el tercero el nivel de planeación en la distribución de los recursos, ya que las modificaciones al presupuesto denotan vacíos en los procesos de planeación establecidos.

---

<sup>17</sup>Bajo las consideraciones del numeral 3.2, se excluyen las transferencias efectuadas al Concejo y a la Personería Municipal por ser componentes de la función pública general, y el servicio de la deuda, teniendo en cuenta que éste último contiene recursos destinados a financiar el pago de préstamos realizados en vigencias anteriores.



Fuente: Modulo Presupuesto Sistema HAS – SQL Municipio de Chía

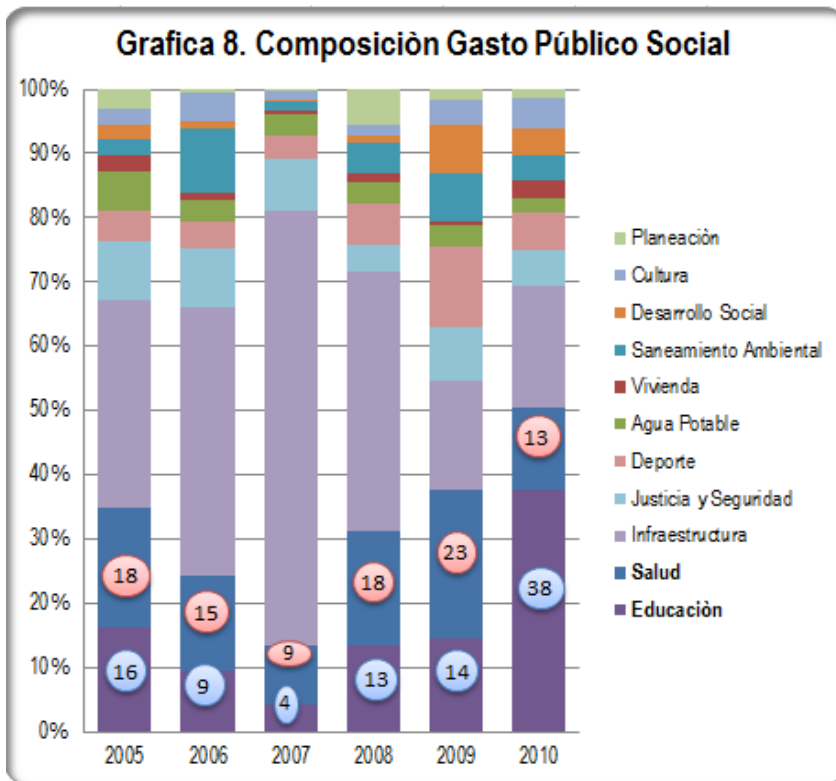
Elaboración: Propia

En cuanto al primer aspecto, el Gasto Público Social presentó un crecimiento del 22,4% promedio anual y a partir del año 2008 una tendencia creciente, constante y acelerada.

Para el segundo aspecto, la diferencia entre los recursos presupuestados y los recursos ejecutados es considerable en todos los periodos, lo que se convierte en una característica no solo en el Gasto Público Social sino en la ejecución de todos los sectores de inversión, además que estos están todos por debajo de lo que se presupuestó, lo que denota que en ninguna vigencia la ejecución fue eficiente.

Finalmente y como se evidencia en la Grafica 7, el proceso de Planeación de los recursos de inversión no fue efectivo en ninguna de las vigencias, de modo que los Presupuestos iniciales y definitivos varían en cifras muy representativas, es decir que algunos sectores no ejecutaron y por ende los recursos fueron trasladados. Así y dado el carácter especial de los procesos para la contratación pública y el principio de anualidad presupuestal, estas demoras propician incumplimientos parciales y/o totales

de las metas. Pero es destacable también que el presupuesto definitivo es mucho mayor que el inicial.



Fuente: Modulo Presupuesto Sistema HAS – SQL Municipio de Chía

Elaboración: Propia

Es importante anotar que: *“Inversión social son todos los gastos incluidos dentro del presupuesto de inversión que tienen como finalidad satisfacer necesidades mínimas vitales del hombre como ser social”* (Espitia, 2006), es decir el Gasto Público Social va dirigido a inversiones en salud, educación, agua potable, desarrollo social, vivienda, deporte y recreación, cultura, medio ambiente y demás afines.

Así, para el periodo 2005- 2010 se reitera que no sólo en los Planes de Desarrollo sino desde las apropiaciones presupuestales iniciales, se le ha dado prioridad al Gasto Público Social pasando del 87% en el primer año al 92% en el último año, registrando un incremento de 5 puntos porcentuales en el periodo analizado de manera consecuente con el crecimiento de los ingresos.

La Grafica 8 muestra que el mayor porcentaje de recursos en todas las vigencias fue otorgado al Sector de Infraestructura, y esta destinación no corresponde a la construcción de colegios y centros de salud, ya que estos provienen del sector respectivo, es decir que en el Gasto Público Social se dio prevalencia a la construcción y el mejoramiento de las vías.

En cuanto a las apropiaciones definitivas del municipio, el Gasto Público Social ha mantenido en sus presupuestos un incremento permanente, pasando en el 2005 de \$42.928 millones a \$116.632 en el año 2010.

Ahora, mediante el cálculo del gasto per cápita para los sectores de Salud y Educaciónse determinará sí los recursos ejecutados en los últimos tres Planes de Desarrollo del Municipio de Chía, compensan de manera eficiente el aumento en los servicios y bienes conexos requeridos por la población en estos sectores; y si estos son reflejados en la mejora de los indicadores de calidad de vida<sup>18</sup>.

### **3.4.2 AVANCES Y RETOS EN SALUD**

La responsabilidad por mantener un nivel adecuado de salud a través de los años se ha ido trasladando, inicialmente recaía en la Familia, luego en las pequeñas comunidades y después en asociaciones de profesionales y comunidades religiosas; actualmente constituye un deber del Estado que es respaldado por la Constitución.

