

EVALUACION DE POLITICAS PÚBLICAS EN EL SECTOR SALUD.
(REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD)
EN EL MUNICIPIO DE ROSAS
(2.004-2.006)

WILMAN JOSE CRUZ NORIEGA

Trabajo de Grado para Optar al Título de
Politólogo

Director: Jaime Fajardo Oliveros

POPAYAN
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE DERECHO CIENCIA POLITICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIA POLITICA
ENERO DE 2013

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está dedicado a toda mi familia, por su cariño y porque siempre me han apoyado. Gracias principalmente a mis padres **ADIL ARSENIO CRUZ Y RUBY NORIEGA**: Quiero que sepan que para mí son los mejores, gracias por la ayuda que de ustedes he recibido; éste trabajo es solo una pequeña muestra de lo mucho que les agradezco por la educación que me han brindado, esperando que mis hermanos aprendan algo de él, que les sirva como ejemplo para seguir adelante con sus proyectos de vida.

Aprovecho para decirles que cuando de verdad quieran algo, luchen por ello; que cuando las cosas son difíciles se disfrutan mucho más, y que sepan que a nuestros padres no les podemos regalar algo mejor que ver a un hijo feliz por tener lo que se merece gracias a su esfuerzo:

Gracias a Dios que me cuida siempre, me escucha las veces que lo necesito y, sobre todo, me da la fuerza para seguir adelante.

Gracias a todos y cada uno de los profesores de la Universidad del Cauca, por entregar parte de su vida para nuestro desarrollo.

Y como dicen que detrás de un no tan gran hombre hay una gran mujer, gracias a mi hermosa esposa, **BRIGITHE PEÑA VIDAL**, quien me ha acompañado en este largo proyecto, dedicando su tiempo junto al mío, para que este sueño de llegar a donde hoy me encuentro se haga realidad. Gracias también a tu familia: Mis suegros, mis cuñados por su amistad y confianza.

Gracias a todos y cada uno de mis compañeros de la Universidad porque, tal vez sin que lo sepan, aprendí de cada uno de ellos para cada día ser mejor: A todos gracias por su amistad.

Gracias a todos y cada uno de los que lean y han leído este trabajo porque, por ese simple hecho, ya forman parte de él.

LISTA DE TABLAS

TABLA 1	TOTAL RECURSOS REGIMEN SUBSIDIADO COLOMBIANOS 1.993, 1.998 Y 2000	Pág. 22
TABLA 2	AFILIADOS ARS PRESENTES EN EL MUNICIPIO AÑO 2003	Pág. 42
TABLA 3	TOTAL DE RECURSOS DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE ROSAS PARA LA VIGENCIA 2004.....	Pág. 56
TABLA 4	AFILIADOS ARS PRESENTES EN EL MUNICIPIO DE ROSAS AÑO 2005	Pág. 57
TABLA 5	INCREMENTO DE AFILIADOS ARS ENTRE EL AÑO 2004 Y 2005	Pág. 57
TABLA 6	TOTAL DE RECURSOS DE LA SALUD PARA LA VIGENCIA 2005	Pág. 58

CONTENIDO

1. INTRODUCCION	Pág	4
2. LA SALUD ELEMENTO INDISPENSABLE PARA LA VIDA	Pág	8
2.1. CONCEPTUALIZACION DE LA PARTE TEORICA DEL SECTOR SALUD.....	Pág	9
2.2. LA CALIDAD DE VIDA DEBATE CONTEMPORANEO.....	Pág	13
2.3. SALUD Y CALIDAD DE VIDA UNA RELACION RECIPROCA	Pág	15
3. PLATAFORMA JURIDICA PARA EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA.....	Pág	18
3.1. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA SALUD PUBLICA....	Pág	24
3.2. ANTECEDENTES DE LA NORMATIVIDAD EN EL SECTOR SALUD.....	Pág	26
3.3. EL ESTABLECIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN SALUD.....	Pág	33
4. EVALUACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE ROSAS.....	Pág	38
4.1. QUIENES SON REALMENTE LOS ACTORES QUE INTERVIENEN EN EL MANEJO DEL REGIMEN SUBSIDIADO	Pág	44
4.2. ANALISIS SOBRE LA PRESTACION DE SERVICIOS, ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y CONTRATACION DE RECURSOS DEL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE ROSAS	Pág	50
4.2.1. Contratación de recursos del régimen subsidiado en el Municipio de Rosas	Pág	50
4.2.2. Prestación de Servicios De Salud En El Municipio De Rosas	Pág	59
4.2.3. Entrega De Medicamentos en el Municipio de Rosas	Pág	62
4.3. LA INCLUSION DE LA SOCIEDAD ROSEÑA EN LA TOMA DE DECISIONES POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES DEL MANEJO DEL REGIMEN SUBSIDIADO	Pág	64
4.4. UNA PROPUESTA DE INTERES SOCIAL PARA LA APLICACIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO	Pág	67
5. RECOMENDACIONES	Pág	73
6. BIBLIOGRAFIA	Pág	78

1. INTRODUCCION

El avance por la dignificación del ser humano ha sido una lucha constante de la humanidad, es así como uno de los principales retos de los gobernantes sobre los cuales han marcado sus líneas de acción dentro del campo de la administración pública, esta avanzar; es decir, generar condiciones que permitan que los seres humanos puedan formar parte de un sistema que mediante sus acciones creen las condiciones para minimizar los factores de riesgo, y de esta forma mejorar la convivencia y la calidad de vida; que a su vez, se encuentra interrelacionada con un conjunto de condiciones que permiten gozar de un bienestar físico, psicológico y social; elementos que son básicos para la existencia y que deben formar parte desde el nacimiento de todo ser humano hasta su muerte; ello puede verse reflejado en una buena salud, y la salud entendida no solo como la ausencia de enfermedad, sino en un sentido más amplio, como el equilibrio entre el medio físico, social, político y ambiental.

Dentro de la declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en su Artículo 11, se habla de un avance en las medidas sanitarias sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y la asistencia médica, en la medida que los recursos públicos lo permitan. La Organización de Estados Americanos (OEA), ha logrado avanzar en materia de gestión pública en donde el Estado debe promover el derecho a la salud mediante medidas legislativas y políticas que deben de propender por la no discriminación, la igualdad de acceso, la participación comunitaria en el proceso de toma de decisiones, de igual forma promoviendo el desarrollo de políticas y la prestación del servicio desde la perspectiva de los derechos humanos; lo que debe entenderse a la salud, como un bien público de tal forma que impidan que funcionarios o particulares actúen de forma contraria al disfrute del bienestar físico y mental.

En Colombia se ha conseguido mucho dentro de estos aspectos, es así como la constitución política de 1991 en el Artículo 48 y 49, abre los espacios de debate sobre el tema de la salud y responsabiliza al Estado de la salud y bienestar de las personas, especialmente aquellos que son de escasos recursos económicos.

Más tarde se verá reflejado con la promulgación de la ley 100 de 1993, que se propone avanzar en la superación de las deficiencias del antiguo régimen de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. De acuerdo con el preámbulo de la ley 100 de 1.993, la seguridad social integral es el conjunto de instituciones normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la sociedad.

Sin embargo, después de casi dos décadas de su aplicación nos enfrentamos a problemas de diferente índole, entre algunos tenemos: 1). El manejo de los recursos se encuentra limitado a una serie de trámites e intermediaciones que impiden que se puedan generar programas de salud y si se logran, no se hacen de forma oportuna. 2). La educación para la salud, herramienta que permite la creación de conciencia social se encuentra con serias limitaciones. *“Ello se ve reflejado en una profunda crisis la cual abarca a todas las regiones del país que lleva a un agravamiento de la calidad de vida de las personas.”*¹

Es dentro de este marco que la administración pública, las políticas públicas y la ciencia política logran ubicarse en un importante espacio de análisis sin importar la concepción de estado que se defienda, la importancia surge por la misma necesidad del sistema de diseñar, e implementar políticas que permitan superar las desigualdades sociales y avanzar en programas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de la sociedad, y de esta forma propender por un mejor desempeño del Estado en la toma de decisiones y su mismo accionar;²

Avanzar dentro de estos aspectos implica generar formas de aprendizaje social e institucional que conduzcan a una reflexión sobre las experiencias negativas y positivas que permitan un análisis de resultados de las acciones políticas, sociales y económicas.

Es así como teniendo en cuenta estos aspectos, se pretende hacer un estudio minucioso sobre cuáles son las causas, factores y actores que han contribuido de manera directa o indirecta en el manejo que se le ha dado a la salud, especialmente al régimen subsidiado, como también los efectos e impactos que ha tenido ante la sociedad del municipio de Rosas, situado al sur occidente del departamento del Cauca *“a una distancia de 48 kilómetros de la ciudad de Popayán, con una población de 11.626 habitantes de los cuales 10.592 pertenecen a la zona rural y 1.034 a la cabecera municipal”*.³ Para lo que se tendrá en cuenta a todos los agentes, que de una u otra manera infieren en el proceso de desarrollo como son: la administración municipal, ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado), Gobernación Departamental, Dirección Departamental de Salud, directores del hospital nivel 1 de Rosas, ligas de usuarios, concejo municipal y la comunidad en general, esto con el fin de evaluar la gestión, planeación e implementación de las políticas públicas de la administración de turno para este periodo y mirar de que manera o en que grado

¹ BORRERO MORALES María Carolina, ROJAS MELLIZO Wilson Herney. Calidad de Vida Enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto. Editorial Universidad Nacional de Colombia Bogotá 2004. p. 82,83

² SOLARTE P. Leonardo. Las evaluaciones de las políticas públicas en el Estado liberal. Editorial Universidad del Valle programa editorial. Cali 2004 pp. 11

³ PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL DE ROSAS CAUCA. Francisco Rivera Rojas Alcalde periodo 2004-2007 “Unidos construyendo esperanza”

afecta la problemática general en salud al municipio o si por el contrario es ajeno ante esta realidad nacional.

El aspecto preciso que se quiere investigar, es entonces, dentro de la riqueza de los mismos, que confluyen en el análisis de las políticas públicas en salud, el que tiene que ver con la evaluación académica de dichas políticas relacionadas con el régimen subsidiado de Salud en un escenario y época concreta: Municipio de Rosas - Cauca durante los primeros tres años de la administración del doctor FRANCISCO RIVERA ROJAS, periodo comprendido entre el 2.004 al 2.006.

El estudio parece ser importante realizarlo, no solo por tratarse de un tema de políticas públicas, el que siempre ha sido de interés para la ciencia política, sino también porque es un tema que merece una prevalencia, ya que la salud es uno de los elementos más importantes para la vida digna de los habitantes de un pueblo y el mismo se hace cuando al parecer la ley 100 de 1993, empieza a evidenciar signos profundos de agotamiento, los cuales se hacen manifiestos en el problema que se ha generado en Colombia por las falencias que se presentan en el sector salud; y el municipio de Rosas no ha sido la excepción; teniendo en cuenta que en estos tres años (2.004,2005 y 2006), es donde se presenta la mayor cobertura del régimen subsidiado en Colombia y uno de los más beneficiados en el departamento del cauca fue el municipio de Rosas, con la más grade ampliación de cobertura del régimen subsidiado que haya tenido desde que se creó el régimen, por lo tanto se ha tomado este periodo por la importancia del proceso y en el municipio de Rosas porque es un municipio muy pobre, que ha sufrido en gran manera los desaciertos de la ley 100 de 1.993 y del sistema que a pesar de ser diseñado para favorecer a los más pobres, los gobiernos de turno no lo hacen ver de esta manera y lo utilizan como medio para permanecer en el poder, entregando los carnés de una forma clientelista y politiquera, permitiendo que el problema sea cada día más álgido. Es por esto, que en el municipio de Rosas no es extraño encontrar personas con más de un carné del régimen subsidiado o con subsidiado y contributivo o en el peor de los casos, observar a las personas del pueblo que cuentan con solvencia económica, ser atendidas por medio del régimen subsidiado y a los más necesitados, los vemos haciendo cola en la alcaldía, rogando por obtener un cupo y entrar a formar parte de los beneficiados del régimen subsidiado. Si a esto le sumamos que antes de este periodo la cobertura en este municipio había sido muy mínima, se hace más evidente el problema, siendo precisamente uno de los intereses que conllevan a evaluar este lapso de tiempo, para mirar de qué manera se han planificado e implementado políticas públicas que generen un impacto positivo en la población roseña o si por el contrario el problema persiste o empeora.

La atención en salud en el municipio de Rosas ha tenido muchas falencias, por ello es importante analizar cómo se ha dado la gestión de la administración actual frente a este problema y si ha mejorado frente a las anteriores administraciones.

El estado es el encargado de velar por el bienestar social de todos sus habitantes, y para esto se necesita no solo un sistema, sino un conjunto de sistemas que conlleve a que eso sea una realidad; estos deben estar enfocados de la misma manera en cada uno de los sectores que conforman la agenda política del mismo, representado en un gobierno que siempre tendrá como eje central la política; en un ámbito general, teniendo en cuenta que siempre tiene que primar la población que en últimas es la que cede el poder.

La política se puede ejecutar a través de políticas públicas o sin ellas, pero, un gobierno moderno debe estar centrado en establecer su agenda política a través de políticas públicas vista como la capacidad de resolver necesidades de la población de una forma eficiente y eficaz, a esto se le denomina gobernabilidad, que debe estar sustentada en un proceso complejo de investigación, planeación, gestión, implementación y evaluación. De esta manera contribuir a establecer la diferencia entre problemas y soluciones de una forma específica y acortar las discusiones, pues en que la gran mayoría se dan por la falta de un muy buen diseño sin capacidad de aplicación real.

En la agenda política está generalizado todo el sistema, tomando los problemas o necesidades de forma global, mientras que en la agenda pública se simplifica la gobernabilidad dándole importancia específica a cada uno de estos programas o sistemas encaminados a que el gobierno pueda brindar el verdadero desarrollo que es para lo que ha sido elegido por el poder primario.

No es que un gobierno no se pueda realizar sin políticas públicas, se puede hacer con la ausencia de estas, pero eso genera la necesidad de las mismas por los que están fuera del gobierno, así desde adentro se mire que esta articulación no es necesaria para su efectividad.

En los sistemas políticos de los estados democráticos, la implementación de programas debe estar supeditada a la participación ciudadana, en donde las comunidades formen parte importante de estos y se les permita jerarquizar sus necesidades; buscado la eficiencia en cada sistema que conforman la agenda pública, teniendo en cuenta que, los problemas deben ser debatidos y de igual forma las soluciones en el aspecto político social, con miras a menguar la insatisfacción y la permanencia de las mismas en la agenda.

Lo anterior evita que los programas de gobierno tanto nacionales, regionales y locales, solo sean un listado de necesidades sin soluciones reales o dirigidas a los problemas menores. Lo que se debe buscar con la implementación de políticas públicas es que cada día las necesidades o problemas comunitarios sean menores y que estas soluciones sean definitivas e integrales dentro del marco de las posibilidades.

si la preocupación de los gobiernos se centra en dar soluciones de forma integral con buenos diseños en la parte de políticas públicas, entonces no es tan importante que se hagan de manera inmediata, porque se estaría dando solución sin retroceso a la misma necesidad en el sector, así por ejemplo: Un gobierno puede brindar soluciones a infinidad de problemas con el propósito de no perder la hegemonía del poder, pero estos problemas se vuelven permanentes y de mucho impacto social y lo que se debe buscar son soluciones definitivas, aunque no tengan tanto impacto a simple vista para la sociedad en general.

La verdad es que la política siempre va a estar latente en diferentes formas, y las políticas públicas siempre dependerán de la política como tal; pudiendo llegar a ser imprescindibles para el éxito de los gobiernos y el progreso de los estados.

2. LA SALUD ELEMENTO INDISPENSABLE PARA LA VIDA.

Cuando se habla de políticas públicas en el sector salud, nos lleva a remitirnos específicamente a la defensa por la dignificación del ser humano, porque de la forma como se implementen las políticas encaminadas a dar solución en este aspecto, depende el bienestar de todo un pueblo o una sociedad determinada. La salud es un tema que ha formado parte en el accionar de los gobiernos, pues es ella un elemento fundamental que debe formar parte durante el periodo de vida de todo ser humano.

“Es por ello que la lucha cada día por mejorar la calidad de vida no puede ser un simple anhelo o una mera aspiración de los integrantes de la sociedad civil, sino un compromiso insoslayable de la acción pública cuya realización debe ser propiciada por quienes ejercen el poder en armonía con la sociedad a la cual representan”.⁴

Es así como la ONU (Organización de Naciones Unidas) por medio de la OMS (Organización Mundial de la Salud); es el organismo especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial; eleva la salud como un derecho fundamental que tiene todo ser humano, y que se ha ido nutriendo en los diferentes debates que se han dado sobre el tema y ello es resultado de los diferentes tratados internacionales. Dentro del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC), que definen la salud como el “Derecho del hombre a mantener y conservar del mejor modo posible su existencia humana, su vida plena y su salud corporal, su ser de hombre que es un requisito indispensable para llegar a ser lo que está llamado a ser.” Con la Organización Mundial de la Salud se permite avanzar en un concepto más amplio y completo ya que abarca la parte del bienestar físico, mental y social del

⁴ NORIEGA R. Carlos. GRIJALVA Elizabeth. La tierra cambia de piel. Editorial Planeta. Bogotá 2001 pp. 147, 148

individuo; lo que lleva a entender la salud dentro de un espectro más amplio donde se tienen en cuenta variables como: la nutrición, alimentación, trabajo, vivienda adecuada, todo ello interrelacionado, con la pobreza, distribución de ingresos y en general con la condición de vida relacionado con la idea de justicia social.

Es la salud es el derecho fundamental con mas ponderancia después del derecho a la vida, si se tiene en cuenta que la salud y la vida se convierten en un matrimonio inseparable, en la medida en que la una depende específicamente de la otra, porque no se puede vivir sin salud; y tener buena salud es muy importante para alcanzar una mejor calidad de vida, entendiendo la salud como elemento indispensable para la vida y no vista simplemente como un mecanismo para el bienestar social de la población.

También hay que tener en cuenta que la solvencia económica de las personas no siempre es sinónimo de salud o bienestar social, pues las enfermedades no respetan posición económica y la mayoría atacan a ricos y pobres de igual manera, claro está que con dinero se puede obtener solución a una gran cantidad de problemas de salud, además prevenir la mayoría de ellas; pero no en un cien por ciento. Obsérvese que puede haber personas en el mundo con mucho poder económico que darían lo que fuera, para tener la buena salud de que goza una persona de un estrato muy humilde, o por el contrario, un ser humano con un nivel económico muy bajo puede llegar a depender solo del dinero para obtener buena salud, lo que lleva a concluir que no solo con dinero se pueden resolver todo los problemas, porque es precisamente la salud el elemento más imprescindible para la calidad de vida, por encima de cualquier otro factor que a simple vista se vea como la posible solución a la misma, y la realidad es que para vivir dignamente, la salud ocupa un lugar muy importante en la sociedad y en la humanidad en general.

2.1. CONCEPTUALIZACION DE LA PARTE TEORICA DEL SECTOR SALUD.

A la salud a nivel mundial, se le ha dado múltiples conceptos pero el más común es el de verla como una política de mercado social en la cual no se valoran a los pacientes como tal, sino que por el contrario, se los mira como clientes, quienes dependiendo de su nivel económico-social, le serán prestados los servicios médicos de manera oportuna. En Colombia al igual que en muchos países, la salud es vista como un problema al que hay que atender, cuyo elemento primordial es la enfermedad, las cuales han sido clasificadas para suplir su atención y de esta forma, determinar si presentan o no, alguna solución. Lo que antecede resulta paradójico, cuando debería ser la salud, el elemento indispensable para la vida, pero una salud integral, entendida como la ausencia de enfermedad, donde la prevención sea el eje principal y no donde lo único que importe sea curarla.

Si se hiciera una encuesta a nivel mundial, donde se cuestionara cual es el elemento más importante para el ser humano, situando a la vida en primer lugar, la mayoría de los encuestados por no decir todos, contestarían que la salud, claro, esto hablando del ser como persona, porque por otro lado están los elementos como el fuego, el agua, la tierra, etc, y por lo tanto tienen una gran influencia en la vida pero en forma física.

Con respecto a la salud estamos viviendo una paradoja, porque de un lado venimos presenciando cambios revolucionarios en los conceptos tradicionales, la técnica y los métodos clásicos de la práctica médica, que están cediendo el paso a la aplicación de la más moderna tecnología de la electrónica: computadores, utilización del video y de ayudas diagnósticas sofisticadas, etc. Pero del otro lado vemos, que pese a que la salud de un ser humano tiene un valor supremo, su atención está sometida a las leyes del mercado, como una mercancía más destinada a ser prestado únicamente a los que tiene a quien comprarla: Por esta razón la relación-médico paciente entendida como una transacción más debe estar y está regida de hecho por leyes del mercado, por las leyes del capitalismo. Leyes inhumanas que condenan al sufrimiento a millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud por falta de dinero y que hacen que la medicina haya perdido su más noble propósito: como lo es hacer el bien a los pacientes por encima de toda otra consideración. Situación que llevó al Estado a intervenir tanto en su regulación, como en la prestación de los servicios de salud, creando sistemas estatales de salud, que pese a su escasa cobertura y calidad han representado una solución parcial a este problema; es decir que se ha dado un cambio cualitativo, y del médico de familia, hemos pasado a un sistema de socialización de los servicios de salud, ahora prestados en forma masiva, tanto por entes públicos como por privados, que en algunos casos generan conflictos de naturaleza ética, disciplinaria, civil o penal y que hacen que la sociedad toda y no solo el cuerpo médico, comencemos a reflexionar sobre esta profesión, tan importante para la humanidad, por lo que es en este concepto que es más válido hablar de ética y particularmente de ética médica⁵

Y qué decir de la Ética Médica, muy importante dentro de la evaluación y la implementación de políticas públicas, ya que en gran parte de la calidad de los profesionales de la salud y su ética, depende su éxito dentro de una sociedad determinada, siempre y cuando el sistema de salud o la normatividad les permita actuar sobre los tres pilares o principios de bases sólidas en los que se encuentra sustentada: El de beneficencia, el de autonomía y el de justicia. La aplicación de una ética médica fundamentada en el principio de beneficio, es susceptible de objeción si se tuviera en cuenta apenas al hombre aislado, al individuo egoísta, mediando su bienestar físico con único criterio de valor ético, sin nada que lo trascienda. Pero advertirnos que la Medicina trasciende más allá de la persona,

⁵ Luís Guillermo Serrano Escobar. Nuevos Conceptos de Responsabilidad Médica. Editorial Ediciones Doctrina y ley Ltda. Bogotá D.C. Colombia 2.006.

posible morigerar dicha objeción. El papel de la Medicina ha sufrido cambios sustanciales en lo que va corrido del presente siglo, pues, sin desentenderse del individuo aislado, ha contemplado también lo mucho que puede aportar al bienestar social comunitario. Algunas escuelas formadoras de médicos han venido propiciando, con indudable acierto, que su producto está capacitado para manejar al paciente como componente del núcleo social primario, la familia, y como parte importante de sociedad entera. El bien que la Medicina pueda dispensarle aquél, va a redundar en beneficio de éstas. Eso, creo, es trascender.

De otra parte, las políticas públicas son la solución de necesidades o problemas que afectan a una comunidad y la salud está dentro del sistema público como un sector importante, entonces si la promoción, recuperación y conservación de la salud es la razón ética de la Medicina, y deben de ser tenidas en cuenta a la hora de implementar políticas encaminadas a dar solución, así pues, cualquier acción contraria riñe con ella, choca con el principio de beneficencia. Teniendo en cuenta, así mismo, que lo que derive en beneficio de la salud del individuo es un derecho suyo, negárselo será antiético. No sólo los médicos y las enfermeras son quienes deben responder por la salud de las personas y de la comunidad, en ese proceso se halla también involucrada mucha más gente, no comprometida con la Ética Médica, pero sí con principios éticos de carácter universal, recogidos en códigos y declaraciones válidos. Me refiero con particular énfasis al Estado, con todos los funcionarios y con todas las agencias responsables de dar cumplimiento a esos compromisos. No basta, para contemporizar con lo ético, que se tenga la intención de hacerlo, sino que es Ineludible que se haga. A todo ciudadano, aun no teniendo la edad para asumir a plenitud sus derechos, le asiste el derecho que se le proteja la salud; y si la ha perdido tiene igualmente el derecho a acceder a los servicios asistenciales y beneficiarse de la Medicina; por supuesto que entre nosotros la Medicina es un artículo de costosa adquisición, lo cual la convierte en un bien elitista; por eso el derecho de disfrutarla quienes conforman los estratos sociales huérfanos de toda fortuna, que son más, tiende a trocarse en una franca utopía.

Además del derecho a que se le prodiguen cuidados para recuperar su salud, el enfermo tiene derecho a que se le suministren con suma consideración, es decir, respetando su condición de ser humano. El mal trato es común denominador del estilo empleado en la mayoría de las instituciones de carácter oficial y semioficial encargadas de prestar atención en salud. En ellas los funcionarios suelen actuar con dureza, a regañadientes, como si trabajaran contra su voluntad o se sintieran explotados laboralmente. En razón a que el enfermo no es el señor Pérez o la señora de Rodríguez, sino un número en un carné, se maneja como una ficha, haciéndose a la idea de qué por ser eso no sufre, no siente. No obstante que el ser escuchado tiene categoría de derecho, muchos médicos evitan el coloquio con el paciente, no disponen de tiempo para hacerlo, olvidándose que la palabra, el diálogo, son uno de los mejores instrumentos diagnósticos y terapéuticos, no remplazados por ningún aparato médico.

Junto con el de beneficencia y justicia, el de autonomía es el otro principio que sirve de base de sustentación a la Ética Médica; por eso, todo acto médico debe ser consentido, a no ser que se trate de un caso en que el paciente se halle mentalmente incompetente, circunstancia en la que la autonomía es transferida de manera tácita a los familiares más cercanos. A nadie, en posesión de sus plenas facultades, se puede forzar a aceptar un procedimiento diagnóstico o terapéutico, aunque el médico considere que es estrictamente necesario. Esa autonomía le permite también al enfermo ceder o no sus órganos para trasplante o para estudios especiales, y señalar la persona en quien delegar la autoridad y la responsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con los procedimientos que el médico proponga, en caso de que en el momento indicado no estuviese en capacidad de hacerlo por su cuenta. En otras palabras, la persona posee el derecho de delegar su voluntad en terceros.

Luego de las reflexiones anteriores, me asiste la certidumbre de que hablar de Ética Médica es hablar de Ética Humanista. El hombre es el objeto de ambas y la Medicina es la ciencia dedicada a cuidar su bien más valioso: la salud, sin la cual la existencia deja de ser amable.

Por otra parte, el médico es el instrumento o el medio para conseguirlo. Su profesión lo coloca en posición privilegiada para compenetrarse con quien la ha perdido. Beneficiarlo siempre, no hacerle nunca daño, tratarlo con consideración, respetar sus derechos, solidarizarse con su sufrimiento y con su dolor; todo esto es profundamente humano, pues trasciende lo simplemente corporal, se hermana con lo espiritual, pues la ética es también espíritu.

Para que se pueda entender un concepto general en salud y entenderla desde todos sus ángulos, la calidad de vida es su principal referente, y son los que tienen el poder, aquellos que deben actuar para que se genere un cambio que conlleve al bienestar de la humanidad en general y que no solo tiene que ver con la ética médica o la salud como elemento primordial para la calidad de vida, sino con muchos otros factores que influyen en el bienestar social y que son de suma importancia aunque estén en menor jerarquía que la salud, porque al final no importa tanto la diversidad conceptual sino el bienestar social y para ello es necesario, además de los conceptos que se le den a la salud, la formulación, la planeación, la implementación y la evaluación que se dé por parte de los gobernantes a este importante sector para la sociedad colombiana en general.

en el sistema colombiano la salud siempre va a estar supeditada al clientelismo, la burocracia y la politiquería por encima de todas estas especificaciones y por mucho que se estudie sobre cuál sería el o los conceptos más apropiados para definir la salud; no se llegará a una conclusión, mientras no se piense verdaderamente en cambiar el sistema, y de esta manera contribuir con un

desarrollo social real, donde la salud pueda jugar su mejor papel, se considere como elemento vital para la vida y así pueda ser definida como tal.

La salud es mas de responsabilidad estatal, administrativa y medica; que de asignar recursos en un presupuesto bien sea nacional, regional o municipal o de dividirla en 2 o más regímenes; con el actual sistema no alcanzaría ningún presupuesto, porque el problema no solo radica en la falta de recursos para el sector salud, sino en la forma como se deben administrar estos recursos. Tomando como base la calidad de la ética y responsabilidad médica y administrativa, donde se pueda hablar de salud en igualdad de condiciones para toda la población colombiana y sean mirados como pacientes y no como clientes, y se pueda generar e implementar políticas de salud integral en las que sea más importante prevenir que curar, y cuando se tenga que hacerlo, se haga con la intención de generarle salud a cada paciente, donde interese el bienestar de todo un pueblo y no de unos cuantos.

2.2. LA CALIDAD DE VIDA DEBATE CONTEMPORANEO.

Cuando se habla de calidad de vida se tiene que tener en cuenta que no solo se limita a una aplicación cuantitativa, resultado de la teoría de las necesidades básicas insatisfechas, que lo que hacía era una división del hombre entre el cuerpo y el alma a una realidad que abarca una totalidad de vida. Lo del cuerpo era materia racional que podía cuantificarse, medirse y convertirse en políticas públicas; *“Lo del alma carecía de importante lo cual era relevado a las ciencias blandas”*⁶. Hoy sin embargo siguiendo estos aportes nos enfrentamos a realidades distintas como personas que tienen sentimientos, que cantan, que lloran, que ríen y por tanto, tienen diferentes cosmovisiones del mundo, teniendo de esta forma una panorámica más completa de la existencia de la humanidad. Este proceso ha llevado a superar la concepción de desarrollo económico que durante décadas se convirtió en fracaso para nuestros contextos latinoamericanos.

El concepto de calidad de vida tiene que ver con lo íntimo, institucional, social todo ello interrelacionado con lo público con las conexiones con otros niveles del sistema y con otras dinámicas que renuevan la preocupación por la trascendencia y sentido social de las políticas, su formulación y ejecución, y por ultimo lo involucrado con el escenario de los servicios da paso acepciones sobre lo clínico y lo colectivo especialmente en los servicios de salud, asociados a la interacción y construcción con las comunidades que permiten

⁶ BORRERO MORALES María Carolina, ROJAS MELLIZO Wilson Herney. Calidad de Vida Enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto. Editorial Universidad Nacional de Colombia Bogotá 2004. pp. 18,19.

indagar por los problemas del entorno y su relación con la gestión colectiva de la salud y la enfermedad en el contexto vital de cada quien.⁷

La salud es muy importante para la calidad de vida, pero tiene que ir acompañada de una serie de factores que intervienen en este proceso, donde cada individuo tiene su propio concepto de calidad de vida; para unos la calidad de vida puede radicar en tener salud y solvencia o estabilidad económica, claro, esto entendiendo la salud como ausencia de enfermedad y no como un elemento trascendental para contribuir a una verdadera calidad de vida y por consiguiente a la vida misma. Para otros el concepto de calidad de vida va más allá, cuando se tienen en cuenta estas posiciones, pero el factor más significativo es el ser humano en su esencia, analizado desde una visión integral de lo que realmente significa la calidad de vida, investigando que es lo que busca ese ser en virtud de lo que es y a partir de esas respuestas, determinar cuál es el conjunto de medios condiciones y circunstancias que contribuyen de manera decisiva a crear un ambiente adecuado para lograr el objetivo que buscan, bien sea individual o colectivamente.

Para pretender obtener una excelente calidad de vida colectiva para una sociedad en particular, se debe tener en cuenta que el estado y sus gobernantes, son tal vez los actores con más influencia para lograrlo, ya que son ellos los encargados de velar por el bienestar de una colectividad. Hay estados que son potencia económica a nivel mundial, pero esto no es sinónimo de calidad de vida para su población en general, como es el caso de Estados Unidos, que se ufana de ser un país desarrollado, pero carece de integralidad en la medida en que su interés no es el bienestar social, por el contrario están enfocados a conservar su hegemonía, gastando miles de billones en proyectos que no contribuyen en lo más mínimo y que de invertir tan solo una parte de estos recursos significaría un avance muy importante en la calidad de vida de sus habitantes.

Por otro lado, están los estados realmente interesados en brindar una calidad de vida a su población, pero no se logra de una manera eficaz, al cien por ciento efectiva, ya que son muy pobres y su sistema y régimen, están limitados económicamente por los que se creen los dueños del mundo.

Para que se pueda mejorar en la búsqueda de la calidad de vida de una manera integral, tienen que generarse muchos cambios en cuanto al interés por la realidad social mundial y de cada pueblo en particular, de lo contrario, cada vez habrá más exclusión, más corrupción y más pobreza.

⁷ BORRERO MORALES María Carolina, ROJAS MELLIZO Wilson Herney. Calidad de Vida Enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto. Editorial Universidad Nacional de Colombia Bogotá 2004. pp. 56.

2.3. SALUD Y CALIDAD DE VIDA UNA RELACION RECIPROCA.

La vida es el elemento más importante para la humanidad y se debe respetar por encima de todo, pero hay países donde existe la pena de muerte y otros donde la vida no tiene ningún valor, así se promulgue en su constitución política; como lo que ocurre en Colombia, pues el estado se ha visto involucrado en casos de genocidio y otros delitos de lesa humanidad. Entonces, ¿cómo se pueden generar políticas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida, cuando no se tiene el más mínimo respeto por la vida?.

En la sociedad colombiana es muy común que a diario se le quite la vida a muchas personas, como también que el gobierno, viole cotidianamente los derechos fundamentales de sus gobernados.

Para que exista un verdadero interés por la calidad de vida de una población, se debe tener un respeto por la vida y todo lo que ella genera en el ser humano, y es donde la salud toma importancia en la vida y todo el mundo aspira a vivir saludablemente; y por consiguiente, se convierte la salud en algo indispensable para poder mejorar su calidad de vida. Pero la salud no depende generalmente de cada persona, aunque estas puedan contribuir por su cuenta en su salud individual, en la prevención y cura de algunas enfermedades, pero, es el estado el que realmente debe garantizar la salud de una forma integral como se explicó anteriormente; en vista de que una de las funciones del estado es generar programas que conduzcan a una mejor calidad de vida de su población en general; y la base principal es la salud, seguida de la educación, que de llegar a obtenerse por parte del gobierno, se podría llegar a tener muy seguramente más oportunidades de mejorar la calidad de vida, pues, no puede separarse la una de la otra, porque para tener buena calidad de vida se necesita fundamentalmente gozar de una salud integral.

La desigualdad social es uno de los mayores impedimentos para avanzar en el mejoramiento de la calidad de vida, porque el sistema de salud está diseñado como una política de mercado y solo se atiende bien a los buenos clientes que son los que pagan bien por el servicio y de manera inmediata y los que no tienen derecho por la exclusión social son los malos clientes o los más pobres y por lo tanto cada día empeora su salud y su calidad de vida. La ética médica juega un papel importante en la salud y por lo tanto en la calidad de vida y no es tenida en cuenta ni es aplicada de acuerdo a la ley por parte de quienes les corresponde, por esta razón es importante hablar un poco sobre la ética médica y la calidad de vida de los pacientes que al final son las víctimas de su mala aplicación.

La Ética Médica actual está sustentada en tres pilares o principios de bases sólidas: el de beneficencia, el de autonomía y el de justicia. Como dije atrás, la aceptación de una Ética Humanista fundamentada en el principio de beneficio, es susceptible de objeción si se tuviera en cuenta apenas al hombre aislado, al

individuo egoísta, mediando su bienestar físico con único criterio de valor ético, sin nada que lo trascienda. Pero advertirnos que la Medicina trasciende más allá de la persona. El papel de la Medicina ha sufrido cambios sustanciales en lo que va corrido del presente siglo, pues, sin desentenderse del individuo aislado, ha contemplado también lo mucho que puede aportar al bienestar social comunitario. Algunas escuelas formadoras de médicos han venido propiciando, con indudable acierto, que su producto está capacitado para manejar al paciente como componente del núcleo social primario, la familia, y como parte importante de sociedad entera. El bien que la Medicina pueda dispensarle aquél, va a redundar en beneficio de éstas. Eso, creo yo, es trascender.

De otra parte, si la promoción, recuperación y conservación de la salud es la razón ética de la Medicina, cualquier acción contraria riñe con ella, choca con el principio de beneficencia. Teniendo en cuenta, asimismo, que lo que derive en beneficio de la salud del individuo es un derecho suyo, negárselo será antiético. No sólo los médicos y las enfermeras son quienes deben responder por la salud de las personas y de la comunidad. En ese proceso se halla también involucrada mucha más gente, no comprometida con la Ética Médica, pero sí con principios éticos de carácter universal, recogidos en códigos y declaraciones válidos. Me refiero con particular énfasis al Estado, con todos los funcionarios y con todas las agencias responsables de dar cumplimiento a esos compromisos. No basta, para contemporizar con lo ético, que se tenga la intención de hacerlo, sino que es Ineludible que se haga. A todo ciudadano, aun no teniendo la edad para asumir a plenitud sus derechos, le asiste el de que se le proteja la salud; si la ha perdido tiene igualmente el derecho a acceder a los servicios asistenciales y beneficiarse de la Medicina. Por supuesto que entre nosotros la Medicina es un artículo de costosa adquisición, lo cual la convierte en un bien elitista; por eso el derecho de disfrutarla quienes conforman los estratos sociales huérfanos de toda fortuna, que son los más, tiende a trocarse en una franca utopía.

Además del derecho a que se le prodiguen cuidados para recuperar su salud, el enfermo tiene derecho a que se le suministren con suma consideración, es decir, respetando su condición de ser humano. El mal trato es común denominador del estilo empleado en la mayoría de las instituciones de carácter oficial y semioficial encargadas de prestar atención en salud. En ellas los funcionarios suelen actuar con dureza, a regañadientes, como si trabajaran contra su voluntad o se sintieran explotados laboralmente. En razón a que el enfermo no es el señor Pérez o la señora de Rodríguez sino un número en un carné, se maneja como una ficha, haciéndose a la idea de qué por ser eso no sufre, no siente. No obstante que el ser escuchado tiene categoría de derecho, muchos médicos evitan el coloquio con el paciente, no disponen de tiempo para hacerlo, olvidándose que la palabra, el diálogo, es uno de los mejores instrumentos diagnósticos y terapéuticos, no remplazado por ningún aparato.

Junto con el de beneficencia y justicia, el de autonomía es el otro principio que sirve de base de sustentación a la Ética Médica. Por eso todo acto médico debe ser consentido, a no ser que se trate de un caso en que el paciente se halle mentalmente incompetente, circunstancia en la que la autonomía es transferida de manera tácita a los familiares más cercanos. A nadie, en posesión de sus plenas facultades, se puede forzar a aceptar un procedimiento diagnóstico o terapéutico, aun así el médico considere que es estrictamente necesario. Esa autonomía le permite también al enfermo ceder o no sus órganos para trasplante o para estudios especiales, y señalar la persona en quien delegar la autoridad y la responsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con los procedimientos que el médico proponga, en caso de que en el momento indicado no estuviese en capacidad de hacerlo por su cuenta. En otras palabras, la persona posee el derecho de delegar su voluntad en terceros.