Con base en lo anterior se definirán los indicadores de Calidad de Vida asociados al Sector Salud en el Municipio de Chía, que para este estudio son la Tasa de mortalidad, Tasa de mortalidad infantil, Tasa bruta de natalidad, Numero de personas afiliadas al régimen contributivo y Numero de personas afiliadas al régimen subsidiado.

---

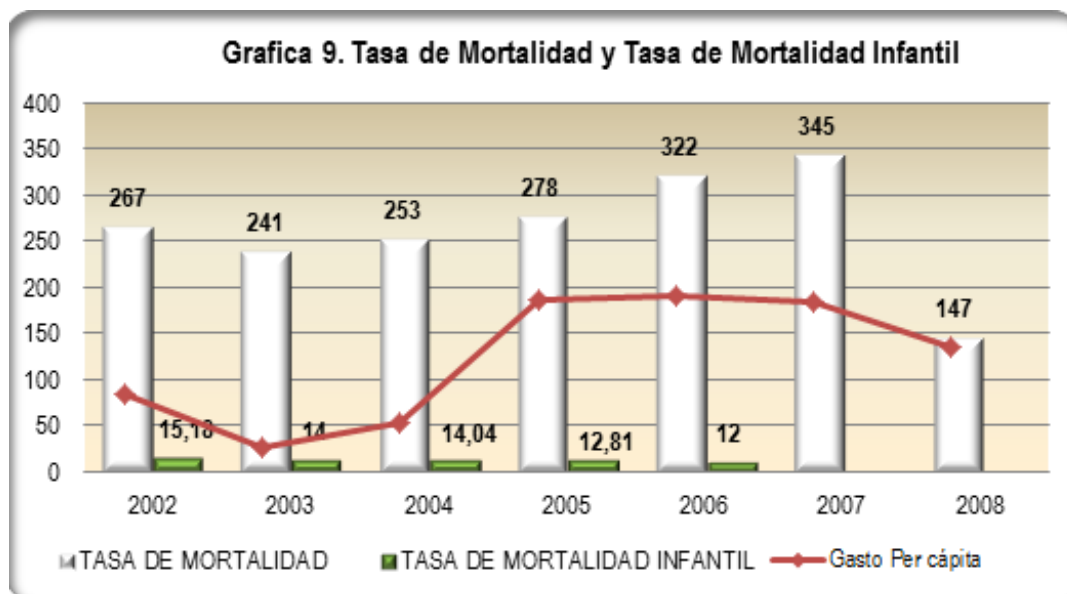
<sup>18</sup> Lo mencionado en este párrafo corresponde a la Hipótesis planteada en el Anteproyecto de Investigación.

En este punto, es preciso señalar el vínculo entre la demografía y el campo de la salud, Heredia y Ramírez señalan que: “La demografía se refiere al estudio cuantitativo de la población humana, en términos de su tamaño, estructura y crecimiento a partir del comportamiento de las variables fecundidad, mortalidad y migración; por su parte salud se refiere a las condiciones específicas de morbilidad y mortalidad de una población humana y la epidemiología es el estudio de estas” (Heredia & Ramirez, 2002, pág. 87). Partiendo de lo anterior, la solidez en la información demografía facilitará el diseño y la formulación de Políticas, Planes y Programas que permitan efectuar seguimiento.

- Indicadores:

**Mortalidad:** “Se refiere al nivel de muerte de una población, la medida básica es el número de muertes ocurridas en un año o en un periodo específico” (Heredia & Ramirez, 2002, pág. 20)

**Mortalidad Infantil:** “Es la probabilidad que tiene un recién nacido, nacido vivo, de morir antes de cumplir un año de vida” (Heredia & Ramirez, 2002, pág. 21)



Fuente: (Federación Colombiana de Municipios, 2010) - Módulo Presupuesto Sistema HAS SQL Municipio de Chía

Elaboración: Propia

Las mayores índices de Mortalidad total se presentan en los años 2006 y 2007 en donde paradójicamente el Gasto per cápita en salud presenta los niveles más altos, \$56.555 y \$55.735 respectivamente. A diferencia de la tasa de mortalidad infantil la cual presenta un comportamiento inversamente proporcional con el Gasto Per cápita en salud, alcanzando los niveles más bajos en los periodos de mayor gasto per cápita. Que guardando coherencia con los Planes de Desarrollo, las inversiones fueron enfocadas en la población infantil, combatiendo problemáticas relacionadas con el medio ambiente, agua potable y vivienda.

**Tasa bruta de natalidad:** “Es el número anual de nacimientos por cada mil habitantes. Normalmente se le denomina “tasa bruta” porque no considera la estructura etárea de la población” (Profamilia, 2011, pág. 4)



Fuente: (Federación Colombiana de Municipios, 2010) - Modulo Presupuesto Sistema HAS SQL Municipio de Chía

Elaboración: Propia

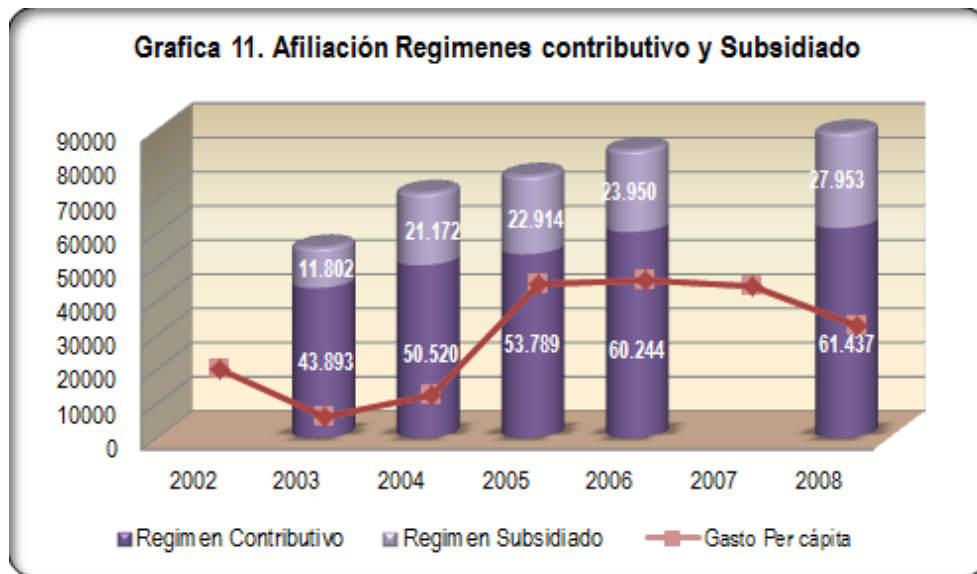
El promedio de Nacimientos en el Municipio de Chía para el periodo analizado fue de 1.587, siendo el año 2007 el año en que se registró la mayor cantidad. La Grafica 10 permite ratificar lo encontrado a lo largo del desarrollo del presente estudio, sobre las inconsistencias de la información en cada periodo. Lo que permite afirmar que las