Así como todo individuo tiene, en principio, el derecho a que se le proteja su salud y a que se le proporcionen los medios para recuperarla si la ha perdido, también le asiste el derecho a que se le permita morir en paz, dignamente, cuando la ciencia haya agotado los recursos para prolongarle la vida en condiciones verdaderamente humanas. La llamada "distanasía" o "encarnizamiento terapéutico", es una forma nueva de diferir la muerte, de particular ocurrencia en las unidades de cuidados intensivos y en las salas de cuidados especiales, puesta en vigencia merced a los adelantos tecnológicos al servicio de la medicina. Por supuesto que se trata de algo muy costoso, utilizado en pacientes cuya solvencia económica sirve de carta blanca para que los médicos tratantes y las instituciones asistenciales privadas lo pongan en práctica, a sabiendas de que muchas veces lo que va a conseguirse es diferir una muerte bienhechora.

En contraposición a esta criticable circunstancia, es forzoso hacer mención a esa otra, más criticable todavía, de diaria ocurrencia entre nosotros, y de la cual el médico no es culpable sino testigo mudo e impotente. Me refiero a lo que se ha denominado "promortem" o "abandono terapéutico", drama muy conocido en los hospitales a cargo del Estado. Se trata de un atentado contra el derecho a la salud.

Aún más, contra el derecho a la vida. La falta de elementos indispensables, algunos no muy costosos, para la atención de enfermos en estado crítico, conduce a la pérdida de vidas, muchas de ellas jóvenes y promisorias. No se trata, como en el "encarnizamiento terapéutico", de exceso de recursos, sino de carencia absoluta de ellos.

Luego de las reflexiones anteriores, me asiste la certidumbre de que hablar de Ética Médica es hablar de Ética Humanista. El hombre es el objeto de ambas y la medicina es la ciencia dedicada a cuidar su bien más valioso: la salud, sin la cual la existencia deja de ser amable.

Por otra parte, el médico es el instrumento o el medio para conseguirlo. Su profesión lo coloca en posición privilegiada para compenetrarse con quien la ha perdido. Beneficiario siempre, no hacerle nunca daño, tratarlo con consideración, respetar sus derechos, solidarizarse con su sufrimiento y con su dolor; todo esto es profundamente humano, pues trasciende lo simplemente corporal, se hermana con lo espiritual. Y la Ética Humanista es también espíritu.

Con todo lo anterior se puede afirmar que la salud al igual que la ética médica como componente importante de la misma, son indispensables para mantener la calidad de vida de una población y de esta manera queda claro que la salud no es solo ausencia de enfermedad, y que hay muchos factores, actores, principios, aspectos que son importantes a la hora de hablar de salud y calidad de vida.

3. PLATAFORMA JURIDICA PARA EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA.

En Colombia Dentro del marco histórico y político en el que se forma la Carta Política de 1886, el Estado Colombiano no se plantea la salud como derecho inalienable de los individuos, sino que asume como su responsabilidad, aquellos problemas catalogados como “higiene pública” y algunos de los de la “higiene privada”. En el primer campo se ubican las acciones relacionadas con la salubridad de los puertos, el manejo de las aguas hervidas, el control de algunos alimentos, el control de establecimientos públicos y el seguimiento de las medidas preventivas diseñadas para el control de algunas de las enfermedades epidémicas. En el segundo, se incluían las acciones en el campo de la instrucción pública, con el fin de inculcar en el pueblo los conceptos de urbanidad. De esta manera, el Estado no asume como suya la asistencia a la salud, puesto que la atención a las enfermedades de los individuos era un problema privado, que cada quien debería resolver. Solo hasta la reforma de 1936, ante los cambios económicos y sociales, el Estado Colombiano asume deberes sociales, consagrados tímidamente y en forma general, el derecho a la asistencia pública (Art. 19 C.P. 1886).

Los precursores del liberalismo clásico comentan que en el estado de naturaleza el hombre es libre, e igual a los otros hombres y goza del derecho a la vida, derecho a la salud, derecho a la libertad y el derecho a la propiedad, cuya enumeración se constituye en el primer manifiesto sobre los derechos humanos. Pero todos estos derechos son concebidos como derechos individuales porque su realización depende única y exclusivamente de la iniciativa individual, así, el derecho a la salud entendido a la luz del liberalismo clásico no es el derecho a la salubridad pública, sino el derecho a la integridad personal, es decir a que nadie afecte la vida o salud de otro en forma injustificada.

“Como consecuencia de lo anterior esta es protegida por el Estado mediante el aparato judicial y policial. Pero superando el individualismo liberal clásico,

surgió a principio de este siglo, frente a las exigencias sociales que se manifiestan con el movimiento obrero europeo, la revolución Rusa y Mexicana y la República de Weimar, este otro conjunto de derechos humanos que se conocen con el nombre de derechos sociales, como son: Los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la asistencia social y a la salubridad pública.”⁸

El régimen de salud en Colombia ha tenido múltiples transformaciones a través de los tiempos, y es por ello que hay que tener un amplio conocimiento de este proceso de cambios en su historia, para llegar al Sistema de Seguridad Social en Salud que es como se conoce actualmente, y así poder analizar realmente el pasado, el presente y porque no el futuro de este sistema.

En el año de 1.973, se estableció el Sistema Nacional de Salud que estaba centrado o enfocado a prestar la atención en salud a las personas más pobres del país pero sin dejar por fuera los demás sectores sociales y el estado se encargaba de ejercer la dirección, el financiamiento y el control a través del ministerio de Salud, de los servicios seccionales de salud que administraban el personal y las instituciones a su cargo. Es así como nace un gran sistema (SNS), que a la vez se dividió en tres subsistemas:

Subsistema de Seguridad Social: Este subsistema se encargaba de los afiliados del sector formal, o sea todos los empleados vinculados debidamente bien fuese en el sector privado o en el sector público.

Subsistema Privado: Se encargaba de todos los ciudadanos con capacidad de pago o solvencia económica para cancelar por los servicios prestados en determinado evento.

Subsistema Público: Este era el alma del sistema en general en la medida en que estaba dirigido a las personas que no podían estar vinculados en ninguno de los dos anteriores, bien fuera porque no tienen un empleo formal o por falta de recursos para solventarlo o pagar por cada servicio prestado, estamos hablando de los habitantes más pobres de este país.

Los hospitales públicos y sin ánimo de lucro eran los encargados de prestar los servicios de salud en el país con un presupuesto a través de subsidios que el estado giraba con el fin de que se atendiera de acuerdo a la necesidad del servicio que se requiriera en su debido momento.

⁸ Luís Guillermo Serrano Escobar. Nuevos Conceptos de Responsabilidad Médica. Editorial Ediciones Doctrina y ley Ltda. Bogotá D.C. Colombia 2.006.

Este cambio institucional trajo consigo cambios que beneficiaron mucho en el campo epidemiológico, pero por otro lado se evidenció aún más la desigualdad social. La ineficiencia e ineficacia, hicieron que el sistema entrara en una profunda crisis, que fuera la que impulsara la creación de un nuevo sistema de salud que brindara a los colombianos lo que no tenían con el Sistema Nacional de Salud. Es entonces cuando se promulga la ley 100 de 1993, que a partir de entrar en vigencia se convierte en la plataforma política del sector salud y que aparece como SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad; Y está dividida en 5 partes denominados libros, sumados a estos todos los decretos y otras leyes que lo modifican.

Libro Primero: SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Libro Segundo: SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Libro Tercero: SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

Libro Cuarto: SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Libro Quinto: DISPOSICIONES FINALES

Para este trabajo de evaluación de políticas públicas en salud del régimen subsidiado en el municipio de Rosas periodo 2004-2006, se ha tomado como base importante el libro 2, que es en el que se encuentra todo lo relacionado al sector salud (SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD)

Con la ley 100, lo que se pretendía era mejorar el sistema en toda su estructura ofreciendo de esta manera a los ciudadanos colombianos una cobertura integral en salud, a través de planes de servicios que otorgaban salud individual por medio del programa Plan Obligatorio de Salud (POS), y salud pública por medio del programa Plan de Atención Básica (PAB), en estos dos programas se encuentran incluidos la atención a eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

Con este nuevo régimen se crean las EPS, o Empresas Promotoras de Salud que son las encargadas del aseguramiento de las personas. Y en remplazo del sector público aparece o se crea el Régimen Subsidiado, como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada. Total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la misma ley y se crea con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres, vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen estaban determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que de

acuerdo al nuevo régimen es el máximo ente jerárquico en cuanto al sector salud en el estado colombiano. Este régimen de subsidios es complementario del sistema de salud definido por la ley 10 de 1990.

La nueva legislación en salud ha previsto que los beneficiarios del régimen subsidiado sean los grupos de población más pobre, entre ellos tienen particular primacía los grupos más vulnerables.

La asistencia pública o social y como se infiere de su nombre, es la que está directamente a cargo del estado para personas carentes o de escasos recursos económicos o como los denomina la ley 100 de 1.993, para los más pobres y vulnerables de la población, criterio que vino a remplazar el viejo concepto que se tenía en nuestro país de considerar como de caridad, y los servicios suministrados a la población ausente de recursos, olvidando que la seguridad social es un deber estatal y un derecho para todos los habitantes del territorio nacional y no el resultado de prebendas derivadas de la generosidad o del desprendimiento de los gobernantes o de los legisladores del estado colombiano. Es así como son beneficiarios potenciales del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, todas aquellas familias que no tienen capacidad de pago para cubrir, total o parcialmente, la cotización, para poder tener derecho al plan obligatorio de salud.

De acuerdo con los estudios de pobreza disponibles en el país, que se utilizaron en el diseño financiero de la ley, el régimen subsidiado estaría en capacidad de cubrir aproximadamente el 30% de la población más pobre y vulnerable. Esto significa un grupo aproximado de 12 millones de personas como población objetivo del régimen.

La identificación de la incidencia global de la pobreza es, no obstante, más fácil que la identificación precisa de las familias que, por su estado de pobreza, ameritarían ser consideradas dentro del régimen subsidiado. Esta sección desarrolla estos criterios de selección de los beneficiarios.

La ley 100 sugiere que entre las personas más pobres, deberían privilegiarse aquellas que resulten más vulnerables. y en su artículo 157, hace una enumeración ejemplificaste -no exhaustiva ni sistemática- de al menos 20 de los grupos que podrían ser privilegiados en el sistema, entre los que se encuentran indígenas, campesinos, discapacitados y enfermos de Hansen, niños, mujeres y personas de la tercera edad, taxistas, obreros de la construcción y periodistas independientes.

El Sistema de Seguridad Social en Salud ha sido diseñado para integrar crecientemente los regímenes contributivo y subsidiado en sus planes de beneficios y en sus modalidades institucionales de operación. Por ello, en principio, las EPS deberían crecientemente ser las instituciones básicas de

administración del régimen subsidiado. Pero la ley 100 previó algunas condiciones institucionales especiales durante el periodo de transición. Recomendó concentrar la administración de este régimen en EPS sin ánimo de lucro, entre las que concedió especial prioridad a las Empresas Solidarias de Salud, que pudieran atender población allí donde no existiesen otras formas de organización propias del régimen subsidiado.

Así, podrán ser administradoras del régimen subsidiado todas las entidades promotoras de salud especialmente aquellas de carácter solidario, las cajas de compensación Familiar o sus asociaciones y otras entidades que impulsen la conformación de empresas solidarias.

Desde el punto de vista financiero, el régimen subsidiado en salud se apoya tanto en los recursos arbitrados por la ley 60 de 1.993 para la descentralización de competencias, como en los nuevos recursos del fisco nacional en la subcuenta de solidaridad del Fondo SYGA. Pero una fuente sustancial son las cotizaciones de solidaridad que harán todos los afiliados del régimen contributivo. También harán parte del financiamiento los demás aportes voluntarios que hagan los particulares a las empresas solidarias o a las otras entidades autorizadas para la administración de los recursos del subsidio.

Los recursos totales para subsidios en salud ascienden a \$118.000 millones en el año inicial de la reforma, crecen rápidamente hasta alcanzar \$800.000 millones en el año 1.998, y logran representar \$1.3 billones de pesos en el año 2.000.

TABLA NUMERO 1

DESCRIPCION	AÑO	MILLONES EN PESOS
Recursos totales régimen subsidiado para Colombia	1993	\$118.000
Recursos totales régimen subsidiado para Colombia	1998	\$800.000
Recursos totales régimen subsidiado para Colombia	2000	\$1.3billones

Tabla realizada por el suscrito con base en cifras del DNP (Departamento Nacional de Planeación).

También desaparecen los sectores privados del antiguo régimen en salud y aparece el Régimen Contributivo, para las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata la ley 100 en el Capítulo I del Título III.

El régimen contributivo de prestación de servicios de salud en Colombia tiene como agente central a las empresas promotoras de salud (EPS), cuya función es la de mantener la salud de la población. Para esto, todos los trabajadores formales del país deben estar afiliados a una de las 24 EPS, de las cuales 22 tienen cobertura en Bogotá. El pago que cada uno de estos afiliados realiza es de forma proporcional a su salario. Las EPS que recaudan estos aportes de los trabajadores entregan al Fondo de Compensación y Garantía (Fosyga) la diferencia entre el valor de la cotización y la unidad de pago por capitación (UPC), que corresponde al afiliado y a sus beneficiarios. El valor de la UPC, varía en función de las características del afiliado o beneficiarios, tales como edad y género, entre otras.

Con estos aportes, los afiliados a las EPS tienen derecho al acceso a los servicios de salud estipulados en plan obligatorio de salud (POS). Para hacer efectivo el acceso de los usuarios a estos servicios, las EPS deben establecer su red de prestación de servicios mediante las IPS. La relación que se establece entre EPS e IPS, puede ir desde la integración vertical hasta la contratación mediante el mercado, pasado por diversos tipos de acuerdos de cooperación. Dentro de la variedad de formas de relación entre estos dos agentes se dan varias formas de contratación, de las cuales las más comunes son pago por servicio, por capitación y por paquetes.

En el caso de las EPS – S, estas no tienen libertad de acción ya que funcionan en el ámbito local, tienen dificultades para incrementar el número de sus afiliados y, en algunos casos, obtienen un escaso margen de ganancia en sus operaciones, cobrando por persona asegurada y a la demanda. Su financiación depende de los ingresos solidarios del régimen contributivo; de los impuestos de armas y explosivos; el Fosyga; las Cajas de Compensación Familiar; recursos del situado fiscal y de inversión de los municipios.

Los organismos internacionales OMS., OPS, Banco Mundial y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, aprobaron la creación de un conjunto básico de servicios clínicos preventivos y de salud pública. Para nuestra estructura de salud equivalente al POS (Plan Obligatorio de Salud), el cual permite la protección integral de las familiar a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.⁹

Para los afiliados al régimen contributivo el contenido del plan obligatorio de salud lo define el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contemplado en la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Protección Social y las normas

⁹ Álvarez G., ARANH P., Botero A., Valencia C. Formas de contratación entre empresas promotora e instituciones prestadoras de servicios de salud, en el departamento del Quindío. Medellín: Universidad CES. Facultad de Salud Pública; 1996. Trabajo de grado.

que la modifican, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica contemplado en el acuerdo 228 de 2002.¹⁰

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), actúan como intermediarias, toda vez que son responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Estado. Ésta ingresa el dinero en una cuenta del Fosyga, adscrita al Ministerio de Salud, tras descontar una parte para licencias de maternidad, accidentes y otras eventualidades (en este punto se producen importantes desvíos de fondos que suponen en la práctica una capitalización de estas empresas). El FOSIGA les devuelve una cantidad de dinero por cada afiliado (Unidad de Pago por Capitación, cuya cuantía se fija anualmente). En el subsidiado, los intermediarios son las EPS - S, que reciben fondos de la mencionada cuenta del FOSYGA y los Entes Territoriales.

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son personas naturales o jurídicas, públicas, mixtas o privadas, hospitales, centros de salud, etc. De acuerdo a este régimen funcionan por demanda: no disponen de un presupuesto previo sino que las EPS del contributivo o subsidiado les pagan cuando prestan los servicios y los facturan. El paciente se convierte en cliente.

En rasgos generales, el principal problema aparece porque las instituciones prestadoras de servicios de salud quedan supeditadas a la acción de los intermediarios, que les giran los recursos en lugar de recibirlos directamente. Mientras tanto, las EPS (Entidades Promotoras de Salud), reciben mensualmente los recursos por cada una de las personas afiliadas, independientemente de que éstas utilicen o no los servicios y esto es una de las causas para que el sistema falle en gran magnitud porque si el dinero se queda en los intermediarios y no llega al destino que realmente debe llegar, entonces los grandes ganadores o los verdaderos beneficiados del sistema son los intermediarios, que de una u otra manera infieren en el proceso del manejo de la salud.

3.1. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA SALUD PÚBLICA.

*“La salud pública es un proceso dinámico en el que intervienen la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, las condiciones de su entorno ecológico, su participación en el desarrollo cultural, productivo científico y tecnológico.”*¹¹ Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas

¹⁰ Álvarez G., ARANH P., Botero A., Valencia C. Formas de contratación entre empresas promotora e instituciones prestadoras de servicios de salud, en el departamento del Quindío. Medellín: Universidad CES. Facultad de Salud Pública; 1996. Trabajo de grado.

¹¹ MALAGON L Gustavo, y MORERA G Ricardo. La salud publica situación actual propuestas y recomendaciones. Editorial Médica Internacional LTDA Bogotá 2002 pp. 16,17

sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud.

Una política de salud implica la definición de la misma como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito, esta puede o no alterar el estado de salud de la población, así como puede o no modificar el sistema de salud. En principio las políticas de salud tienen su génesis en la identificación de problemas en el estado de salud, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, etc., que son el insumo de proposiciones políticas.

El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud.

El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en su favor y puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud.

La definición de este último concepto evidencia su conexión con los dos anteriores, al mismo tiempo en que de él se desprende que puede existir una respuesta social a los problemas de salud de la población que no involucre al Estado. El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más amplios que el sistema de atención médica. En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

La Salud Pública Representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, a mejorarle la convivencia y la calidad de vida; que a su vez representa el conjunto de condiciones que garanticen el estado de bienestar físico psicológico y social, básico para la vida de las personas desde el momento de la concepción hasta la muerte; es un proceso dinámico en el que interviene la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre las condiciones de su entorno ecológico, su participación en el desarrollo social, cultural, productivo, científico y tecnológico. Al hablar de salud pública no solamente se señala al ser humano ausente de enfermedad, sino como activo factor productivo y convivencia para el mejoramiento de las condiciones personales y de la sociedad a que pertenecen¹².

¹² MALAGON L Gustavo, y MORERA G Ricardo. La salud pública situación actual propuestas y recomendaciones. Editorial Médica Internacional LTDA Bogotá 2002 pp. 15,16

En el ámbito colombiano la salud pública es entendida como una solución a las necesidades básicas en salud, supuestamente para los menos favorecidos y así reza en la constitución política del 91, que en su artículo primero, define que Colombia es un Estado Social de Derecho, *“lo que respalda a través de todo el texto constitucional. Que implica que el país asume la forma del Estado de bienestar, que garantiza estándares mínimos de salarios, salud, alimentación, educación, vivienda, asegurados para todos los ciudadanos, como un derecho y no simplemente como una caridad”*¹³.

El artículo primero, además establece los principios que inspiran nuestro ordenamiento jurídico, tales como el respeto a la dignidad humana, la solidaridad y la prevaencia del interés general, que son los pilares sobre el que descansa el régimen constitucional.

Pero la realidad es otra, cuando se analiza que toma más importancia el interés personal visto de muchas formas, por encima del interés social y comunitario que es el que realmente debe interesar, cuando se relaciona con políticas públicas en cualquier sector y máxime si es el sector salud que es el más importante en cuanto a bienestar social y a la integridad personal se refiere.

La salud pública debe estar enfocada al servicio integral en salud de todos los integrantes de un estado sin capacidad económica para ingresar a otro régimen de salud, como el contributivo, servicios médicos prepagados e independientes del sector privado, en la medida en que esta debe estar no solo regida por el estado, también debe ser diseñada, gestionada e implementada y evaluada por el mismo mediante diferentes políticas unas públicas y otras privadas de acuerdo a los actores y factores que intervienen en el proceso.

3.2. ANTECEDENTES DE LA NORMATIVIDAD EN EL SECTOR SALUD.

Desde todo punto de vista el estado debe ser el responsable del bienestar social en el cual la salud es uno de los deberes importantes de este para con sus gobernados y por lo tanto un derecho propio de todo ciudadano en los regímenes democráticos, en la medida en que cada uno de los individuos ceden el poder para establecer un modelo de gobierno bien sea representativo o directo, esperando todos los beneficios sociales y comunitarios o individuales que este pueda garantizar en todos los sectores que abarca la política. Y la política en salud junto a la de educación, debe ser de vital importancia, si tenemos en cuenta que

¹³ Luís Guillermo Serrano Escobar. Nuevos Conceptos de Responsabilidad Médica. Editorial Ediciones Doctrina y ley Ltda. Bogotá D.C. Colombia 2.006.

un pueblo sano y con un alto nivel de educación se convierte en una de las bases fundamentales para el desarrollo y por tanto para el progreso de un país.

La constitución que servía de marco al anterior Sistema Nacional de Salud, no describía al estado colombiano como uno social de derecho. La constitución de 1886 definía el estado colombiano como “estado de derecho”

La Constitución Política de 1991, introduce una palabra a la descripción inicial del Estado: Colombia es ahora un “estado social de derecho”.

La inclusión de la palabra “social” tiene profundas implicaciones en la manera de concebir el Estado sus responsabilidades para con los habitantes del territorio nacional, pues los servicios de salud, que antes se prestaba a los colombianos bajo un esquema de beneficencia pública, se convierte ahora en un derecho de las personas.

Aunque en la actual constitución no se establece el derecho a la salud como un derecho fundamental, pues este aparece en el capítulo de derechos prestacionales, a saber: Derechos sociales, económicos y culturales; existe en la actualidad abundante jurisprudencia de la Corte Constitucional que vincula el derecho a la salud con derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la dignidad, al trabajo, etc.

Es así como la salud dejó de ser un favor que el Estado hacía a la población sin capacidad de pago, para convertirse dentro del estado social de derecho, en un derecho exigible y defendible que en ocasiones se ligaba a otros de mayor jerarquía. Esta nueva condición trae profundas implicaciones de tipo legal y económica para el Estado, quien ahora deberá garantizar el acceso a las atenciones en salud a través del diseño de un Sistema de Salud que organizara las instituciones, sean públicas o privadas, los recursos físicos y financieros, dentro de un ordenamiento jurídico que le permitiera a los colombianos acceder a un ambiente saludable y a los servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento, a saber: Sistema de seguridad social en salud.

Con ese marco constitucional como telón de fondo, se hacía necesario iniciar una transformación del modelo de salud que para esa fecha era un modelo de carácter principalmente nacional con predominio de lo público.

Desde el ministerio de salud se controlaban los Servicios Seccionales de Salud, que a su vez, controlaban los hospitales públicos de tercer nivel (Hospitales Universitarios) y los de segundo nivel de atención (Hospitales Regionales), los que por ende, controlaban los de Hospitales Locales, Centros de Salud y Puestos de Salud.

Se trataba principalmente un sistema de predominio público, financiado con recursos fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos, para que desde los casi omnipotentes Servicios Seccionales de Salud se diagnosticara el estado de salud de la población, se planificaran los servicios, se administraran los recursos financieros, se nombrara el recurso humano de salud, se vigilara y controlaran los indicadores básicos de salud pública y se ejerciera inspección, vigilancia y control de los recursos físicos y financieros. Era evidente que ante tal multiplicidad de funciones se generara un esquema ineficiente, altamente burocratizado y propenso a la corrupción, pues prácticamente se trataba de ser juez y parte.

Las direcciones seccionales de salud eran responsables de: Dirigir el sistema territorial de salud, adaptando los lineamientos del orden nacional a la realidad política y epidemiológica de la región, prestar los servicios de salud a través de una red de instituciones de carácter público, ejercer las funciones de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental y vigilar y controlar la ejecución de los recursos transferidos a los hospitales públicos.

A su vez, la red hospitalaria pública tenía dos razones para hacerse cada vez menos eficiente: Primero, las cada vez más onerosas convenciones colectivas hacían que la carga prestacional se incrementara hasta alcanzar niveles insostenibles ; y segundo, los nombramientos de trabajadores supernumerarios o nóminas paralelas (para saciar los apetitos políticos de las clases dirigentes que para ese entonces dominaban los Servicios Seccionales de Salud) dieron al traste con los ya desvencijados hospitales que no podían sostener siquiera la nómina y gastos generales que estaban presupuestados, mucho menos los no presupuestados. A toda esta lamentable condición del sistema, se le añaden otras deficiencias como la falta de cobertura familiar y la aplicación de preexistencias en las entidades de previsión social y el Instituto de Seguro Social.

La reforma al régimen de salud en Colombia se da mediante unas tendencias que en las décadas pasadas venían sustentando todo lo referente a las políticas de salud y por consiguiente, cómo se concibió la atención o la prestación de servicios en salud, y que de igual manera responde al paradigma establecido en su momento como modelo de orientación de las reformas a los regímenes de salud en muchos países de América Latina.

En los años setenta se formularon e implementaron políticas públicas en el sector salud inspiradas en modelos burocráticos que permitían la creación y el fortalecimiento cada vez mayor de las empresas y organizaciones que crecían rápidamente gracias al sistema para financiar y proveer la atención en salud. Debido a esta concepción se derivaron muchos problemas que hicieron que surgieran nuevas formulaciones consignadas en algunas resoluciones como (Informe LALONDE, salud para todos de la OMS declaración de ALMA ATA), que partían del reconocimiento de la necesidad de un enfoque intersectorial de los

problemas de la salud y de nuevas formas de comprometer a los individuos y sus comunidades en la protección, restauración y protección de su propia salud.

A comienzos de los años ochenta, la teoría económica comienza a tomar fuerza y a ejercer una gran influencia en la prestación de servicios en el sector salud. Los servicios de salud son analizados económicamente y esto permite que se convierta en la base fundamental para la formulación e implementación de políticas en salud, evidenciándose así un reconocimiento de la superioridad de los mecanismos del mercado, lo que conlleva a una redefinición del papel del estado en su intervención que finalmente opta por sustituir las normas instituciones y mecanismos como la planificación por medio de la competencia los precios y los incentivos en el área de los servicios públicos o semipúblicos del sector salud.

Así la formulación de políticas en el sector salud, tuvieron una expresión muy importante en las políticas sectoriales de las instituciones multilaterales de crédito y en los paradigmas de reforma, que luego se impulsaron en los años 90 en la mayoría de países, dando origen a un movimiento internacional de reforma del sector salud que básicamente obedecía a un paradigma surgido del análisis de los servicios de salud en los países desarrollados. De esta manera el estado pasa de ser proveedor de servicios y pagador de servicios en instituciones oficiales, a financiador y administrador del cambio y el crecimiento en el sector salud.

Las tendencias descritas anteriormente convergían con la corriente de AUGÉ a finales de los años 80 y comienzos de los 90, de amplias reformas en América Latina caracterizadas por procesos de ajuste y estabilización macroeconómica, mediante procesos de aperturas de las economías, medidas de desregulación monetarias, financieras y cambiarias y de flexibilización del mercado laboral, orientadas a mejorar la competitividad y a darle una mayor vigencia al mercado como mecanismo para asegurar una mejor asignación de los recursos.

En este contexto, la mayor parte de las reformas de los sistemas de salud emprendidas por varios países de América Latina, optó por la eliminación del monopolio público de prestación de servicios de salud incorporando en mayor o menor medida esquemas de competencia y de mecanismos de mercado y de precios, con el propósito de aumentar la cobertura, la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios de salud.

Los objetivos centrales de esta estrategia son: Eliminar la diferencia entre los planes de salud que sean distintas del precio y desviar la atención desde factores de tipo subjetivo hacia el precio y medidas más objetivas de la calidad de los servicios. Ello determina que la competencia regulada sea una competencia regulada por el precio representado en la prima anual que se paga por un plan de beneficios y no en el precio que se paga por cada servicio individual; concepción que es compatible con la existencia de copagos y costos deducibles en los servicios individuales; mecanismos que pueden utilizarse para influir sobre la

conducta de los usuarios, con el propósito de obtener un uso más racional de los servicios.

También se pretende es generar más libertad por parte de los usuarios y por lo tanto, la competencia regulada supone unos agentes compradores inteligentes y activos que contratan planes de salud en nombre de un grupo de afiliados y que en forma permanente, observan, estructuran, y ajustan el mercado, cuya tendencia es evitar la competencia por el precio. Estos agentes llamados patrocinadores que pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta actúan entonces, como agentes intermediarios que contratan con aseguradores de salud que combinen la financiación, con la prestación de servicios, lo relativo a beneficios cubiertos, precios, procedimientos de afiliación y otras condiciones relacionadas con la participación de los usuarios.

Sin embargo en la aplicación de esta propuesta teórica a la reforma colombiana, no se logró definir de manera clara el papel de los patrocinadores cuya función quedo diluida entre la asignada al gobierno y los aseguradores (empresas promotoras de salud); en el primer caso, como parte de la responsabilidad de determinar las reglas de equidad y de las medidas para evitar la selección de riesgos en el aseguramiento y en el segundo, dentro de las funciones de la administración del proceso de afiliación y de la selección de los proveedores a nombre de los afiliados; no obstante la determinación de las reglas de juego con el fin de garantizar la competencia y enfrentar fallas previsibles del mercado.

De igual manera, se puede decir que en Colombia a partir de 1990, la descentralización de competencias y recursos en el sector salud, el desarrollo empresarial de los hospitales y la ampliación de la cobertura de la seguridad social en salud, han permitido conseguir importantes resultados, como la cobertura de la oferta pública de servicios y la seguridad social.

De acuerdo a la encuesta sobre la calidad de vida en Colombia, en el año 1.997 se encontró que en las zonas más pobres de Colombia, en las cabeceras de 110 municipios, de 1000 en total, la accesibilidad a los servicios médicos cubría el 95% de la población. Además el 87% manifestaba estar satisfecha con los servicios recibidos y que el 57% estaba afiliada a la seguridad social, el 85% consideraba que la atención había sido oportuna y el 82.5% evaluó la calidad del servicio como buena.

Cabe recordar que en 1990, el estudio sectorial de salud había encontrado una accesibilidad a los servicios del subsector oficial directo de solo el 35% y con aseguramiento social el 20,6%, estos indicadores se reajustaron hacia septiembre de 1992, estableciendo mediante la encuesta nacional de hogares, que el 81% de la población global tenía acceso a los servicios de salud, un 23% de la población total que además de accesibilidad estaba afiliada a la seguridad social en salud.

Generalmente la cobertura de entidades públicas de la seguridad social y privada pasaron de cubrir el 60% de la población en 1990, a cubrir el 90% en 1997 sin embargo, hay muchas falencias en el campo de la promoción y prevención y de los programas de salud pública en general.

Otro tipo de cambio se aprecia en el incremento de los recursos financieros; el soporte para la expansión en la accesibilidad de los servicios, y garantizar el aseguramiento, lo encontramos en los nuevos recursos financieros que fluyen hacia los hospitales y hacia la creación y desarrollo del régimen subsidiado de salud, que es financiado en un 70% con recursos descentralizados de los departamentos y municipios.

Estas nuevas fuentes de recursos se han originado directamente en el proceso de descentralización y su participación en los ingresos corrientes de la nación, otras en el estímulo al esfuerzo propio de las entidades territoriales y en la reforma a la seguridad social, así de forma agregada para el año 88, el gasto fiscal y parafiscal de la salud, se situaba en cerca de 2.67% del PIB, y para el año 97 había ascendido a 6.39% del PIB nacional, es decir, su participación en el conjunto de la economía se había multiplicado por 2.4, cuando el gasto fiscal en salud paso del 1.39% del PIB en el 88 hasta llegar al 3.72 % en 1997 creciendo su participación en el PIB en 2.7 veces en 10 años.

Se puede decir entonces que la reforma de descentralización que repercutió a las entidades territoriales y los hospitales permito mejorar la accesibilidad a los servicios y en solo caso de los hospitales públicos su cobertura evoluciono desde el 35% en el 90, hasta el 63% en el 97 aproximadamente, como también se puede decir que los recursos para el sector salud crecieron considerablemente respecto al PIB nacional como se suscribe anteriormente, claro está con muchas falencias en la prestación de servicios como por ejemplo en el programa de promoción y prevención que es quizá el más importante para que se vean avances significativos en el desarrollo de la salud en Colombia.

Con la nueva reforma que nace a finales de los ochenta y se concreta a comienzos de los noventa y que tiene que ver con lo anteriormente mencionado, se debe tener en cuenta que es cuando se instaura una competencia regulada entre agentes reguladores y prestadores, para estimular así la eficiencia en el manejo de los recursos de la salud y la calidad en la prestación de los servicios de salud, la financiación del sistema sufre transformaciones y aparecen en primer lugar, los subsidios a la demanda cambiando así de un enfoque asistencialista a uno de derechos individuales del usuario o paciente.

En general esta reforma pretendía cambiar el antiguo sistema de salud en favor de la comunidad colombiana, pero después de más de una década, a comienzo y a mediados de los años 2000, se puede percibir claramente que la esencia para la

cual fue creada la ley 100, el cual era solucionar toda la problemática que según los analistas presentaba la salud en Colombia, no se ha aplicado y que estos problemas persisten y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), presenta serias complicaciones o falencias que se hacen evidentes en la prestación de los servicios, la falta de viabilidad financiera, un mal sistema de inspección y control y un retroceso en el perfil epidemiológico de la población.

Esto hace que cada vez sea difícil el acceso a la salud en Colombia, para millones de habitantes con un porcentaje casi de un 30%, que va en contra del principio de universalidad y existe inequidad en el sistema dado por los distintos planes de los diferentes regímenes de salud, como el POS subsidiado y POS contributivo y en los no cubiertos, y que deben de ser atendidos por el régimen. No se han puesto en práctica los mecanismos de control de mercado propuestos al comienzo por la reforma y el gran número de recursos recaudados no se ha visto reflejado en resultados óptimos; esto se puede dar por la gran intermediación de las EPS, Y ARS, que a su vez causan un gran impacto negativo en las finanzas de las IPS de la red pública; que por cierto se les obligo a competir con servidores privados de salud en todo el territorio nacional.

A lo anterior se les suma la falta de sostenibilidad y viabilidad del sistema actual, ya que los ingresos provienen de los aportes realizados por los trabajadores formales, esto en un país donde la tasa de desempleo supera el 10% y la del sub empleo el 35%, lo cual crea un clima de inestabilidad, haciendo que cada vez más se incrementen los aportes gubernamentales y por ende la crisis fiscal de la nación.

Luego aparece para el año 2004, un intento de reforma a la ley 100 (el proyecto de ley 052 de 2004), que busca, entre otras cosas, reordenar el sistema general de seguridad social en salud en la parte de ampliación de cobertura, el fortalecimiento del ministerio de la protección social en la regulación del SGSSS, la reestructuración e implementación de un sistema de vigilancia y control, el equilibrio en las relaciones entre las aseguradoras, prestadoras, financiadores y vigilantes al interior del SGSSS, la racionalización de la prestación de servicios de salud de acuerdo a la demanda existente, teniendo en cuenta el equilibrio presupuestal, la equidad social y regional, el fortalecimiento de los planes y proyectos de salud pública en el territorio nacional y el mejoramiento del sistema de información del SGSSS. Con esta reforma lo que se pretende es ajustar y profundizar el sistema de aseguramiento y así cumplir con los principios de Universalidad, solidaridad, eficiencia y equidad, que es lo que está plasmado en la constitución de 1991 y que es la que aún nos rige en Colombia.

3.3. ESTABLECIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN SALUD.

Por medio del nuevo régimen en salud, pasamos de un sistema nacional de salud a un sistema general de seguridad social en salud, el modelo ha resultado atrayente porque incorpora elementos centrales de la lógica del mercado de servicios en todo el sistema, como la competencia y la libre elección del usuario, al tiempo que desarrolla mecanismos de regulación, de solidaridad financiera entre ricos y pobres, y nuevas funciones de la función pública estatal.

“Uno de los objetivos que se buscaba con la implantación del SGSSS es el aumento de la eficiencia del sistema, para lo cual se introdujeron las siguientes modificaciones: a) se separaron las funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud y se permitió la participación del sector privado; b) se estableció que la relación entre aseguradores y prestadores esté determinada por el modelo de competencia regulada propuesta por Enthoven (1997), en el cual el Estado juega fundamentalmente el papel de regulador.”¹⁴

En este contexto está claramente reconocida la importancia de estudiar el sistema de pago y formas de contratación de los servicios de salud en Colombia, debido al efecto que éstos tienen sobre la calidad de los servicios y el desarrollo tecnológico del sector.

Con la Constitución de 1991 Colombia se proclama como un estado social de derecho, organizado en la forma de república unitaria descentralizada, con autonomía de sus Entidades territoriales, democráticas, participativas y pluralistas fundadas en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.”¹⁵

Con esta constitución se le da más importancia a los derechos fundamentales, sociales y culturales, tomando a la salud como uno de los más importantes para contribuir al bienestar social de los colombianos y es así como en sus artículos 48,49 y 50 al tenor rezan:

Art 48 Derecho a la salud. Saneamiento ambiental, la seguridad social es un servicio De carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los Términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

¹⁴ Torres S., García. Quintero J. Costos de Transacción y Formas de Gobernación de los Servicios de Consulta en Colombia. 2007. En: Cuadernos de Economía, Vol. 44 (Noviembre), p. 233-262.

¹⁵ GOMEZ SIERRA Francisco. Constitución Política de Colombia. Editorial Leyer. Quinta Edición. Bogotá Colombia 1995.

El estado con la participación de particulares, ampliara progresivamente la cobertura de seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

La seguridad social podrá ser prestada por entidades Públicas o privadas de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los de Las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

Art 49: La atención de salud y saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de salud.

Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para establecer la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizaran en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Art 50 Derecho de los menores a la protección o seguridad social por parte del estado. Todo niño menor de un año que no este cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del estado. La ley reglamentara la materia”¹⁶

Con la nueva constitución se abre el espacio y las garantías para crear un nuevo sistema de salud, donde puedan caber todas las clases sociales, y lo que se busca, es que haya un régimen contributivo para las personas que tengan como pagarlo o empleados y paralelamente pero en la misma norma un régimen subsidiado por el estado, que entraría a beneficiar a los más necesitados o

¹⁶ SIERRA Gómez Francisco. Constitución Política de Colombia. Editorial. Leyer Quinta Edición. Colombia. 1995. Artículos. 48,49

desfavorecidos. Y es en este momento dos años más tarde de haber cambiado la constitución, donde aparece el proyecto de ley, que después de los debates correspondientes, se aprueba el 23 de diciembre de 1993. Y que se define como:

“La seguridad social integral, que es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.¹⁷”

En la ley 100, “La seguridad social integral”, en su artículo 155, se refiere textualmente a la conformación del Sistema de Seguridad Social en Salud que está integrado por:

1. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:
 - a) Los Ministerios de Salud y Trabajo;
 - b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
 - c) La Superintendencia Nacional en Salud;
2. Los Organismos de Administración y Financiación:
 - a) Las Entidades Promotoras de Salud;
 - b) Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud;
 - c) El Fondo de Solidaridad y Garantía.
3. Las institucionales Prestadoras de servicios de Salud, públicos, mixtos o privadas.
4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente Ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.
5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
6. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.
7. Los Comités de Participación Comunitaria 'COPACOS' creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

El Sistema de Seguridad Social en Salud ha sido diseñado para integrar crecientemente los regímenes contributivo y subsidiado en sus planes de

¹⁷ Ley. 100 de 1993. Editorial Leyer. Edición 2010. Santa fe de Bogotá D.C. Colombia 1.993

beneficios y en sus modalidades institucionales de operación. Por ello, en principio, las EPS, deberían crecientemente ser las instituciones básicas de administración del régimen subsidiado.

Pero la ley 100 previó algunas condiciones institucionales especiales durante el periodo de transición. Recomendó concentrar la administración de este régimen en EPS sin ánimo de lucro, entre las que concedió especial prioridad a las Empresas Solidarias de Salud, que pudieran atender población allí donde no existiesen otras formas de organización propias del régimen subsidiado. Así, podrán ser administradoras del régimen subsidiado todas las entidades promotoras de salud especialmente aquellas de carácter solidario, las cajas de compensación Familiar o sus asociaciones y otras entidades que impulsen la conformación de empresas solidarias”¹⁸

Pero la transformación de la salud evidencia nuevas posiciones dentro del sistema político, ya que el nuevo modelo introduce valores generando conflictos con anteriores ordenes construidos por otros actores, lo que vemos con la promulgación de la ley 100 de 1993, no es más que un conflicto normativo sustentado en relaciones sociales.

El sistema general de seguridad social en salud, fue creado en Colombia, mediante la ley 100 de 1993, para universalizar el seguro de salud y, con ello, crear condiciones de acceso para toda la población, buscando resolver así las dos inquietudes históricas más relevantes del sistema: Las económicas y las bajas coberturas de acceso universal y equitativo, individual, familiar y colectivo, para la atención integral en salud.

La Ley 100, plantea un sistema de salud con dos regímenes paralelos: El contributivo, para los ciudadanos con capacidad de pago, y el subsidiado, para los más pobres, son beneficiarios de este régimen las personas sin capacidad de pago (niveles 1 y 2 del SISBEN, núcleo familiar incluido). La ley 100, sugiere que entre las personas más pobres, deberían privilegiarse aquellas que resulten más vulnerables. La ley, en su artículo 157, hace una enumeración ejemplificante, no exhaustiva, ni sistemática, de al menos 20 de los grupos que podrían ser privilegiados en el sistema, entre los que se encuentran indígenas, campesinos, discapacitados y enfermos de Hansen, niños, mujeres y personas de la tercera edad, taxistas, obreros de la construcción y periodistas independientes”; si tenemos en cuenta, no se cumple a cabalidad, en la medida en que se benefician muchas personas con capacidad económica para cotizar en el régimen contributivo y que no están inmersas en el grupo seleccionado legalmente para acceder al régimen subsidiado de salud.

¹⁸ Ministerio de Salud Primera edición 1.994. La Reforma a LA seguridad Social en Salud Tomo 1 Antecedentes y Resultados. Editorial Oficina de Comunicaciones Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá D.C. 1.997.

Los organismos internacionales OMS., OPS, Banco Mundial y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, aprobaron la creación de un conjunto básico de servicios clínicos preventivos y de salud pública. Para nuestra estructura de salud equivalente al POS (Plan Obligatorio de Salud), el cual permite la protección integral de las familiar a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados al régimen contributivo, el contenido del plan obligatorio de salud lo define el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contemplado en la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Protección Social y las normas que la modifican, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica, contemplado en el acuerdo 228 de 2002.

Para los afiliados al régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, define el plan obligatorio de salud en el acuerdo 306 de 2005, y establece que se debe igualar al POS del contributivo para el año 2010.

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), actúan como intermediarias, toda vez que son responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Estado. Ésta ingresa el dinero en una cuenta del FOSYGA, adscrita al Ministerio de Salud, tras descontar una parte para licencias de maternidad, accidentes y otras eventualidades (en este punto se producen importantes desvíos de fondos que suponen en la práctica una capitalización de estas empresas). El FOSYGA les devuelve una cantidad de dinero por cada afiliado (Unidad de Pago por Capitación, cuya cuantía se fija anualmente). En el subsidiado, los intermediarios son las EPS - S, que reciben fondos de la mencionada cuenta del FOSYGA y los Entes Territoriales.

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son personas naturales o jurídicas, públicas, mixtas o privadas, hospitales, centros de salud, etc. De acuerdo a este régimen los que funcionan por demanda: No disponen de un presupuesto previo sino que las EPS del contributivo o subsidiado les pagan cuando prestan los servicios y los facturan, así las cosas, el paciente se convierte en cliente.

En rasgos generales, el principal problema aparece porque las instituciones prestadoras de servicios de salud quedan supeditadas a la acción de varios intermediarios, que les giran los recursos en lugar de recibirlos directamente. Mientras tanto, las EPS (Entidades Promotoras de Salud), reciben mensualmente los recursos por cada una de las personas afiliadas, independientemente de que éstas utilicen o no los servicios.

4. EVALUACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE ROSAS.

El municipio de Rosas fue fundado el 24 de abril de 1842, antes se llamaba la Horqueta, nombre alusivo al aspecto geográfico de la región por quedar en medio de dos cerros (bronzazo y san francisco). Su fundación se debe a Don Juan Noguera, persona esta, que donó los terrenos donde hoy se levanta la sede Municipal; recibió el nombre de Dolores en 1842. Se eligió como municipio en 1882 y por ordenanza No. 41 de 1932, cambió al nombre de Dolores, por el de Rosas, en homenaje al General José Avelino Rosas, hijo de ésta localidad y quien fuera uno de los héroes de la Revolución Cubana y de filiación liberal, a quien se le dio el nombre de “León del Cauca”.

Rosas es uno de los municipios más pequeños del departamento del Cauca y también se sitúa entre los más pobres en cuanto a sus recursos propios. Ha sido escenario de algunos procesos como el movimiento del Macizo Colombiano, y por ser la puerta del macizo, se encuentra dentro de los municipios de la estrella fluvial encabezando la lista, pero ha vivido en continuo estancamiento a través del tiempo, siendo cada vez muy complicado salir de él, pero muy a pesar de que el presupuesto es limitado por encontrarse en sexta categoría y en la lista de los municipios no certificados, se pueden generar muchos procesos de desarrollo en beneficio de la comunidad, partiendo desde la participación ciudadana y comunitaria.

En cuanto a la localización, el municipio de Rosas, se encuentra ubicado al sur occidente del Departamento del Cauca a una distancia de 48 kilómetros de la ciudad de Popayán, en la vía de la carretera panamericana. Se halla aproximadamente a 2°7' de latitud norte y a los 76°45' de longitud W, del meridiano de Greenwich, y una altitud de 1714 metros sobre el nivel del mar.

Sobre los límites geográficos de Rosas, hay que decir que este, delimita al Norte con el municipio de Timbío; al Sur con el municipio de la Sierra, al Occidente con el municipio del Tambo, y al Oriente con el municipio de Sotará.

De todo el municipio de Rosas, 6 Km², pertenecen al clima cálido, 165 al clima medio y 26 al clima frío; la cabecera municipal de Rosas se encuentra ubicada a 40 Km de la capital caucana y las actividades más importantes son la agricultura y la ganadería. Sus productos agrícolas los constituyen el plátano, el café, el maíz, la yuca y la caña panelera, aunque es de anotar que gran parte del subsuelo de este lugar, es rico en minerales como el mármol, carbón, y el oro aún sin exportar.

Tiene una extensión de 187 kilómetros cuadrados y está conformada por la jurisdicción de Rosas (cabecera municipal), y en su división administrativa se encuentra conformada por 38 veredas, identificadas con los siguientes nombres: Párraga, Loma Bajo, Berlín, Guayacanal, Puerto llave, Pinzón, El Ramal, El Churo-Tablón, El Líbano, Porvenir, La Florida, Soledad, Santa Clara, Bellavista, El Retiro,

Golondrinas, Jigual, Peña Blanca, Loma grande, Céfiro, Alto de las Yervas, Palo Blanco, La Despensa, Portachuelo, La Laja, EL Sauce, Gualato, Ufugú, Márquez, Bello horizonte, Guizabalo, La Violeta, Chontaduro, Párraga Viejo, Pan de Azúcar, El Diviso y El Atillo.

La población del Municipio, según el censo del SISBEN del año 2005, es de 11.626 habitantes, de los cuales, 10.592 pertenecen a la población rural, y 1.034 a la cabecera municipal. Sus habitantes en su totalidad son gentes dedicadas a labores agrícolas y ganaderas; en su composición étnica se encuentran mestizos en la mayor parte del territorio y afrodescendientes en algunas veredas como Jigual, loma bajo, y pan de azúcar.

El crecimiento de la población es relativamente bajo, pero los datos estadísticos poblacionales no se mantienen estables por mucho tiempo, ya que en ésta área se está dando, lo que ocurre en casi todos los pueblos de los departamentos más pobres del país, eso es la continua migración a las ciudades, en este caso en una alta proporción, ya que para el año 2002, se contaba con una población mayor.

El municipio de Rosas es un territorio muy tranquilo comparado con otros municipios del departamento del Cauca, tales como Argelia, Toribio, Balboa, Cajibío, los que han sido afectados por diferentes actores armados al margen de la ley, como son grupos guerrilleros, paramilitares y delincuentes comunes; claro que en Rosas también se han presentado algunos problemas relacionados con lo anterior, pero el índice de violencia es bajo.

En cuanto sectores políticos, la sociedad roseña ha estado marcada por la dirigencia de los dos partidos tradicionales (el partido Liberal y el Conservador), esta dirigencia política se ha mantenido desde hace más de 50 años, a través de gamonales y caudillos políticos que a través de los años han ejercido el poder en ocasiones de manera individual y en otras realizando coaliciones o alianzas políticas con otros movimientos alternativos como el polo Democrático, la ASI y otros movimientos locales como: La nueva fuerza.

Las administraciones municipales en su mayor parte han sido dirigidas por los dos partidos, donde es muy difícil identificar cuáles han sido mejores o lo contrario. Lo que sí es claro, es que la población roseña es muy apasionada con la política, y encontramos radicales de parte y parte, a esto se debe que nunca un alcalde ha gobernado para el 100% de la población, porque siempre se ha hecho teniendo en cuenta la filiación política de los habitantes a la hora de implementar y ejecutar las políticas públicas en los diferentes sectores del ya mencionado.

Rosas ha tenido muy poca participación en la distribución de los recursos del Sistema General de Participación por parte de los gobernadores de turno del departamento del Cauca, esto se da en todos los sectores. En el caso del sector productivo o agropecuario, se puede decir que es un municipio con tierras aptas

para todos los cultivos y la ganadería, ya que cuenta con todos los climas que se requieren para este proceso, pero lamentablemente el apoyo en este sector por parte de la administración es muy bajo, pues, el presupuesto municipal es muy limitado o porque los pocos recursos que están asignados para este sector se utilizan para cofinanciar proyectos con organizaciones no gubernamentales que no reflejan verdaderas soluciones para el campesinado municipal.

Al igual que el sector productivo, los demás sectores presentan iguales o mayores complicaciones, no solo en la parte financiera, sino también en la planificación, implementación y ejecución de políticas públicas encaminadas a dar solución a las necesidades que presenta cada sector en las diferentes regiones y a nivel general dentro del perímetro del municipio de Rosas.

En el municipio con respecto a la tasa de morbilidad por egreso, encontramos que sus principales causas son las infecciones respiratorias y la causa principal de tasa de mortalidad primordialmente es el cáncer de estómago. Otras enfermedades que afectan la salud de la población roseña de acuerdo a la base de datos del hospital son las siguientes.

1. Dificultad Para Ver
2. Diarrea Y Parásitos
3. Caries
4. Presión Alta Y Diabetes
5. Desnutrición
6. Dificultad Para Escuchar
7. Tos
8. Enfermedades De La Piel
9. Tuberculosis
10. Complicaciones del Embarazo Y Parto
11. Enfermedades por consumo de agua contaminada.
12. Complicaciones gripales

En el municipio de Rosas la mayoría de la población está afiliada al régimen subsidiado y solo los empleados públicos son los que para este periodo se encontraban afiliados al régimen contributivo. Por esta y otras razones mencionadas al inicio de este trabajo, se tomó la decisión de realizar el trabajo sobre el régimen subsidiado en el municipio de Rosas.

El régimen subsidiado de acuerdo a la ley 100 de 1993 en su Art. 211, se define como un *“conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada. Total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley”*¹⁹.

¹⁹ Ley. 100 de 1993. Editorial Leyer. Edición 2010. Santa fe de Bogotá D.C. Colombia 1.993

La ley ha previsto que los beneficiarios del régimen subsidiado sean los grupos de población más pobre, y entre ellos, tienen particular primacía los grupos más vulnerables.

Así, son beneficiarios potenciales del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud todas aquellas familias que no tienen capacidad de pago para cubrir, total o parcialmente, la cotización y para poder tener derecho al plan obligatorio de salud.

De acuerdo con los estudios de pobreza disponibles en el país, que se utilizaron en el diseño financiero de la ley, el régimen subsidiado estaría en capacidad de cubrir aproximadamente el 30% de la población más pobre y vulnerable. Esto significa un grupo aproximado de 12 millones de personas como población objetivo del régimen.

La identificación de la incidencia global de la pobreza es, no obstante, más fácil que la identificación precisa de las familias, que por su estado de pobreza, ameritarían ser consideradas dentro del régimen subsidiado. Esta sección desarrolla estos criterios de selección de los beneficiarios.²⁰

La ley 100 sugiere que entre las personas más pobres, deberían privilegiarse aquellas que resulten más vulnerables. La ley, en su artículo 157, hace una enumeración ejemplificante -no exhaustiva ni sistemática- de al menos 20 de los grupos que podrían ser privilegiados en el sistema, entre los que se encuentran indígenas, campesinos, discapacitados y enfermos de Hansen, niños, mujeres y personas de la tercera edad, taxistas, obreros de la construcción y periodistas independientes²¹

En el municipio de Rosas, la mayoría de la población es campesina y de muy bajos recursos; por consiguiente, la cantidad de personas que deben recibir el beneficio del régimen subsidiado mediante el carné o con los recursos para los no cubiertos con la demanda, están dentro de un rango porcentual muy alto, si se tiene en cuenta que de acuerdo al SISBEN realizado en el municipio en el año 2.005, el 91% de la población es rural y el 9 % urbana, y no calificados dentro del nivel 1 y 2 el 95% del total poblacional, es decir, que de 11.626 habitantes, 11.045 están dentro de estos 2 niveles y solo 581 habitantes están en otros

²⁰ Ministerio de Salud Primera edición 1.994. La Reforma a LA seguridad Social en Salud Tomo 1 Antecedentes y Resultados. Editorial Oficina de Comunicaciones Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá D.C. 1.997.

²¹ Ministerio de Salud Primera edición 1.994. La Reforma a LA seguridad Social en Salud Tomo 1 Antecedentes y Resultados. Editorial Oficina de Comunicaciones Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá D.C. 1.997.

niveles del SISBEN; lo que nos indica que la demanda en el régimen subsidiado es supremamente alta de acuerdo a su población y nos certifica el nivel de pobreza de la población municipal en general; más aún, si tenemos en cuenta que hasta diciembre de 2.003, la población beneficiada por el régimen subsidiado en el municipio de Rosas era de 5.056, representados de la siguiente manera de acuerdo a la base de datos de la oficina de la secretaria de protección social del municipio y el hospital nivel 1 del municipio de Rosas- Cauca.

TABLA NUMERO 2

ARS	AFILIADOS
Cali Salud EPS	1.069
CAPRECOM	641
Salud Vida	1.835
ASMET	442
Selva Salud	1.069
	TOTAL
	5.056

Tabla realizada por el suscrito de acuerdo a la base de datos de la secretaria de protección social y el hospital nivel 1 de Rosas.

Para el año 2.003, las ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado), que contrataban con el municipio de Rosas, eran las mencionadas en la tabla anterior y que además se peleaban los cupos como en una contienda electoral, claro que esto es así en todo el departamento del Cauca, pues, la salud para este entonces era ya un fortín político bien definido a nivel nacional.

Hasta este año, las ARS contrataban con dos IPS de nivel 1 que estaban presentes en la cabecera municipal, una de carácter privado (los Nogales), de propiedad del médico Wilber Salinas y la otra, de carácter público (Hospital Nivel1), que es la única institución Prestadora de Servicios de Salud en el sector público en el municipio.

En enero de 2004, se posesiona como alcalde municipal el doctor FRANCISCO RIVERA ROJAS, elegido por voto popular en los comicios electorales de octubre de 2003, para un periodo de 4 años como lo establece la ley, reemplazando al alcalde saliente, señor JESUS SALAZAR PERAFAN. Con esta administración se generan cambios trascendentales en el sector salud, uno de ellos fue lo de la contratación con la red pública, obligando a las ARS a contratar únicamente con el hospital nivel 1 del municipio, con el fin de fortalecer esta IPS, ya que se considera como patrimonio municipal; esto según el informe de gestión del mandatario local.

Otro cambio importante dentro de esta administración, fue la ampliación de cobertura para el régimen subsidiado que se dio en el año 2.005, con 3.521 nuevos cupos para la población roseña; lo que indica que de acuerdo a la base de datos de la Secretaria de Protección Social en relación a las personas que por el puntaje del SISBEN, deben ser tenidos en cuenta a la hora de entregar los carnés del régimen subsidiado, hubo un incremento del 32% sobre 11.045, que es el total y un 70% ante el total de afiliados, y desde que se creó el régimen hasta este año, el aumento es de 5.056 afiliados. Esta ampliación de cobertura no está designada a ninguna ARS en especial, dejando en libertad a las personas para que se afilien a la que ellos consideren más conveniente o de su agrado; personas estas, que no son escogidas por representantes del Ministerio de Salud, o de Protección Social, ni del régimen subsidiado; la potestad de seleccionar a los que recibirán los subsidios la tiene directamente el alcalde municipal por medio de la Secretaria de Protección Social que de acuerdo a la base de datos del SISBEN, es el que indica el nivel de pobreza en cada uno de los municipios colombianos. De acuerdo a la investigación realizada en este aspecto, se pudo determinar que no se tuvo en cuenta, toda vez que, las listas se llenaron de acuerdo a los presidentes de las juntas de acción comunal, quienes realizaron el censo, dejando por fuera de beneficio una gran cantidad de habitantes del municipio, que por su nivel de pobreza, se estaba en la obligación moral, institucional y legal de acuerdo a la ley 100 de 1993, de incluirlos en estas listas.

Una vez realizado el proceso de asignación de cupos, se procedió a llenar los formularios en las distintas ARS que funcionan en el municipio, donde ASMET SALUD fue la más beneficiada, porque por parte de la administración se direccionaba a la población beneficiada, para que se inscribiera en esta ARS, pasando de ser la empresa con menos afiliados a la de mayor número con cerca de 3500 de los 8.321, que para este entonces, fuera el total de beneficiados del régimen subsidiado en el municipio de Rosas.