líneas base tomadas para la formulación de cada Plan de Desarrollo no guardan relación, y por ende los resultados pierden veracidad cuando son comparados.

Claro ejemplo de lo anterior es la cantidad de nacimientos reportado en el año 2007 de un total de 2.215, último año del Plan de Desarrollo (2004), y el reportado en el primer año del Plan de Desarrollo (2008) de 794, únicamente.

**Número de personas afiliadas al régimen contributivo:** *“Comprende los trabajadores formales, independientes, pensionados y sus familias y se financia con los aportes de empleadores y empleados”* (Profamilia, 2011, pág. 4)

**Número de personas afiliadas al régimen subsidiado:** *“Cubre la población pobre y vulnerable identificada por el estado mediante una serie de criterios específicos”* (Profamilia, 2011, pág. 4)



Fuente: (Federacion Colombiana de Municipios, 2010) - Modulo Presupuesto Sistema HAS SQL Municipio de Chía

Elaboración: Propia

La afiliación al régimen contributivo es más alta que la afiliación del régimen subsidiado en todas las vigencias revisadas, es decir la población del municipio de chía como fue especificado en la caracterización de la población, esta mayormente empleada.

Es importante anotar además que el comportamiento del Gasto per cápita en salud no tiene mayor incidencia en este resultado, debido a que los determinantes de este indicador son variables exógenas que se atribuyen a las oportunidades de empleo.

### 3.4.3 Educación logros y desigualdades

De acuerdo con lo señalado por la Secretaría de Educación la cobertura educativa de las instituciones de educación básica y media se ha ido ajustando a la demanda de la población de acuerdo a cada área de influencia. En el siguiente diagrama se describen los resultados del Censo Población (Departamento Nacional de Análisis y Estadística, 2005).



#### NIVEL DE EDUCACIÓN

- El 34,2% de la población ha alcanzado Nivel secundaria
- 28,1% Nivel Primaria
- 15,2% Nivel Profesional
- 3,3 % Doctorado
- 4,1 % Ninguna



#### ASISTENCIA ESCOLAR

- El 96,6% de la población de 6 a 10 años asiste a instituciones educativas.
- El 67,2% de 3 a 5 años.
- El 90,25% de 11 a 17 años.
  
- El 96,1% de la población de 5 años y más sabe leer y escribir.

Fuente: (Departamento Nacional de Análisis y Estadística, 2005)

Elaboración: Propia

**Analfabetismo:** “Porcentaje de la población de quince años o más que no sabe leer ni escribir”. (Departamento Nacional de Planeación Misión Social, 1999, pág. 65)

El municipio de Chía se encuentra ubicado en el 5° lugar del Ranking de Municipios con menores tasas de analfabetismo, de acuerdo con la Federación colombiana de Municipios (2010).

Tabla 12. Resumen indicadores Educación			
Año	Población Analfabeta	Cobertura Educativa	Tasa de Repitencia
2003	-	25.693	5%
2004	-	26.193	4%
2005	2,6%	26.905	3%
2006	7%	27.769	6%

Fuente: (Federación Colombiana de Municipios, 2010)

Elaboración: Propia

**Cobertura Educativa:** “Permite establecer el alcance de la oferta educativa con relación a la población que debe atender”.(Departamento Nacional de Planeación Misión Social, 1999, pág. 65)

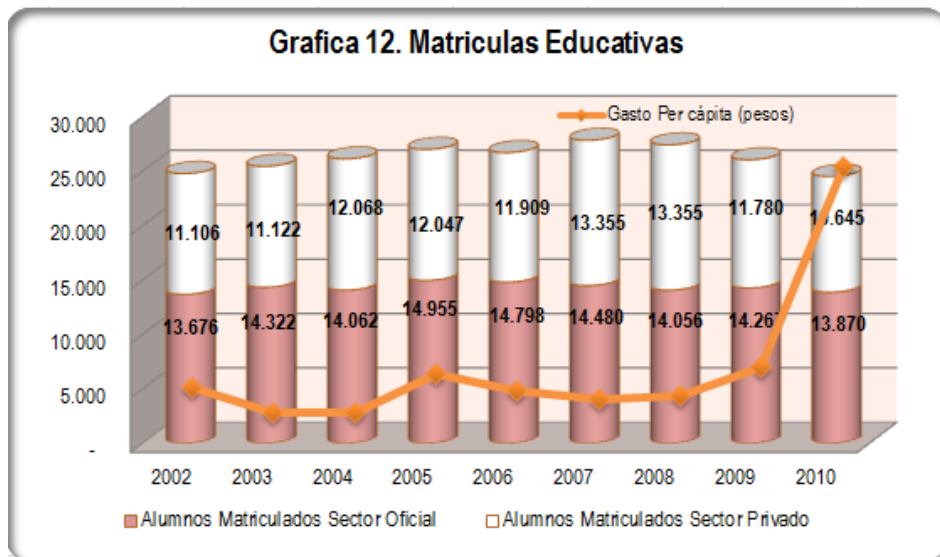
**Inasistencia por razones de lejanía:** “Proporción de alumnos que se retiran durante el año escolar o durante el paso de un año al siguiente”. (Departamento Nacional de Planeación Misión Social, 1999, pág. 65)

La matrícula del Sector Oficial ha aumentado moderadamente y en los últimos años ha tendido al descenso. Esto se explica porque antes del año 2005 era deber del Estado atender los grados de pre kínder, kínder y transición en el nivel de Preescolar, pero a partir de ese año es obligatoriedad la atención únicamente del grado transición, en el nivel de preescolar. Otro factor que ayuda a explicar esta baja en cobertura oficial es porque los colegios de San José de Calasanz y La Caro 2, que pertenecían al sector

oficial fueron privatizados. Además de la migración de los estudiantes de instituciones educativas oficiales al sector privado.(Gaitán Mahecha, 2008)

La tasa de repitencia en el sector privado ha oscilado entre el 2% y 3%, mientras en el oficial es del 3% y el 6%. La tasa de deserción en el sector oficial ha ido disminuyendo en los últimos años estando por debajo del 5%, como respuesta de la puesta en marcha de programas de bienestar social como transporte y alimentación escolar.

**Número de matriculados:** “Número de alumnos matriculados en un determinado nivel de educación, independientemente de la edad, expresada en porcentaje de la población del grupo de edad teórica correspondiente a ese nivel de enseñanza”. (Departamento Nacional de Planeación Misión Social, 1999, pág. 65)



Fuente: (Federación Colombiana de Municipios, 2010) - Módulo Presupuesto Sistema HAS SQL Municipio de Chía

Elaboración: Propia

El promedio de estudiantes por docente para las Instituciones Privadas es de 13 a 14 estudiantes por docente y para las Instituciones Oficiales oscila entre 28 y 30. Sin

embargo del sector oficial es más alta en algunas vigencias. En el sector privado prevalecen los colegios campestres y de calendario B, de los que un alto porcentaje de estudiantes habita en Bogotá y otros municipios aledaños.

## **INDICADOR DE POBREZA**

Para apoyar los resultados del análisis efectuado al Municipio de Chía, es importante resaltar los índices más utilizados en Colombia para la medición de la pobreza que son Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas e Índice de Calidad de Vida que calcula el DANE. Que para efectos de su interpretación Erick Castaño (2010) afirma que el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) capta las condiciones de desarrollo de infraestructura urbana basado en dos afirmaciones: *“la primera es la existencia de un único conjunto de necesidades humanas que no varía en el tiempo, aunque si varíen sus satisfactores; la segunda es la posibilidad de definir un subconjunto de ellas como básicas, con el criterio de que su no satisfacción, durante un largo período de tiempo, podría llevar a la muerte”* (Castaño V., 2010, pág. 6). Y en cuanto al Índice de Condiciones de vida, el mismo autor afirma que: *“combina en una sola medida las variables de potencial de acceso a bienes físicos: características físicas de la vivienda y las posibilidades de acceso a los servicios públicos domiciliarios; variables que miden el capital humano.”* (Castaño V., 2010, pág. 10)

De esta manera y tomando como base de comparación el indicador de Calidad de Vida para el año 1993 que fue de 32.5 y de acuerdo a los datos estimados por el DANE, en el año 2003 ascendió a 77.89 y en el año 2005 descendió a 26.77. Cabe destacar que este indicador va de cero a cien, siendo cero el menor nivel de vida y cien el mayor nivel de vida posible. Así se puede observar que los mecanismos de recolección de la información no son fiables, dado que estos resultados no coinciden con la situación que se presenta en los Planes de Acción, Planes Indicativos y líneas base de Planes de Desarrollo. Ya que estos resultados señalan que la población del Municipio de Chía no alcanza ni la mitad del nivel de condiciones de vida ideal. Razón por la cual, luego de los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación, no se tomará en cuenta este indicador estimado por el DANE.

Lo anterior es corroborado con los resultados del Indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), en donde el porcentaje de personas con al menos una NBI no ha aumentado desde 2003, 7,12 % a 7,11% en 2005, lo cual no es congruente con el desmejora excesiva del Índice de Calidad de Vida.

Aunque no hay una medición constante de estos índices para el municipio de Chía, este estudio ha realizado un análisis que buscan mostrar las condiciones de vida dela población, que da cuenta también de los niveles de pobreza y desigualdad, con respecto a los sectores de Salud y Educación.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El crecimiento demográfico y posterior desarrollo territorial que ha experimentado el Municipio de Chía en la última década, tiene como causal la migración de población de Municipios y ciudades aledañas, atraídos principalmente por las características especiales en cuanto al cubrimiento de los servicios públicos y su notoria inversión social (Salud, educación, seguridad, vías, etc). Cabe destacar que el 67.3% de la población no nació en Chía.
- La inversión en Gasto Público Social del Municipio de Chía presentó un crecimiento del 22,4% promedio anual y a partir del año 2008 una tendencia creciente, constante y acelerada. El mayor porcentaje de recursos en todas las vigencias fue otorgado al Sector de Infraestructura y esta destinación no corresponde a la construcción de colegios ni centros de salud, ya que estos provienen del sector respectivo, es decir que en el Gasto Público Social se dio prevalencia a la construcción y el mejoramiento de las vías.
- Las diferencias entre los recursos presupuestados y los recursos ejecutados son considerables en todos los periodos, convirtiéndose en una característica no solo en el Gasto Público Social sino en la ejecución de todos los sectores de inversión. Además de ello, en todos los casos lo ejecutado está por debajo de lo que se presupuestó. Así en ninguna vigencia la ejecución fue eficiente. También, los recursos de superávit por no ejecución en vigencias anteriores son significativos año a año, lo que podría inflar los valores de recaudo, y lo que realmente constituye es una falta de planeación y de ejecución.
- A falta de información completa, es decir de contar con líneas base claras y definidas, las Administraciones Gubernamentales de los periodos analizados no dieron correcta trazabilidad a los resultados, y por ende no existe evidencia contundente de los alcances de sus políticas y de su cumplimiento. Lo anterior se

pudo corroborar además, al efectuar los cruces de datos con los proporcionados por los entes a nivel nacional, en donde se encontraron incoherencias e incongruencias. Lo que permite afirmar que las líneas base tomadas para la formulación de cada Plan de Desarrollo no guardan relación, y por ende los resultados pierden veracidad cuando son comparados.