Cabe mencionar que actualmente el municipio de Rosas, en cuanto al Régimen Subsidiado haciendo referencia paralelamente a nivel nacional, presenta un flujo de recursos donde el ministerio encargado es el de Protección Social a través del Consejo de la Protección de Seguridad Social, que mediante acuerdos realiza la asignación de los recursos y lo hace con unas variables de la población, teniendo en cuenta las NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), la eficiencia fiscal para decir cuando le giran recursos por el ente territorial por la ley 715 de 2001. El régimen subsidiado llega al departamento por municipios no certificados los cuales deben contar con los siguientes requisitos como son: los habitantes carnetizados, ampliación de cobertura dentro del municipio y salud pública.

4.1. QUIENES SON LOS QUE REALMENTE INTERVIENEN EN EL MANEJO DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE ROSAS.

De acuerdo a los parámetros conceptuales establecidos en la ley 100 de 1993 que es la que rige el actual sistema de salud en Colombia en su artículo 211:

“El régimen subsidiado es un conjunto de normas que reglamenta la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada. Total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad de que trata esta ley.”²²

Y fue creado con el fin de financiar la atención en salud a las personas con el mayor nivel de pobreza del país incluyendo sus familias y que no tienen capacidad para cotizar en el régimen contributivo.

En el municipio de Rosas para el periodo 2004-2006, Los actores que realmente intervienen en el manejo del régimen subsidiado, son: La administración municipal, las ARS, gobernación departamental, dirección departamental de salud, director del hospital nivel uno de Rosas, hospital nivel 1, concejo municipal, personería municipal, ligas de usuarios, veedurías ciudadanas y la población beneficiaria del régimen.

La administración municipal en cabeza del señor alcalde, quien por medio de la secretaria de protección social hace la gestión para solicitar el número de cupos que hacen falta por subsidiar en el municipio, de acuerdo a la base de datos del régimen subsidiado y a la nivelación del SISBEN, esto se hace a nivel nacional directamente o por intermedio de la gobernación del Cauca, a través de la dirección departamental de salud o senadores amigos. Una vez asignados los cupos, que por lo regular casi siempre se adjudican muy por debajo de la solicitud presentada, se socializan a nivel municipal procediendo luego a la adjudicación individual, priorizando a los más necesitados que son los que se encuentran en el nivel uno del SISBEN y así sucesivamente hasta llegar al total de los cupos asignados, mediante un carné otorgado a cada beneficiado, de la ARS que libremente estos escogieron pertenecer. Es de esta manera como se termina el trámite para afiliarse al régimen subsidiado.

La convocatoria se hace por parte de la administración municipal al 100 % y es el alcalde el que hace la apertura del evento con la presencia de las cinco ARS que están en el municipio, quienes son las que atienden a las personas que se van a afiliar a cada una de ellas y finalmente asignan los subsidios o carnés.

Durante el periodo comprendido entre el año 2004 y 2006,, debido a la gestión de la administración municipal ante la gobernación del Cauca y el Ministerio de Salud,

²² Ley. 100 de 1993. Editorial Leyer. Edición 2010. Santa fe de Bogotá D.C. Colombia 1.993

Rosas obtuvo el mayor número de cupos para el Régimen Subsidiado desde que fuera aprobada la ley 100 de 1993, o en otros términos, desde que se implementó el régimen como ya se explicó al inicio de este trabajo.

Esta ampliación de cobertura que se dio para el municipio de Rosas fue muy oportuna para la comunidad, pero de acuerdo a las entrevistas, encuestas realizadas y en general al proceso de investigación; la asignación de los subsidios representados por carnés de salud en cada una de las empresas Administradoras del régimen subsidiado, no fue bien manejado por parte de los actores de salud en el municipio, porque no se tuvo en cuenta realmente a las personas que ameritan estar dentro del régimen subsidiado; es muy común encontrar personas con capacidad económica, hasta con dos carnés de salud, o por el contrario, existen personas de bajos recursos económicos o en extrema pobreza, con un núcleo familiar numeroso, de seis o más miembros, pero sin un solo subsidio o con uno o dos afiliados al régimen subsidiado.

Esto se debe a la administración municipal en cabeza del señor alcalde y por los líderes de turno, que a la hora de ejecutar los programas o políticas implementadas para solucionar o menguar las necesidades de los habitantes del municipio, no tuvieron en cuenta los múltiples factores que permiten determinar quien realmente es acreedor a los subsidios del estado, pues lastimosamente, aquellos que tenían la misión de clasificar a los más necesitados, para conformar las listas; por el contrario, solo tuvieron en cuenta colaborar a los electores del administrador electo; y no está de por demás mencionar que todos los presidentes de las juntas de acción comunal para este periodo fueron elegidos por electores del alcalde y de esa misma manera, eligieron a los beneficiarios de los proyectos a ejecutar dentro del municipio.

La administración municipal también está encargada de las transferencias de los recursos que llegan por el Sistema General de participación del nivel central nacional, y se hace de acuerdo a la cantidad de afiliados de cada una de las ARSs y al sistema de contratación con ellas.

Por medio de la alcaldía llegan los recursos del PAB (Plan de Atención Básica) y que se deben aplicar en beneficio de la comunidad, organizando salidas extramurales con el fin de atender a toda la población del municipio. En cuanto al proceso de desarrollo, en la investigación realizada al respecto, en lo relacionado con la veeduría ciudadana, nunca ha funcionado en este municipio, al menos hasta el año 2005, que fue donde se desarrolló este procedimiento, al igual que las ligas de usuarios que fueron creadas para defender los derechos de todos los subsidiados de cada una de las cinco ARS que están operando dentro del municipio, ligas son conformadas por las mismas ARS y no quedan integradas por personal idóneo para su desempeño; pues, hay personas analfabetas y de avanzada edad conformando estas ligas de usuarios para este periodo.

Es la administración municipal, es el alcalde quien realmente maneja los recursos de la salud junto con las ARS y por lo tanto, él es el jefe inmediato de las instituciones públicas prestadoras del servicio o al menos, es el que decide quien entra como empleado del hospital y quien sale, pues, con el sistema político colombiano, los cargos públicos antes de ser de ese carácter son políticos, y no es ajeno esta realidad los hospitales; aquí se aprovecha el poder burocrático que el mismo sistema con su gran cantidad de falencias les ha otorgado, con el simple interés de mirar cuantas personas pueden colocar a trabajar en estas instituciones hospitalarias para pagar favores políticos, teniendo como menos importante cuantas personas se pueden beneficiar con la atención en salud; haciendo énfasis en que la atención en salud a nivel nacional, es pésima y más si se habla del régimen subsidiado.

El alcalde como máxima autoridad del municipio y elegido popularmente por la mayoría de los Roseños, es quien debe implementar políticas que conlleven al municipio a tener un gran progreso no solo en el sector salud si no en todo los demás.

El principal problema radicó en la transferencia que el municipio de Rosas debía que hacer a las ARS que tenían afiliados en el municipio, las que en un comienzo se hicieron, pero luego se evidencio el retraso en el traslado de estos recursos por parte del alcalde y su secretario de salud, hasta llegar al evento de que en los tres años de la administración existía un desfaldo millonario, casi de mil millones de pesos (Según informes que se reposan en el concejo municipal de Rosas Cauca); para un pueblo con un presupuesto tan bajo y con el elevado nivel de pobreza existente, significo una catástrofe en lo que al régimen subsidiado se refiere.

Los dineros extraviados, no aparecieron nunca y fueron las denuncias interpuestas por ciudadanos del municipio, ante los órganos de control competente en la materia, como fue la Contraloría Departamental, la Procuraduría Provincial, quienes acuerdo a los hallazgos encontrados en la parte administrativa y disciplinaria, se dieron a la tarea de imponer sanciones para el alcalde, la personera; las que más adelante concluyeron con la captura del señor alcalde y el tesorero del municipio y por supuesto, las inhabilidades correspondientes para todos los involucrados en este mal accionar dentro de la administración pública Roseña.

Las ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado), encargadas de administrar el régimen subsidiado en cada uno de los municipios de todo el país, para este periodo lo hacían de la siguiente manera: La transferencia por parte del municipio a cada una de estas empresas se debía hacer de acuerdo a la cantidad de afiliados que cada una de ellas tenia para el momento en el municipio de Rosas, llegaban al municipio en doceavas partes, y de la misma manera debía transferírseles a las ARS, para que estas pudieran pagar todos los servicios

contratados en los diferentes niveles de atención en salud, como es el caso de las IPS de la red pública existentes, quienes necesitaban de estos recursos para funcionar de la mejor manera en la prestación de servicios contratados por las ARS; y que de no pagárseles a tiempo, se evidenciaban las falencias inmediatamente, porque luego el hospital se atrasaba en el pago del salario a sus empleados. En el caso de Rosas se presentaron todas estos inconvenientes y más aún, el problema se agravó, ya que no fue un simple retraso de transferencia de recursos, sino la desaparición de los recursos en estos tres años, afectando únicamente a la población Roseña, tan necesitada.

Es deber mencionar que las Administradoras del Régimen Subsidiado desde su creación estuvieron diseñadas para favorecer a los intereses personales de unos pocos y a pesar de que empezaron como pequeñas mutuales de Salud, que se encontraban por todas partes, luego se fueron convirtiéndose en unos pulpos que cada día crecían a pasos agigantados, extendiéndose dentro del marco legal hasta más no poder; tal es el caso de ASMET SALUD. Estas se quedan con la mayor parte de los recursos públicos del sector salud girados por el estado a las entidades territoriales para la atención en salud de los beneficiados del régimen subsidiado, pero se quejan de que las entidades territoriales como las alcaldías municipales, les retrasan mucho las transferencias de los recursos, lo que les dificulta el pago a los hospitales por los servicios prestados a cada uno de sus afiliados o clientes beneficiados por el régimen.

Así las cosas, se puede determinar que en Rosas, el problema de salud generado para aquella época, obedeció a la irresponsabilidad de la administración municipal, aunque el sistema de salud para este periodo, funcionara peor de lo que está en este momento y las ARS se queden legalmente con gran parte de los recursos de la salud; no hay que olvidar que el sistema les ha facultado conscientemente para que esto suceda.

Para el periodo estudiado, existía la Dirección departamental de salud que era la directriz superior del sector en el Departamento del Cauca y trabajaba bajo la subordinación del gobernador del cauca, quien nombraba al Director Departamental de Salud, independientemente del proceso legal que se requiere para llegar a ese cargo y así mismo el gobernador elegía a los directores de los hospitales con el aval de los senadores, representantes, diputados y alcaldes amigos; Rosas no fue la excepción. Bien podría afirmarse que esta es una de la principales causas del problema que presenta el sector salud a nivel municipal, departamental y nacional, porque es aquí donde se presentan los focos de corrupción que conllevan luego a los administradores de turno a terminar actuando como lo hizo el señor alcalde municipal de Rosas de ese entonces; pues, sin tener un verdadero control por parte de los órganos competentes, estos ven la oportunidad perfecta para delinquir. No hay que olvidar que en su momento la ARS, formuló continuos derechos de petición para cobrar las transferencias pendientes, sin tener respuesta alguna, más que simplemente esperar; por otro

lado, a los empleados del hospital se les cancelaba un mes de sueldo cada 6 meses. Todo esto permitió que se generara un ambiente poco sano para la prestación de servicios de salud en el municipio Roseño, entre su personal adscrito; situación que es de entenderse si se analiza que las personas trabajan porque necesitan y al no estar recibiendo su salario de acuerdo a lo establecido por la normatividad, fácilmente fue a generar una esfera de inconformismo que luego repercutió en la atención que se le prestaba a la comunidad roseña. Todo lo anterior fue lo que arrojó la investigación realizada en este campo, y los hallazgos encontrados, los que permitieron plasmar la información que se presenta en este trabajo.

La Dirección Departamental de Salud, era la máxima autoridad para darle trámite a estas inconsistencias que en materia de salud se venían presentando en rosas, y que se evidenciaban con las múltiples quejas que formulaba la comunidad roseña y algunos concejales ante las diferentes entidades, pero en realidad las decisiones eran adoptadas directamente por el gobernador; que debió tener conocimiento de lo sucedido y tratar de poner un freno a estos abusos.

En cuanto al director del hospital, se puede decir que, simplemente se remitía a hacer lo que las directrices, a través del alcalde, le ordenaban. No es muy difícil imaginarse el manejo que se le dio al hospital, teniendo en cuenta del desfaldo de casi 1000 millones de pesos pertenecientes a la salud del régimen subsidiado, en tres años de administración, y las inconsistencias en el pago oportuno del personal hospitalario; información que fuera suministrada por el concejo municipal en un informe. Más adelante analizaremos lo que tiene que ver con la contratación y entrega de medicamentos, al igual que la prestación de los servicios en general del hospital nivel uno durante el periodo comprendido entre el año 2004 y 2006.

Ni que decir de los organismos de control municipal, como es el caso de la personería, que para aquella época estaba en cabeza de la Doctora MARLENY VELARDE; de acuerdo a las manifestaciones de los líderes de la comunidad, en cuanto a los atropellos en los que incurrió la administración municipal y el control que ella debió ejercer; pues, como representante de Ministerio Público y en atención a las evidencias, debió de actuar y aplicar los correctivos, pero desafortunadamente no procedió como el ente de control que era en ese momento; razón por la que al final de la investigación, se hizo acreedora a una sanción disciplinaria impuesta por la procuraduría, consistente a la inhabilidad de 12 años para ejercer cargos públicos.

En cuanto al concejo municipal, encargado de hacer el control político, entre comillas, porque la realidad es que el mismo régimen que nos gobierna a nivel nacional ha permitido que los concejos municipales, hayan perdido el poder real para hacer el control legal; es así como, el concejo municipal en gran parte se limitó al control de la ejecución presupuestal y de las obras contratadas para los diferentes sectores en todas las zonas del municipio. Aquí también se

encontraron falencias en los proyectos de electrificación y vivienda, para los cuales el municipio debió endeudarse con la autorización del concejo municipal, en la suma de \$480.000.000 (Cuatrocientos Ochenta Millones de Pesos), los que prácticamente también se perdieron, al igual que los recursos de la salud del municipio roseño.

Lo que los concejales hicieron, a parte de las demás funciones que la ley les ordena cumplir como servidores públicos del estado colombiano, fue remitir las quejas a la personería municipal y a la Procuraduría Provincial, para que se investigara sobre estas anomalías presentadas en el área de la salud y otros sectores.

Referente a las ligas de usuarios, presidentes de juntas de acción comunal veedurías ciudadanas y comunidad en general, se puede decir que fueron solo de nombre, si tenemos en cuenta que para esta parte de la salud, solo se limitaron a quejarse cuando no se les prestaba el servicio en el hospital de Rosas, pero a la hora hacer parte en las reuniones para decidir acerca de la organización de todos los organismos antes mencionados, la asistencia era mínima y generalmente las personas que entran a formar parte de estos organismos, lo hacen en su mayoría, sin tener en cuenta el sentido de pertenencia y la responsabilidad que amerita para hacer parte de estos organismos de control, especialmente en lo que a salud se refiere. En el caso de las juntas de acción comunal, como se expresó anteriormente, estas se encuentran conformadas de acuerdo a las preferencias políticas y no a los intereses comunitarios, porque resulta más importante nombrar a los amigos del alcalde; y estos a su vez, lograr una buena gestión e impresionar al mandatario municipal. Lamentablemente en cuanto a la salud, el aporte e interés de estos representantes de las juntas, veedurías y otros, fue mínimo.

Las ligas de usuarios que se nombraron en su mayoría por las ARS, no operaban ya que estaban integradas en gran parte por personas que no tenían el menor conocimiento del proceso que se debe desarrollar en materia de salud y mucho menos las funciones que deben desempeñar las ligas de usuarios. En la actualidad se capacitan y se eligen personas con capacidad e idoneidad para conformarlas y existe la oficina del SIAU (Servicio de Información y Atención al Usuario), que es la Oficina encargada de coordinar todo lo referente a estos componentes de participación social; pero para el periodo comprendido entre el año 2004 al 2006, las cosas eran de otra manera y estas ligas al igual que las veedurías y los líderes comunitarios se preocuparon más por otros sectores como vivienda, agropecuario, infraestructura o por las ayudas que el alcalde estaba entregando o gestionando para estos años, pero como la salud amerita mucha dedicación y no genera dividendos, algunos no le prestaron mucha atención, dejando así, que cada quien vele por su propio bienestar.

4.2. ANALISIS SOBRE LA PRESTACION DE SERVICIOS, ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y CONTRATACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE ROSAS.

La problemática que presenta la salud a nivel nacional y en especial el régimen subsidiado, también afecta al municipio de Rosas de acuerdo a los diferentes aspectos y factores, bien sean positivos o negativos que de acuerdo a la administración, se haga en los recursos de salud y por lo tanto, las políticas que se hayan implementado en beneficio de la población y el interés de los mismos hacia el tema del régimen subsidiado.

Dentro de los aspectos más importantes en la aplicación del régimen subsidiado, se tienen en cuenta tres, los que se necesitan entre sí para el buen desempeño en la prestación del servicio a los vinculados.

4.2.1. CONTRATACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE ROSAS.

La revisión de experiencias internacionales muestra que no existe un sistema ideal de contratación. El sistema que se emplee debe estar muy relacionado con el nivel de desarrollo de la organización y con las características de la población usuaria. Por ejemplo, las contrataciones por caso o por presupuesto proyectado, si bien ofrecen algunas ventajas teóricas, su puesta en ejecución es muy exigente respecto a las condiciones que requieren. Son posibles siempre y cuando existan buenos sistemas de información y control de costos.

El tema es particularmente relevante pues el éxito de la reforma a la seguridad social, depende significativamente del modo como se relacionen las empresas administradoras con las prestadoras de la salud, esto es, de la manera de contratación que se establezca entre ellas, en beneficio de la población, teniendo en cuenta que no existe una forma de contratación óptima para todo tipo de servicios médicos, para todas las categorías de morbilidad, ni para todo sitio donde se presta el servicio.

Al elaborar un análisis detallado de los modelos actuales de contratación de servicios de salud o formas de pago, identificando fortalezas y debilidades, interesa en la medida que permite identificar los modelos más utilizados y proponiendo mejoras en la búsqueda del equilibrio y la equidad en las relaciones entre prestadores y aseguradoras.

Entre las funciones de las Empresas Promotoras de Salud está la de garantizar la prestación del plan obligatorio de salud a sus afiliados, ya sea directamente o mediante contratos de servicios de salud con las Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud y los profesionales de la salud; para estos efectos se adoptaron modalidades de contratación o formas de pago, tales como:

Capitación: Evento o pago por caso, conjunto integral de atenciones o paquete; de tal manera que incentiven la racionalización de la demanda de servicios, las actividades de promoción y prevención, el control del costo en salud, siempre en cumplimiento de los principios básicos de calidad, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Así las cosas, es claro que los objetivos generales del sistema de salud son el producir los mejores resultados en salud en una población, ampliando la equidad y logrando la satisfacción de los usuarios; además del control del costo en salud, mediante este último objetivo se pueden lograr los correspondientes resultados financieros del asegurador. Para el cumplimiento de estos objetivos por parte de las Empresas Promotoras de Salud es necesaria una adecuada selección de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de la formas de contratación con las mismas, o con la prestación directa del servicio por parte del asegurador, además de la implementación adecuada de un sistema de información.

La legislación colombiana hace referencia a las formas de pago y no a las formas de contratación. En las referencias sobre formas de pago los mecanismos más frecuentemente encontrados en las relaciones entre aseguradores -Empresas Promotoras de Salud (EPS)- y prestadores -IPS- de servicios de salud, son el pago por servicio, el pago por paquetes de enfermedades y pago por capitación.