- El proceso de Planeación de los recursos de inversión no fue efectivo en ninguna de las vigencias, de modo que los Presupuestos iniciales y definitivos varían en cifras muy representativas, es decir que algunos sectores no ejecutaron y por ende los recursos fueron trasladados a otros sectores o programas dentro del mismo sector. Dado el carácter especial de los procesos para la contratación pública y el principio de anualidad presupuestal, estas demoras propician incumplimientos parciales y/o totales de las metas. Siendo destacable también que el presupuesto definitivo es mucho mayor que el inicial.
- Los tres planes de desarrollo analizados contemplaron metas que abarcaron todos los aspectos correspondientes a la salud pública territorial, con el objetivo de integrar los servicios de salud con prioridad en la prevención y con criterio asistencial. Pero ninguna de las metas responde a las preguntas propuestas por el DNP en la Metodología para la formulación de los Planes de Desarrollo, lo que dificultó e imposibilita la cuantificación y medición del cumplimiento. De allí recae la importancia de articular el seguimiento desde la etapa de formulación, y de incorporar el concepto de cadena de valor en la planeación, el diseño y la ejecución.
- El porcentaje de participación del Sector Salud sobre los gastos de inversión ejecutados no sobrepasó el 14%. Lo que ratifica que el sector salud no representó una prioridad en ninguno de los Planes de Desarrollo objeto de estudio. Y esto obedece a alguno de los siguientes tres aspectos: El primero corresponde a que los programas y proyectos no se formulan como política pública, es decir su proyección

es de corto plazo y por ende su aplicación se da únicamente durante los periodos de gobierno; El segundo a la llamada pereza fiscal, en la que los gobiernos locales se ciñen a los recursos otorgados por la nación, y no realizan esfuerzos en cuanto a la formulación de proyectos y la consecución de los recursos para su ejecución; Y el tercero se atribuye a la prevalencia del factor político en las decisiones de inversión.

- Más del 70% de los recursos del Sector Salud provienen del Sistema General de Participaciones (SGP), transferencias mediante Convenios, Resoluciones y/o Leyes; luego los programas y proyectos desarrollados en el Municipio de Chía para este Sector no constituyen un esfuerzo fiscal para los recursos propios del presupuesto.
- Los valores esperados de las metas planteadas no representan un trascendental cambio o mejoramiento de las condiciones fijadas como línea base, tal es el caso de las metas producto: Reducir un 5% (de 11 a 10 casos) la mortalidad de niños y niñas de 0 a 4 años y Reducir a 2 casos (33%) de mortalidad perinatal evitable anual. Por ende es necesario efectuar una correcta ponderación de las metas para darle un peso diferencial según su importancia estratégica, monto presupuestal o cobertura de beneficiarios.
- En cuanto al sector educación, cabe destacar que el Plan (2008) excluyó de sus Programas el vínculo entre las fases de educación y producción, dada la no ejecución del mismo en los Planes de Desarrollo de las vigencias anteriores. Pero logró cumplir con la meta de Certificar la educación en el Municipio de Chía, que permitió mayores ingresos de la nación a partir del año 2010, para suplir necesidades de calidad y cobertura en educación.
- Los programas del Sector Educación guardan directa relación periodo a periodo, lo que permitió evidenciar que desde el año 2001 el Municipio desarrolla una política pública en la que se contempla como principales ejes de acción la calidad, cobertura e infraestructura de los niveles Básica y Media; y el fomento a la educación superior.

- En cuanto a los índices, la tasa más representativa de Mortalidad se presentó en los años 2006 y 2007 en donde paradójicamente el Gasto per cápita en salud presenta los niveles más altos, \$56.555 y \$55.735 respectivamente. A diferencia de la tasa de mortalidad infantil la cual presenta un comportamiento inversamente proporcional con el Gasto per cápita en salud, alcanzando los niveles más bajos en los periodos de mayor gasto per cápita. Que guardando coherencia con los Planes de Desarrollo, las inversiones fueron enfocadas en la población infantil, combatiendo problemáticas relacionadas con el medio ambiente, agua potable y vivienda.
- La principal fuente de información sobre los indicadores proviene del censo realizado en el año 2005. Si bien el municipio de Chía ha sufrido cambios de tipo social, económico, institucional y político durante los últimos 6 años, se hace indispensable pensar en la realización de un nuevo censo y darle una mayor frecuencia a los próximos. Con esto se obtendrá un diagnóstico real y efectivo traducido en un diseño y evaluación más eficiente de las políticas.
- El ejercicio de planeación presupuestal no está en armonía con lo plasmado en los Planes de Desarrollo. Por lo que los planteamientos de las metas deberán girar en torno a la disminución de la brecha que existe entre quienes no hacen parte del sistema y los que sí tienen acceso tanto a la salud como a la educación.
- Se hace necesario evaluar el gasto público de los gobiernos territoriales para hallar congruencia en las políticas de manejo fiscal con las metas de gobierno. Dado que un plan de desarrollo monitoreable se convierte en un elemento fundamental para el seguimiento y la consecución de resultados, como herramienta de trabajo y de mandato para combatir la pobreza y la exclusión.
- Se debe entonces priorizar las metas de gobierno para facilitar el diálogo entre los actores, permitir la visualización de los avances, definir los énfasis en el mejoramiento y procurar el uso gerencial de la información.

- Se hace necesario fijar un modelo de gestión orientado a resultados que facilite el diseño y operación del sistema de formulación y seguimiento a las metas que componen los Planes de Desarrollo. Determinando responsables de cada proceso, en el manejo de la información y los avances.
- Así el Municipio de Chía deberá mejorar la administración de la información, partiendo de los instrumentos de planeación con los que cuenta, la utilización de las herramientas de Tecnologías de Información y Comunicaciones y la aplicación de mecanismos de verificación de la información reportada. Dando especial énfasis al seguimiento como facilitador de la transparencia y la gobernabilidad. Además de adecuar espacios para la dinamización colectiva y periódica de no más de tres meses, para el análisis de la información y la toma de decisiones: Mesas de seguimiento, Equipos de Seguimiento y/o Consejos de Gobierno, a fin de convertir el proceso de seguimiento como elemento cultural.

Por todo lo anterior se rechaza la hipótesis: *Los recursos ejecutados correspondientes a los rubros presupuestales de salud y educación en los últimos tres Planes de Desarrollo del Municipio de Chía, compensan de manera eficiente el aumento en los servicios y bienes conexos requeridos por la población en estos sectores.* Como resultado de la falta de políticas públicas aplicables, medibles y evaluables, ya que se identificó la programación pero la no consecución de los resultados esperados, por ende los indicadores de calidad de vida se mantienen sobre una tendencia, que no compensa los incrementos en el gasto de inversión. Es decir que a pesar de que los recursos destinados a la inversión han aumentado, su ejecución no ha sido eficiente.

De este modo las carencias que sufre la población son el resultado de los errores políticos en la gestión pública y por ende es su obligación garantizar una vida gratificante a cada uno de los individuos, con principal auxilio de los más necesitados. Teniendo como principal objetivo la provisión de los servicios en salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable y vivienda, para el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de la población.

<b>“CHIA NUESTRO COMPROMISO” LUIS OLIVA GALVIS 2001 – 2003</b>			
<b>PROGRAMA</b>	<b>¿Qué se quiere lograr? OBJETIVO</b>	<b>¿Cómo se puede lograr?</b>	<b>¿Cuánto se espera lograr? META (En términos de beneficio o cantidad, calidad cualidad u oportunidad de bienes y servicios)</b>
<b>EDUCACION</b>			
<b>PROGRAMA 1. Mejoramiento de la calidad educativa</b>	Ampliar la cobertura		Mantener un personal docente suficiente y apropiado
	Educación para los más necesitados		Acercar la educación a los habitantes con más dificultades de integrarse al servicio educativo
	Mejorar la calidad de la educación a través de procesos investigativos en lo administrativo, didáctico, financiero y productivo		Globalizar e internacionalizar la educación municipal con organismos internacionales Fortalecer la preparación educativa de los estudiantes con competencias universales, éticas, capaces de manejar su autonomía y de ser solidarios y justos socialmente
	Diversificar los procesos educativos		Abrir las instituciones educativas para desarrollar con las comunidades actividades: lúdicas, culturales, sanitarias y de mejoramiento del entorno: familiar, laboral y ambiental
<b>PROGRAMA 2. Mejoramiento de la infraestructura educativa</b>	Mejorar la infraestructura y la Dotación de Equipos		Construir instalaciones educativas a través de las fuentes de crédito
	Realizar convenios interinstitucionales Adquirir terrenos para las nuevas instituciones educativas (básica, media y superior)		Realizar convenios para la coparticipación y asistencia en programas y proyectos
<b>PROGRAMA 3. Fomento de la educación superior y tecnológica</b>	Fortalecer el fondo para la educación superior		Ampliar instalaciones educativas Mantener y dotar el equipamiento educativo Encauzar los recursos con prioridad en la población con menos posibilidades de acercarse a la educación superior
	Realizar convenios interinstitucionales		Realizar convenios con las instituciones académicas de educación superior localizadas en el municipio
<b>PROGRAMA 4. Prestación del servicio</b>	Capacitación concertada con los		Capacitación a todos los colegios del Municipio

<b>educativo</b>	Docentes		Realizar un congreso pedagógico anual en búsqueda del mejoramiento de la calidad educativa
<b>PROGRAMA 5 Integración educación-empresa</b>	Modificar las estructuras curriculares		Estudiar nuevos procesos pedagógicos y proyectos académicos de acuerdo a los convenios que se realicen con el sector productivo y empresarial
			Reenfocar los actuales PEI de los colegios hacia las actividades empresariales
	Participar al sector Privado en la educación Pública		Realizar convenios con las instituciones académicas de educación superior localizadas en el municipio
			Participar el sector productivo en los consejos directivos de los colegios municipales
	Realizar un plan de equipamiento educativo mediante la adquisición de tecnologías y ayudas didácticas		
Estimular los procesos de Investigación científica y tecnológica		Desarrollar concursos científicos y tecnológicos en los colegios	
<b>SALUD</b>			
<b>PROGRAMA 1. Plan de atención básica</b>	Garantizar la atención a los más necesitados (Seguridad social)		Revisar, actualizar y depurar la base de datos del sistema de prestación del servicio de salud pública, con el fin de garantizar y afiliar a la población que realmente lo necesite
<b>PROGRAMA 2. Ampliación y cobertura de afiliación al sistema general de seguridad social en salud</b>	Garantizar la prestación del servicio (Bienestar social)		Vigilar la administración del Régimen Subsidiado de Salud
			Aumento de la cobertura en seguridad social
			Garantizar los servicios de salud a la población vinculada
			Implementar programas de bienestar social
<b>PROGRAMA 3. Bienestar social</b>	Realizar programas de prevención y atención básica en Salud Pública		Mejorar la calidad y aumentar la cobertura del servicio de salud
<b>PROGRAMA 4. Fortalecimiento de la infraestructura de la salud</b>	Mejorar las condiciones de Prevención de Salud		Desarrolla programas de información, educación y participación a la comunidad
<b>PROGRAMA 5. Desarrollo físico y tecnológico en el área de la salud</b>	Fortalecer las instituciones prestadoras de salud Pública para la adecuada prestación de servicio		Desarrollo humano, físico y tecnológico