El pago por servicio: Este se define como el pago realizado por la totalidad de la atención de salud prestada a un individuo. La remuneración incluye honorarios médicos, suministros, medicamentos y servicios quirúrgicos. El pago, sin embargo, no se puede estipular ex ante debido a que la atención depende de los requerimientos de cada paciente y servicio.

El pago por capitación está basado en el concepto de enfermo potencial y no en el de enfermedad sentida como en el caso anterior. El prestador de servicios tiene a su cargo la atención de un conjunto determinado de personas. Por cada persona inscrita recibe un giro periódico de la EPS, sin importar el número de veces que acuda al servicio médico cada una de las personas capitadas.

El pago por caso es una forma de contratación que contiene elementos de las formas de pago anteriores. La unidad de medida es el tratamiento global de un tipo de dolencia específica sobre la que se conocen adecuadamente los protocolos a seguir para su tratamiento, por lo tanto, se conocen adecuadamente los costos de tratamiento.

Teniendo esto como punto de partida, enunciaremos los elementos en que la legislación colombiana se refiere a las relaciones entre IPS y EPS. En primer

lugar, en la Ley 100 de 1993, se permite que la forma de contratación entre EPS e IPS sea la integración vertical. Aunque una misma persona jurídica no puede ejercer las funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud, es factible que un mismo grupo empresarial sea propietario de dos empresas independientes. Por otra parte, atendiendo al espíritu del pluralismo estructurado sobre el que se construyó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los agentes económicos pueden optar por dos formas de contratación alternas: pueden acudir al mercado para la compra de servicios de salud o establecer alianzas estratégicas entre organizaciones.

El segundo elemento para comprender la relación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud es la forma de pago. La legislación en este sentido no es muy amplia y se refiere de forma independiente al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 179 define el campo de acción de las Entidades Promotoras de Salud, y determina que “Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos.”²³

Respecto al pago por servicios prestados, el primer referente está en el Decreto 2423 de 1996, en el cual se establecen tarifas, nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios que se intercambian entre los aseguradores de los servicios de salud y las IPS (públicas y privadas) para la atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En la práctica este manual tarifario funciona como una referencia que usan aseguradores y prestadores para fijar los precios de intercambio.

Posteriormente se expide el Decreto 723 del 19 de marzo de 1997, que establece como campo de aplicación el “regular algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.”, determinando los términos para el pago de los servicios una vez se presente la facturación y un procedimiento para la resolución de objeciones a las cuentas. Los plazos establecidos en la norma para recepción de facturas, trámite de objeciones y pago de facturas, es potestativo para las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud asumir lo establecido en la norma o podrán convenir en contrario.

²³ Ley. 100 de 1993. Editorial Leyer. Edición 2010. Santa fe de Bogotá D.C. Colombia 1.993

Respecto a la forma de contratación por capitación, el Decreto 050 de 2003 señala las siguientes condiciones a cumplir: se debe garantizar la adecuada prestación de los servicios, por esta razón se considera como una práctica insegura contratar a una persona natural o jurídica para que realice la función de coordinar la red de prestación de servicios; no se podrá capitar la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con la misma IPS, y los pagos a las IPS deben hacerse durante los primeros diez días de cada mes. Estos son los aspectos que la legislación colombiana tiene en cuenta para regular las relaciones de contratación entre aseguradores y prestadores.

La ley 100 de 1993 fue modificada por la ley 1122 del 9 de enero de 2007, que establece en su artículo 13 el “Flujo Y Protección De Los Recursos”, y el literal d) determina la forma de pago para los servicios prestados a las IPS de acuerdo a la modalidad de contratación establecido entre las EPS y la IPS.

Ante las dificultades que se siguen presentando en las relaciones entre prestadores y aseguradores, el Ministerio de la Protección Social expide el decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007. La norma define los mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud, tales como pago por capitación, pago por evento y pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico; regula el trámite para las glosas de las facturas, el registro individual de prestación de salud y la responsabilidad en el recaudo de las cuotas moderadoras, entre otros aspectos.

El objeto del citado decreto es la regulación de las relaciones entre “los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo,” (resalto propio), ampliando la aplicación del decreto, se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

También se establecen los requisitos mínimos que se deben tener en cuenta al momento de realizar una negociación y la posterior firma del contrato, al igual que los contenidos mínimos de los acuerdos de voluntades–contratos. Si bien la pretensión del citado decreto es buena, el mismo solo lograra su cometido en la medida que se realice seguimiento por parte de los entes de vigilancia y control que permitan el real cumplimiento.

Hay tres aspectos centrales que se deben estudiar para lograr así un análisis del sector salud en un país:

1. sus políticas de salud,
2. el estado o situación de salud de la población, y
3. el sistema de salud.

Actualmente se reconocen en la práctica y por la legislación tres (3) formas de contratación, o también denominadas formas de pago, a saber, capitación, evento o Pago por caso, conjunto integral de atenciones o paquete. No se ha establecido cual es el método de contratación más exitoso y eficiente que favorezca por igual a ambas partes, si está claro la predilección en la forma de contratación dependiendo del nivel de servicios que es objeto de la negociación.

Los contratos son acuerdo de voluntades, estas formas de contratación no se podrán imponer unilateralmente por parte de las Empresas Promotoras de Salud. Estas no pueden prevalecerse de quienes manejan los recursos y las afiliaciones para imponer su criterio y forzar a las IPS a asumir cláusulas y condiciones gravosas que atentan contra su viabilidad. Uno de los riesgos que se deriva del manejo financiero establecido en la Ley 100 es la generación de una posición dominante por parte de las Empresas Promotoras de Salud, en la actualidad se ha creado un mercado de la salud que tiene como objetivos generar un servicio con mayor calidad y completo, pero con un control del costo.

Por lo tanto las Empresas Promotoras de Salud buscan obtener los servicios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por medio de contratos que les permitan lograr estos objetivos. Esto tiene plena consistencia con la circunstancia de que la seguridad social dejó de ser, en virtud de la norma constitucional, una configuración normativa abstracta y alejada del padecimiento real de la población para convertirse en un derecho concreto, con una concepción amplia, fundada en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Del mismo modo y para hacer viable el incremento de la cobertura de la seguridad social, con sujeción a los principios enunciados, el constituyente de 1991 estableció que el Estado, con la participación de los particulares, podía ampliar progresivamente la prestación de los servicios en la forma que determine la ley, con la posibilidad de que el legislador pudiese hacerla efectiva a través de entidades públicas o privadas.

Así mismo y respecto a la atención de la salud, como servicio público a cargo del Estado y con base en los mismos principios, el artículo 49 constitucional determinó que al Estado le corresponde "establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud, por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control".

Los preceptos anteriores fueron desarrollados por la Ley 100 de 1993, a través de la cual se reguló lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En cuanto hace a la prestación del mencionado servicio, el artículo 156., establece las características del mismo, dentro de las cuales cabe destacar las siguientes:

“Las IPS son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las EPS o fuera de ellas. Las EPS podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias IPS, o contratar con Instituciones Prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos” Por su parte, el artículo 179 de la Ley 100 dispuso que, para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las EPS prestaran directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las EPS podrán adoptar modalidades de contratación y pago, tales como capitación, por evento o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos.

En resumen, los modelos actuales de contratación de los servicios de salud tienen en sí dificultades que se evidencian en la atención de los usuarios a la hora de prestar servicios en todos los niveles, en la entrega de medicamentos y en el desequilibrio financiero que generan entre los actores.

Este está relacionado directamente con la contratación de los recursos que de acuerdo a la ley 715 de 2001 y al artículo primero del decreto 4693 de 2005, llegan al municipio por el sistema general de participaciones y que como la misma ley lo indica “deben ser manejados por las mismas entidades territoriales en los respectivos fondos de salud, mediante cuentas maestras abiertas en entidades vigiladas por la superintendencia financiera de Colombia ubicadas en el mismo municipio, distrito o en su defecto en la capital del respectivo departamento, estos recursos serán girados a la cuenta maestra que cada municipio acredite ante los ministerios de hacienda y crédito público y de la protección social.”²⁴

El municipio de Rosas contrata la administración de los recursos que le han sido asignados con las ARS (EPS) y de acuerdo con el Decreto 050, acuerdo 077 los contratos se hacen en conjunto con el hospital mediante acuerdos, bien sea por facturación o capitación. Por otra parte, los contratos con los hospitales para la atención a los no carnetizados que se encuentran en primer nivel del SISBEN; el alcalde debe hacerlo por capitación.

La administración municipal es responsable de la salud de los roseños, ya que se hacen contratos con I, II Y III Nivel de la red pública, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos por la normatividad vigente en salud, además de ello existe una red complementaria en este caso, es La Clínica la Estancia ubicada en la capital caucana.

²⁴ Ley. 100 de 1993. Editorial Leyer. Edición 2010. Santa fe de Bogotá D.C. Colombia 1.993

El Decreto 2357/95 en su artículo 18 establece que se debe realizar un copago de 5% para el primer nivel, 10% segundo nivel y 30% para tercer nivel del puntaje del SISBEN.

La administración municipal de Rosas está obligada a girar los recursos a las administradoras del régimen subsidiado (ARS) de acuerdo a la cantidad de afiliados del municipio que tenga cada una de estas. Para el año 2004 los recursos girados al municipio por concepto de régimen subsidiado fueron \$1.027'860.000 de pesos presupuestados de la siguiente manera:

TABLA NÚMERO 3

REGIMEN SUBSIDIADO	100%	\$1.027.860.000
Salud subsidiada continuidad	53%	\$ \$544.765.800
FOSYGA	30%	\$ \$308.358.000
Esfuerzo Municipal	11%	\$113.064.600
Cofinanciación departamento	01%	\$ \$1.027.860
Federación de cafeteros	5.9%	\$ \$60.643.740

Tabla realizada por el suscrito, de acuerdo al presupuesto del municipio de Rosas vigencia 2004.

Para esta vigencia el municipio no presento ningún problema a la hora de transferir los recursos a las ARS, tan solo la el retraso, porque hay que tener en cuenta que los recursos que llegan al municipio por doceavas partes, deben ser trasferidos de igual manera, pero teniendo en cuenta que el primer giro se hace en el mes de marzo de cada vigencia fiscal.

Ya para el año 2.005, se dio la mayor ampliación de cobertura que haya tenido el municipio de Rosas, desde la creación del régimen subsidiado con 3521 carnés. Y es en este año cuando aparecen los problemas en la contratación de los recursos del régimen, en la medida en que el esfuerzo municipal es muy bajo para cubrir esta cantidad de beneficiados y además, se presentan los atrasos en la transferencia de los recursos a las ARS por parte del municipio, de acuerdo a la cantidad de afiliados que tienen cada una de ellas; por consiguiente las ARS se atrasan con los pagos a la IPS municipal, y esta última con los salarios de sus empleados, lo que hizo que el hospital permaneciera en un estado financiero muy crítico que conllevó a generar malestar entre estos tres actores, que en últimas son los mayores responsables de la salud en el municipio Roseño, más aún,

teniendo en cuenta el incremento de los carnetizados que según la base de datos de la oficina de protección social municipal fueron los siguientes para este año.

TABLA NÚMERO 4

ARS	AFILIADOS
Cali Salud EPS	1.470
Caprecom	891
Salud Vida	1.999
Asmet	2942
Selva Salud	1.269
	TOTAL
	8.571

Tabla realizada por el suscrito de acuerdo a la base de datos de la Secretaría de Protección Social y el hospital nivel 1 de Rosas.

De acuerdo con la tabla anterior el incremento en las ARS presentes en el municipio fueron las siguientes:

TABLA NÚMERO 5

ARS	AFILIADOS
Cali Salud EPS	407
Caprecom	250
Salud Vida	164
Asmet	2.500
Selva Salud	200
	TOTAL
	3.521

Tabla realizada por el suscrito de acuerdo a la base de datos de la Secretaría de Protección Social y el hospital nivel 1 de Rosas.

Para cubrir la capacidad de este total de beneficiarios del régimen subsidiado, el municipio de Rosas, presupuesto \$1.782.768.000 (Mil Setecientos Ochenta y Dos Millones Setecientos Sesenta y Ocho mil pesos), quedando en el siguiente orden:

TABLA NÚMERO 6

REGIMEN SUBSIDIADO	100%	\$ 1.782.768.000
Salud subsidiada continuidad	53%	\$944.867.040
FOSYGA	30%	\$534.830.400
Esfuerzo Municipal	11%	\$196.104.480
Cofinanciación departamento	01%	\$1.782.768
Federación de cafeteros	5.9%	\$105.183.312

Tabla realizada por el suscrito, de acuerdo al presupuesto del municipio de Rosas vigencia 2005.

Al dividir el total del presupuesto del régimen subsidiado (1782.768.000), por el número de afiliados al régimen subsidiado nos da el valor asignado por cada uno de los beneficiarios, entonces $1.782.768.000 / 8571 = 208.000$ de este valor que es el que manejan las ARS, por cada uno de sus afiliados se contrata de la siguiente manera: En el nivel uno, con el hospital nivel I del municipio de Rosas; en el nivel dos con el hospital nivel II Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán y el nivel tres con el hospital San José de esta ciudad.

En cuanto a la contratación de las ARS con las distintas IPS, aparentemente se hizo respetando los topes establecidos por la norma, pero de parte de la administración municipal hubo incumplimiento en el giro de los recursos a las ARS, hasta tal punto de adeudar entre el año 2005 y 2006 una suma cercana a los \$1.000 millones de pesos, los cuales que nunca se pagaron y que más adelante permitió que se dieran implicaciones de tipo penal para el alcalde y el tesorero; generando un problema social en el municipio en el sector salud; y esta es la hora que aún no se ha podido solucionar del todo, ya que el municipio tuvo que hacer acuerdos de pago a ocho años con las ARS, con sus respectivos intereses para evitar ser embargado en gran parte de sus cuentas.

Cabe anotar que las ARS, contrataban con el hospital teniendo en cuenta las distintas modalidades explicadas anteriormente, por ejemplo CAPRECOM contrataba por facturación, Salud Vida, Selva Salud, Cali Salud y ASMET por capitación o capitado. De los cuales el que más le generaba entradas fijas era el de facturación, porque se prestaba el servicio, se facturaba y se cobraba, y en el capitado se atendían los usuarios, pero se cobraba de acuerdo a la cantidad de afiliados de la ARS por el monto que estipulaba la misma en común acuerdo con el hospital o su gerente; por evento se cobraban por urgencias cuando el carne pertenecía a la ARS, pero de otro municipio.

Los sistemas de contratación que establece la ley 100 no son los mejores porque están diseñados para contribuir al enriquecimiento ilícito de las EPS y al malestar comunitario, y si a esto se le suma el desangre económico por parte de los gobernantes de turno, que son los que deben de poner el ejemplo, ya que el pueblo ha confiado en ellos, eligiéndolos para administren de la mejor manera y más aún, en el caso del municipio de Rosas que se encuentra entre los más pequeños y con menor presupuesto en el departamento del Cauca.

4.2.2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE ROSAS.

En el servicio de atención en salud, juega un papel muy importante la desigualdad social, donde la parte de la sociedad que puede acceder a cotizar, es un porcentaje muy mínimo, quedando la mayoría en espera de ser atendido mediante el régimen subsidiado que lleva tantos años y no ha podido llegar a cubrir a todas las familias roseñas, que ya deberían estar formando parte de él.

La atención en salud es uno de los derechos más importantes que puede tener un ser humano o al menos aspirar a tenerlo. Derecho que en el estado colombiano, se encuentra establecido en la constitución política de 1991 como un derecho y un servicio a cargo del estado mismo, Artículo 49 que al tenor reza:

La atención de salud y saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de salud.

Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para establecer la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizaran en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalara los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”²⁵

Hay dos principales áreas de trabajo de la ética médica que se ajustan a este criterio. La primera es el trabajo en las estructuras éticas para la toma de decisiones en los tratamientos médicos en el contexto clínico, incluyendo las descripciones del consentimiento informado y en las decisiones en los tratamientos para mantener la vida y la segunda es el desarrollo de medidas que evalúan los resultados de tratamientos y programas para el cuidado de la salud, estas mediciones de resultados están diseñados para orientar la política de salud y por consiguiente debe ser posible aplicarla a un número de personas de la sociedad.

La salud es el patrón natural o norma, no una norma moral, no un valor contrapuesto a un hecho, no una obligación, un estado del ser que se revela así mismo en la actividad como un patrón de excelencia corporal o buena condición física. Es por ello que la finalidad de la medicina es y debe ser la salud del paciente y que la salud es un hecho biológicamente determinado.

La prestación de los servicios de salud en el municipio de Rosas , durante los tres años, 2004, 2005 y 2006, fue muy limitado, ya que solamente contaba con tres médicos en la cabecera municipal; un odontólogo, cuatro auxiliares de enfermería, una higienista, una auxiliar de odontología, una bacterióloga, dos facturadores el jefe de personal y el gerente; para atender los 8571 beneficiarios del régimen subsidiado; y alrededor de cuatrocientos afiliados al régimen contributivo de las diferentes EPS (COOMEVA entre otras) y los no cubiertos con la demanda que son 2640 habitantes.

Los tres médicos conformaban la planta de médicos del hospital y atendían las salidas extramurales a la veredas, urgencias y consulta externa, además tenían que conformar el cuadro de turnos con los días libres de cada uno de ellos y el turno de pre consulta, que es el que se atiende por un médico después de haber pasado 24 horas en urgencias.

En los cuatro corregimientos, con sus respectivas veredas, solo una promotora de salud, a los que se les visitaba para prestarles el servicio, por un médico y un odontólogo, cada 15 días, lo que no permitía cubrir la demanda y por consiguiente se genera una aglutinación de personas enfermas los días miércoles y sábados, que son los días de mercado en Rosas, quedando entonces, pacientes sin atender, agudizándose así, el problema de salud.

Otro inconveniente radica en el tiempo que tienen que esperar los pacientes para ser atendidos; esto si miramos solo el primer nivel, porque para ser atendido por

²⁵ Constitución Política de 1991. Art.49.

el segundo nivel, se requiere además de la orden del médico del primer nivel, más la orden de apoyo por parte de la EPS, y si está dentro del POS (Plan Obligatorio de Salud), de lo contrario, no era atendido, según ellos, amparados en la norma; esto obligaba a tener que acudir ante Salud Departamental para sus respectivas autorizaciones, teniendo que soportar unas interminables filas para poder acceder a una ficha que les permitiera solucionar su problema y cuando se recibía una respuesta negativa por parte de este estamento, pues todo se les convertía en no POS a las ARS, entonces no quedaba otra salida que recurrir a los derechos de petición o las acciones de tutela como mecanismo más eficaz en estos eventos.

Para la atención en el tercer nivel, se requiere que sean urgencias o enfermedades realmente complicadas. Las cirugías se demoran entre seis meses a un año y medio, pero dicen los actores del conflicto, tales como el hospital y las ARS, que actúan amparados y acorde a la normatividad vigente en salud.

En el hospital del municipio de Rosas, se han presentado situaciones de personas a los que se les ha complicado su cuadro clínico o en el peor de los casos, han fallecido a causa de la negligencia del personal hospitalario, en la prestación adecuada y oportuna del servicio. Han sido los mismos usuarios quienes manifiestan haber asistido a las citas médicas buscando la causa del deterioro de su salud, pero el médico tratante les manifestó que se encontraban en perfectas condiciones. Esta información ha sido suministrada de acuerdo a los testimonios de representantes de las diferentes comunidades, presidentes de juntas de acción comunal, líderes comunitarios, veedores ciudadanos, como es el caso del Doctor Ricardo Díaz, personas prestantes y que gozan de un gran reconocimiento dentro de la región y a los que la ciudadanía inconforme, les presentan en primera instancia, sus quejas.