Fuente: Plan de Desarrollo 2001 - 2003

Elaboración: Propia

**“UN GOBIERNO PRODUCTIVO PARA CHÍA CON LEALTAD Y FIRMEZA”**  
**FERNANDO SÁNCHEZ GUTIÉRREZ**  
**2004 – 2007**

<b>PROGRAMA</b>	<b>¿Qué se quiere lograr? OBJETIVO</b>	<b>¿Cómo se puede lograr?</b>	<b>¿Cuánto se espera lograr? META (En términos de beneficio o cantidad, calidad cualidad u oportunidad de bienes y servicios)</b>
<b>PROGRAMA 5. DESARROLLO SOCIAL INTEGRAL</b>	Mejorar el nivel de calidad de vida de los diferentes grupos poblacionales de Chía, que permita satisfacer las necesidades básicas en un entorno favorable.		
<b>SUBPROGRAMA 5.2 Educación Integral</b>	Formar integralmente una comunidad educativa renovadora, con identidad local y regional donde se desarrollen capacidades intelectuales, productivas laborales, físicas y artísticas fortaleciendo principios y valores. Vinculando educación académica, la no formal, la técnica, la deportiva, la cultural y artística, vinculando establecimientos públicos y privados del entorno, y la sociedad en general.		
Proyecto 5.2.1 Para que nadie se quede sin estudio,	Garantizar el acceso a los estudiantes hasta el nivel básico secundario ampliando la cobertura del sistema escolar.	A. Ampliación y utilización total de la capacidad instalada fortaleciendo el proceso de integración institucional, programas y énfasis pedagógicos.	2004-2007: Se utilizara la capacidad instalada en un 100% para el fortalecimiento de los procesos de integración institucional, generando mejores oportunidades de acceso a la educación técnica de las instituciones educativas oficiales.
		B. Adelantar acciones centradas en una pedagogía de la diversidad mejorando los logros de los estudiantes en cuanto a su capacidad de aprendizaje, competencias básicas, reformulación y socialización de PEI hacia la realidad del municipio	2004-2007: En forma permanente se realizara las acciones que garanticen el mejoramiento en un 70% de las capacidades de aprendizaje y de competencias, mejorando la calidad pedagógica de los institutos educativos

			oficiales.
		C. Mejorar resultados de las instituciones educativas oficiales, implementando el plan permanente de formación a docentes, fortaleciendo las disciplinas metodológicas y didácticas para mejorar los resultados en las instituciones educativas oficiales, en pruebas nacionales de calidad (competencias básicas y ciudadanas) par básica primaria y básica secundaria, acompañados del proceso de seguimiento y evaluación	2004-2007: Mejorar en un 70% los resultados de las instituciones educativas en las pruebas aplicadas.
		D. Implementar mecanismo procedimental que garanticen equidad en la asignación de cupos a la población estudiantil, con la creación y consolidación del Banco de cupos municipal.	2004: Creación del banco de cupos 2005-2007: Implementación.
		E. Incrementar el acceso a los programas de educación formal y no formal	Con la participación del 100% de los establecimientos o centros de capacitación existentes en el Municipio y los diferentes programas de capacitación de la administración municipal se consolidara la Red Municipal de Centros de educación formal. Incremento anual del 30%
		F. Crear los mecanismos de acceso a la educación de la población más vulnerable.	Durante el cuatrienio se realizarán las acciones necesarias para brindar apoyo para la adquisición de recursos que beneficien al 70% de la población (con la participación de particulares, sector productivo y apoyo de programas gubernamentales) de los niveles I, II Y III del Sisben, para un ingreso a la educación oficial.
		G. Ampliar el programa de aceleración de aprendizaje y alfabetización y Grupo de apoyo terapéutico.	Incrementar anualmente en un 30% el aumento de la atención de la población con discapacidad que permita la integración al aula regular de las instituciones educativas.

		H. Articular pedagógicamente las políticas educativas del Plan Municipal de Discapacidad	2004-2007: Ampliar en un 100% a través de los diferentes medios (comunicación, lúdicos y pedagógicos), la captación de la población discapacitada se contara con el apoyo y participación de los líderes comunitarios.
Proyecto 5.2.2 Eficiencia Institucional	Garantizar condiciones necesarias para brindar un servicio eficiente oportuno y equitativo.	A. Brindar el equipamiento requerido a las instituciones educativas oficiales con estándares de calidad y de conformidad con su PEI.	2004-2007: Dotar al 100% de instituciones educativas públicas con el equipamiento requerido para el cumplimiento de su PEI.
		B. Gestionar la asignación a docentes e instructores especializada en temas específicos de productividad y bienestar social.	2004-2005: Concretar con la secretaria de educación Departamental la asignación de docentes para el 100% de los establecimientos.
		C. Construir y dotar las instituciones educativas con aulas informáticas en red.	Dotar durante el periodo 2004-2005 al 100% de las instituciones educativas de aulas informáticas de red
		D. Gestionar convenios que garanticen a las instituciones educativas oficiales una cultura de beneficios en el uso racional de los espacios culturales, deportivos y artísticos del Municipio.	Durante el cuatrienio se garantizara que la totalidad de las instituciones educativas públicas se utilice el 100% de forma adecuada en beneficio de la comunidad.
		E. Optimizar y sistematizar los procesos administrativos para el uso de los recursos humanos, económicos y físicos.	2004-2005: Se replanteara los procesos administrativos para el mejoramiento en la calidad de los servicios prestados.
Proyecto 5.2.3 Fomento y sostenibilidad de la educación superior-FOES-	Brindar apoyo a la comunidad para el acceso y permanencia en la Educación superior	A. Gestionar la suscripción de convenios con los sectores de la industria y el comercio que brinde apoyo a la población para su acceso a la educación superior.	2004-2005: Suscribir convenios con la industria y el comercio. Universidades y gestionar con el ICETEX para el fortalecimiento del FOES
	Posicionar al municipio como líder en la Región en la prestación de servicios educativos	B. Establecer convenios con identidades de orden regional, departamental y distrital nacional e internacional que permitan a jóvenes del municipio un mayor acceso a programas de formación.	2004-2005: Suscribir convenios que garanticen como mínimo el incremento en un 20% anual el acceso de jóvenes del Municipio a programas de formación.

		C. Mejorar el recaudo de Industria y Comercio para el fortalecimiento del FOES.	2004-2007: Realizar actividades educativas, de incentivos y coercitivas que garanticen el incremento en los recaudos de industria y comercio
		D. Efectuar control y seguimiento en el recaudo del FOES, para el beneficio de la población estudiantil	Establecer al 100% los mecanismos de seguimiento para recuperar la inversión.
<b>SUBPROGRAMA 5.3 Salud ejemplo de Gestión eficiente</b>	Fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, propiciando el acceso de los habitantes a los servicios de salud y beneficiando a todos los grupos etéreos residentes en el territorio municipal.		
<b>5.3.1 Aseguramiento en Salud con lealtad y Firmeza</b>	<b>Aumentar la cobertura de afiliación al régimen subsidiado en salud de la población en los niveles 1 y 2 del SISBEN</b>	A. Disponer de recursos propios para aumentar la cobertura al régimen subsidiado.	Lograr 250 nuevos afiliados anualmente, al régimen subsidiado.
		B. Promover antes las entidades públicas y privadas la afiliación al régimen contributivo de la población económicamente activa.	Lograr que el 100% del sector comercial, industrial y e servicios, afilien el 100% de sus empleados al régimen contributivo de salud.

Fuente: Plan de Desarrollo 2004 - 2007

Elaboración: Propia

**“UNIDOS CON JUSTICIA SOCIAL”  
ORLANDO GAITÁN MAHECHA  
2008 – 2011**

	¿Qué se quiere lograr? <b>OBJETIVO</b>	¿Cómo se puede lograr?	¿Cuánto se espera lograr? <b>META</b> (En términos de beneficio o cantidad, calidad cualidad u oportunidad de bienes y servicios)
<b>EJE SOCIAL</b>	<b>SECTOR EDUCACION</b>	Convocar a los habitantes del municipio en la participación para la construcción de un sistema educativo democrático , sostenible acorde al continuo cambio tecnológico y científico, en donde se incentive el conocimiento y valoración de patrimonio cultural, haciendo de “Chía una escuela de Todos y para Todos”, manteniendo una cobertura bruta total del 86% en educación básica y media.	
	<b>Cobertura y Permanencia en el sistema educativo.</b>		Mantener la Cobertura educativa en Básica y Media en el 86% Brutal Total. Disminuir en el 20% la tasa de deserción escolar en Educación Básica y Media a través de la estrategia de transporte y alimentación escolar, útiles, uniformes, pupitres, ayudas terapéuticas, aceleración del aprendizaje y servicios públicos.
	<b>Mejoramiento de la Calidad educativa.</b>		Disminuir en el 40% la tasa de reprobación escolar en educación Básica y Media Disminuir en el 50% el número de Instituciones Educativas clasificadas en las categorías BAJO y MUY BAJO de las pruebas de Estado ICFES. Implementar el programa de BILINGÜISMO en un 60% de la educación Primaria Básica media en el Municipio de Chía. Articular procesos pedagógicos, de la educación media con la educación superior técnica y tecnológica a través de convenios y créditos no reembolsables. Certificar la educación en el Municipio de Chía, previo cumplimiento de los requisitos establecidos por la Ley. Dotar con 2400 equipos de cómputo a las Instituciones Educativas Públicas del Municipio de Chía, con acceso a Internet. Realizar 10 convenios con Universidades, Instituciones y Organizaciones Nacionales e Internacionales, para promover proyectos misionales. Desarrollar programas de educación superior virtual en convenios con Universidades existentes, para el Municipio de Chía.

			Apoyar la educación superior pública en el Municipio de Chía (Universidades de Pamplona, Cundinamarca, otras)
			Construir 2 Jardines Infantiles en el Municipio de Chía
			Gestionar recursos para la implementación de las aulas mixtas en las instituciones Educativas Públicas Municipales.
			Gestionar los recursos para la terminación de la biblioteca y auditorio municipal.
			Desarrollar el Plan de Mejoramiento para la infraestructura física de las instituciones Educativas Oficiales del Municipio que incluya construcción de colegios (Foqueta, El cerro y Cerca de Piedra) y adecuación, o estudio de reubicación (Concentración Educativa General Santander.
<b>SALUD</b>			Meta 1. Ampliar en 5000 nuevos afiliados la cobertura de Aseguramiento en Salud en el Municipio de Chía.
Aseguramientos todos saludables. Ley 1898 de 2006	Mejorar la cobertura de aseguramiento y la prestación de los servicios de salud.		Meta 2. Garantizar la continuidad del 100% de la población afiliada al régimen subsidiado
			Meta 3. Gestionar que el 100% de la población reportada activa laboralmente cumpla con la afiliación al Régimen contributivo.
Plan de intervenciones colectivas PIC (RES 425/2008, Ley de infancia y adolescencia 1098 de 2006)	Implementar la promoción, prevención y control en salud a través de determinantes en salud, en la formación de capacidades y en la potenciación de las personas, hogares y comunidades.		Meta 4. Fortalecer la red pública y privada en la prestación de servicios de salud para los habitantes del Municipio de Chía.
			Meta 5. Asegurar el cumplimiento del 100% por parte del sistema obligatorio de garantía y calidad.
Salud Pública	Formular y ejecutar programas y proyectos orientados a la prevención, mitigación atención y rehabilitación en casos de emergencias y desastres.		Meta 6. Gestionar la descentralización administrativa en salud del Municipio.
	Fortalecer la atención pre hospitalaria, a través de un modelo que incluye el transporte en ambulancia y habilitación de la unidad móvil.		Meta 7. Adquirir dos ambulancias y/o moto ambulancias y habilitar una Unidad Móvil para el Municipio de Chía
			Meta 8. Gestionar la adquisición de tecnología de punta para brindar atención especializada a los habitantes del Municipio de Chía
			Meta 9. Cumplir con el 100% de las actividades propuestas en el plan local de salud en atención primaria
			Meta 10. Gestionar el aseguramiento del 100% de los empleados privados y públicos a una ARP
			Meta 11. Formular e implementar el 100% del plan de gestión de riesgos y atención de Emergencias y desastres en salud pública

Fuente: Plan de Desarrollo 2008 - 2011.

Elaboración: Propia