En la prestación de los servicios de salud en el hospital del Municipio de Rosas, el proceso se realizaba de la siguiente manera: Se atendían treinta pacientes diarios para consulta médica y diez para consulta odontológica, los cupos se asignaban el día antes a las diez de la mañana. Para acceder a los cupos, los usuarios tenían que hacer grandes filas y luego de acceder a ellos, se programaba la atención de acuerdo a la hora de llegada, así, si un paciente llegaba a las 8:00 de la mañana, por el orden de llegada le correspondía la ficha número 25, entonces era atendido a las cuatro de la tarde. Todo esto, causaba más malestar entre la comunidad y el hospital, aparte de que después de que pasaban al médico, las prescripciones médicas eran con base a: Aceptaminofen, metronidazol, omepraxol, diclofenaco, aceptaminofen, milanta, amoxicilina, entre otros; lo curioso del caso, es que a todos los usuarios se les formulaba la misma medicina, como si ellos padecieran de la misma enfermedad, salvo raras excepciones.

El director de la entidad, manifestó que todo ello se debía a la situación del hospital, el cual tenía que contratar con medicamentos genéricos y que la mala prestación de servicios, se debía también al mal uso que se les daba a los carnés

de salud, si se tenía en cuenta que la mayoría de servicios se contrataban capitados; sistema que funciona cuando se tiene poca asistencia por consulta, de lo contrario el monto de dinero contratado se acaba muy rápido y el hospital empieza a perder dinero mas aun cuando se contrataban medicamentos, porque después de los topes contratados las ARS no cancelaban un solo peso.

Siendo el servicio de atención en salud el segundo más importante para la población colombiana, este no debe presentar tantas complicaciones a la hora de prestarse, pues para el estado debería de ser más importante tener una población sana, gracias a la prevención de las enfermedades, y no tener que gastar más dinero en la curación de estas, a través de la política del régimen subsidiado, con una cobertura general, y una cultura de prevención, contribuyendo de esta forma a un mayor bienestar social; no hay que olvidar que lo que más quiere la humanidad es la vida, pero una vida de una manera digna, en donde se tenga derecho a un buen servicio de atención en salud, el cual debe estar garantizado por el estado colombiano, como así lo pretende la Constitución Política.

4.2.3. ENTREGA DE MEDICAMENTOS EN EL MUNICIPIO DE ROSAS:

En este aspecto, se presentan muchos inconvenientes, empezando con la calidad de los medicamentos entregados, el hospital contrata con laboratorios que no representan un buen nivel de garantías, al igual que el manejo que se da de los mismos por parte de los médicos tratantes del hospital, pues como ya se mencionó anteriormente, se encuentra un porcentaje muy alto, de pacientes a los que se les formula el mismo medicamento sin tener en cuenta que la enfermedad que padecen es distinta; esto se ve especialmente en las visitas que se realizan cada 15 días a los corregimientos, cuya atención oscila alrededor de los 40 pacientes; los cuales manifiestan haberseles formulado comúnmente: Omeprazol, metronidazol, diclofenaco, acetaminofen, milanta, ácido salicílico, entre otros; y con el pasar de los días, sus problemas de salud se agudizan mucho más, puesto que los medicamentos recetados en vez de curarles la enfermedad, lo que hacen es simplemente calmarla. Según el exdirector del hospital nivel 1 de Rosas, los medicamentos no son de calidad al cien por ciento y hay que tener sumo cuidado a la hora de contratar con estos laboratorios, manifiesta que en unas pruebas que se realizaron a la mayoría de los medicamentos, en algunos el contenido real fue del 10% del total del medicamento requerido, el otro porcentaje, esto es, el 90%, eran componentes químicos, a base de ácido bórico entre otros.

Expone también que otro de los problemas reales y complicados, por los que atraviesa el hospital, es el gran número de personas hipocondriacas que asisten continuamente a consulta médica, generando que en muchas ocasiones se deje de atender personas que realmente necesiten del servicio oportuno y la entrega de medicamentos. Aclara el director del hospital, que es muy común encontrar a personas a las que no se les hace entrega de toda la droga formulada, es decir,

que si les eran recetados cinco medicamento, solo se les entregaban tres o en el peor de los casos, ninguno de ellos; infiriéndoles que debían volver a la semana siguiente para que los reclamaran. Como la mayoría de las enfermedades tratadas no se curaban con la droga recetada, entonces los usuarios a los que se les quedaba debiendo medicamento, no volvían a reclamarlos; generando un negocio a las entidades encargadas del suministro, por cuanto a los pacientes se les hace firmar la formula con la aceptación de haber recibido a satisfacción todo el pedido, aún a sabiendas de que no era así.

El descontento por la ineficacia de los medicamentos se ve reflejado en el hecho de que los pacientes cambian los medicamentos en las droguerías del sector, por otros de diferente funcionalidad, como por ejemplo vitaminas esto sucede con las empresas que entregan los medicamentos ellas mismas por medio de promotoras que contratan por medio tiempo para realizar este oficio.

Según el exdirector del hospital, se presenta también un problema por los porcentajes tan bajos que contratan con el nivel 1, que es de su competencia y aparte de estos las empresas se demoran mucho tiempo para hacer los pagos de los mismos y más si es por capitación, lo que en realidad no le retribuye mayores entradas al hospital; no así, las que son por facturación, estas son más representativas para la IPS en la medida en que se factura de acuerdo al servicio prestado y no con un monto fijo, como se hace por capitación por cada paciente atendido sin importar el servicio que se le preste a cada uno de sus afiliados.

Manifiesta que la atención es muy limitada debido a que él no puede contratar más personal del que está establecido para esta IPS y que con la ampliación de cobertura, el hospital se queda corto al a hora de atender la demanda de pacientes de todo el municipio.

Para este periodo existía el P y P (promoción y prevención en salud) y el PAB (Plan de Atención Básica), pero no era muy buena su aplicación y esto originó que con tantos enfermos por la mala prestación de los servicios, se le sumara los enfermos por causa de no implementar políticas publicas encaminadas a la prevención real de salud, de la mano con una buena atención y formulación de medicamentos de buena calidad y eficaces para los tratamientos de las diferentes enfermedades.

En cuanto a estos tres aspectos, se puede analizar que en el municipio, la salud es un problema muy álgido en referencia con los demás sectores que conforman la plataforma política del sistema político, pero es el diseño del sistema el que no permite que se puedan aplicar políticas eficientes y eficaces en este sector y que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio de Rosas.

Lo anterior en referencia a que los responsables de la salud en el municipio y en el país, siempre están actuando de acuerdo y amparados en la normatividad que

rige la salud, maquillando que todo está bien, pero el presupuesto asignado para la salud, además de que es muy bajo, se queda entre los intermediarios, llegando al destino final, esto es, el paciente, solo una pequeña parte; y hasta que no se solucione el problema de fondo, a través de una reforma sustancial encaminada a mirar la salud como algo indispensable para la vida, y no como la posibilidad de curar las enfermedades, en vez de prevenirlas; este problema continuara complicándose cada vez más, llegando al punto de colapsar el sistema general de salud a nivel nacional.

4.3. LA INCLUCION DE LA SOCIEDAD ROSEÑA EN LA TOMA DECISIONES POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES DEL MANEJO DEL REGIMEN SUBSIDIADO.

Los mecanismos de participación social en salud, son derechos consagrados en la Carta Política del país y como tal, son de carácter obligatorio para los entes territoriales. La Supersalud, en su capítulo II de Participación ciudadana, enfatiza: *“Corresponde a La Supersalud, con base en el numeral 7 del Art. 37 de la Ley 1122 de 2007, promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana en salud”*.

La Supersalud, en calidad de órgano rector considera de vital importancia instruir a las entidades sujetas a inspección, vigilancia y control cuyas funciones están orientadas a la administración de planes de beneficios en salud y a la protección de los servicios de salud, sobre el trámite para garantizar el acceso a la población colombiana a los servicios de salud y medicamentos.

La toma de decisiones dentro de un gobierno es algo que genera mucha responsabilidad y más cuando estamos en una democracia representativa, que implica la cesión del poder del pueblo en unos pocos representantes y que una vez delegado, este grupo adquiere un compromiso y es convertirse en el defensor de sus derechos y en el garante de su bienestar en muchos aspectos, el más importante, es la salud; en Colombia no se le ha permitido intervenir de una manera amplia y efectiva a la comunidad.

En el sector privado existen ligas de usuarios, veedores y otros representantes de los afiliados, pero que no ejercen las funciones que les faculta el cargo, no hay una norma específica que ellos puedan aplicar en este sentido para hacer valer sus derechos y los de sus representados, solo los mecanismos transitorios de derecho, tales como: El derecho de petición y la tutela, que por cierto se han convertido en el pan de cada de esta sociedad.

Si se analiza que en el sector contributivo se presentan estos inconvenientes, que decir entonces del régimen subsidiado, aún más complicado; en la medida que tiene menos defensores, y para el caso de Rosas, en el periodo 2004-2006, la administración municipal una vez hace entrega de estos carnés, se desentiende

por completo de la población carnetizada y se limita solo a la transferencia de los recursos, y con las falencias mencionadas anteriormente, las ligas de usuarios que son las que representan a los afiliados en el régimen subsidiado, son constituidos por la mismas ARS, con el fin de poder manipular a sus integrantes, y es esta la razón por lo que comúnmente nos encontramos que la mayoría de estos personajes son de muy bajo nivel académico y terminan convirtiéndose en defensores de las ARS, y no de los usuarios vulnerados en su derecho.

La personería municipal se limitó a hacer simples reclamos como se manifestó anteriormente, a través de derechos de petición y las famosas tutelas en favor de la comunidad, pero no se interpone ninguna acción legal contundente en contra de los que manejan el régimen subsidiado en el municipio y el departamento.

La comunidad nunca fue tomada en cuenta a la hora de llevar a cabo la planeación en salud para la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado y esto se ve reflejado el día de la entrega de los carnés, que pese a que la cobertura fue muy amplia, se quedaron muchas personas de escasos recursos sin poder acceder al régimen subsidiado y es más, nunca se convocó a reuniones o manifestaciones en contra de los malos manejos y los atropellos que se presentaban por parte de los actores principales de la salud en el municipio de Rosas.

Al igual hace parte de la problemática, el desconocimiento por parte de la población frente a los temas relacionados con el sector salud y en especial con el régimen subsidiado, como por ejemplo tener bien claro cuáles son los derechos que se adquieren al ser beneficiado del régimen y la representación de los mismos; como está establecido el sistema de salud en Colombia, la ley 100 que es la que rige la salud en el país y tiene demasiadas falencias, poniéndose en contra de la población menos favorecida del país.

Lo anterior de acuerdo a declaraciones que se dieron por parte de los deferentes líderes y representantes de la comunidad roseña durante el proceso de investigación.

De acuerdo al desinterés de la población hacia el régimen subsidiado, al igual que sus representantes, las ligas de usuarios, el concejo municipal, la personería municipal y juntas de acción comunal entre otros, los malos manejos a la hora de asignar los cupos a los subsidios en salud mediante el régimen subsidiado, se puede ver envuelta en un pequeño, mediano o muy alto índice de corrupción de acuerdo a como está planteado el sistema político colombiano y en donde siempre el clientelismo ha estado por encima de los intereses sociales y más teniendo en cuenta que estas ampliaciones de cobertura en salud y asignación de subsidios están directamente ligadas a los administradores de turno.

La exclusión social es la capacidad del individuo de participar en el funcionamiento básico, político, social y económico de la sociedad en que vive es decir es la negación del igualitario a las oportunidades que determinado grupos de la sociedad imponen a otros,

La exclusión social se refiere a un conjunto amplio de circunstancias que ayudan a comprender el concepto de pobreza relativa, es decir aquella que no solo se relaciona con la distribución del ingreso y los activos sino también a las privaciones sociales a la falta de voz y de poder.

La inclusión social pone énfasis en cómo distribuir más equitativamente los beneficios del desarrollo, las redes de interacción social y la participación política. Pone énfasis no solo en los procesos económicos sino también en los sociales y políticos estos aspectos permiten avanzar en el análisis de la desigualdad social.

En América Latina la desigualdad social se ha convertido de hecho en una verdadera trampa para el desarrollo, en la medida que la marginación de grupos amplios de la población de los frutos del desarrollo económico reduce la acumulación de capital de pequeñas empresas, rurales, urbanas y limita la acumulación de capital humano²⁶

Es importante tener en cuenta que la no inclusión de la sociedad en la toma de decisiones por parte de los gobiernos, es un aporte constante a la desigualdad social, no solo en la parte económica sino en lo referente a los múltiples ámbitos que conforman una sociedad y que son fundamentales para la vida y la integralidad de la misma.

También es de vital importancia resaltar que en las comunidades pobres como la del municipio de Rosas, a las personas o "líderes" les interesa muy poco lo que tiene que ver con la parte de la salud, porque cuando se convoca a reuniones generales para la conformación de ligas o alianzas de usuarios, veedurías ciudadanas, y todos los componentes sociales; la asistencia es mínima, pero cuando el alcalde convoca para hacer entrega de ayudas, para inscripción en programas sociales, entonces la asistencia es masiva. Podría decirse entonces que la culpa de las inconsistencias en el proceso de bienestar social en salud para el municipio de Rosas, no es solo de los actores competentes, sino también de la comunidad en general, por su falta de interés en el ámbito.

En general la realidad sobre la inclusión de la sociedad roseña en la toma de decisiones de la salud en el municipio de Rosas y más del régimen subsidiado debe empezar por la misma comunidad, en común acuerdo con la administración

²⁶ Banco Interamericano de Desarrollo. Inclusión Social y Desarrollo Económico en América Latina. Edit. Alfa omega Colombiana S.A 2004

municipal representada con un excelente Secretario de Salud Municipal que descentralice sus funciones, creando enlaces con las demás instituciones, juntas de acción comunal, componentes de participación social en salud y que se implementen políticas públicas que permitan que la comunidad en general se interese por formar parte del proceso, que no sea solo las quejas por la mala atención, sino por el contrario, sean parte del problema y de la solución por el bienestar de toda la población.

4.4. UNA PROPUESTA DE INTERES SOCIAL PARA LA APLICACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO.

En Colombia este derecho está consagrado en la constitución política de 1991 como un derecho y un servicio a cargo del estado, Art... 49, anteriormente citado en el numeral 4.2.2 que refiere a la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE ROSAS.

En el contexto colombiano la mayoría de la población es de escasos recursos y se le hace imposible formar parte del régimen contributivo, también regulado con la ley 100 de 1.993. Por lo tanto el cambio del esquema de salud anterior por el de la ley 100, establece aparentemente mejores posibilidades, pues con este cambio se estipula claramente los derechos que debe tener todo ciudadano que pertenece a la clase menos favorecida en cuanto a salud se refiere creándose el régimen subsidiado:

Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a traves del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley mediante el articulo 212 Crease el régimen subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen como cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”²⁷

La realidad frente a lo anterior, es que la ley 100 de 1993, tiene muchas falencias. En cuanto al régimen subsidiado, se puede analizar que a pesar de que fue creado para favorecer a los más pobres, no cumple sus expectativas porque está diseñado para beneficiar a los intermediarios, en primer lugar a la ARS, que como administradoras del régimen subsidiado se quedan con la mayor parte de los recursos, toda vez que, la mayoría contratan por capitación y no por facturación, y no respetan los porcentajes de cada nivel quedándose con un porcentaje superior al 40% por administrar estos recursos; por otro lado tenemos los medicamentos contratados con empresas de dudosa reputación, sin tener en cuenta la calidad,

²⁷ Ley 100 de 1.991 Art. 212

simplemente el costo del producto, pues resultan más económicos todos aquellos denominados como “genéricos”, y que se formulan de manera desproporcionada.

De la misma manera está presente la burocracia que se maneja en el departamento del Cauca en este y otros sectores políticos; para el caso de Rosas, los funcionarios hospitalarios, incluyendo los médicos, se contratan por padrino político y no por méritos y mucho menos se tiene en cuenta la experiencia, convirtiéndose en cuotas políticas inamovibles, que en últimas es lo que hace que se preste un mal servicio en salud. Estas entre muchas falencias más que presenta el sector salud a nivel general en la ley 100 que es la que rige la salud a nivel nacional en este país.

La primera propuesta para que la salud funcione efectivamente en cuanto al régimen subsidiado es la siguiente.

1. Se tiene que acabar con todos los intermediarios que hacen parte en el manejo de los recursos del régimen subsidiado, incluyendo a las administraciones municipales.
2. Girar los recursos directamente a las IPSs, hoy llamadas ESEs (Empresas Sociales del Estado).
3. Conformar veedurías ciudadanas con personal capacitado y un poder especial para ejercer el control político.
4. Delegar funcionarios de la Contraloría Departamental hacia los municipios donde no existe dichos entes, para que ejerzan de cerca el control fiscal.
5. Ampliar el POS (Plan Obligatorio de Salud), para cubrir todas las enfermedades
6. Atender y cobrar por facturación real a cada beneficiario del régimen, y así el dinero que sobre o aquel que no es utilizado por aquellos que no acuden frecuentemente al médico, estamos hablando de más del 35% , se pueda utilizar en beneficio de los pacientes con enfermedades de alto costo.
7. Crear un programa de promoción y prevención en salud eficiente y eficaz.
8. Los medicamentos a nivel nacional se pueden fabricar por cuenta del estado para reducir costos y tener un mayor control de calidad; con funcionarios excelentes.
9. Que el dinero siga llegando por capitación, pero que la persona pueda ejercer un control sobre él y los de su núcleo familiar en caso de los menores de edad.
10. Teniendo en cuenta que el dinero que le entra al estado para el sector salud es una suma muy considerable, tan solo se ejecutan aproximadamente el 50%, los demás se quedan entre los intermediarios que manejan la salud en este país. Si se le da un mejor manejo a estos recursos y se aumenta un poco más el presupuesto; se mejoraría notablemente el sistema de salud en el régimen subsidiado.

Otra propuesta sería que se tome como beneficiario al núcleo familiar y se haga con el régimen contributivo:

1. Porque el estado invierte un promedio de \$700.000 al año por cada beneficiario del régimen, tomando todos los gastos, lo que paga por medio del sistema general de participación y el resto en el mantenimiento de la red pública en salud.
2. Si hay un núcleo familiar conformado por los padres y 4 hijos, nos daría un total de 4.200.000 al año en el régimen subsidiado, ya que este se aplica de manera individual. Si lo hacemos con el contributivo pagando por la afiliación del padre y los demás como beneficiarios y teniendo en cuenta que por el nivel del SISBEN se pagaría la cuota mínima de afiliación que son \$67.000 mensuales, al año serían \$804.000, por atender a toda la familia y en el caso de que hayan personas mayores de edad, como hijos o hermanos, dependiendo de quién sea el cotizante, se pagan \$30.000 que pueden ser 3 personas más, lo que sumaría un total de \$1.080.000, para un total de \$1.884.000, para atender 9 personas, y que en el actual régimen le cuestan al estado alrededor de \$6.300.000. y si es el caso se podría pagar un millón y medio de pesos por familia incluyendo riesgos profesionales y seguro de vida, y se ahorraría mucho dinero.

El problema radica, en que el sistema de salud en Colombia está diseñado como un negocio para beneficiar a los empresarios dueños de laboratorios farmacéuticos en Colombia, políticos y gobernantes de turno en todas las entidades territoriales, EPS, directores de las ESEs, y en general todos los actores del sector salud que toman a los enfermos o pacientes como clientes, y hasta que no se tome conciencia de esto no se podrá implementar un régimen en salud que contribuya realmente al mejoramiento de la calidad de vida y por lo tanto al bienestar social que tanto hace falta en este país, especialmente en el municipio de Rosas.

Según el doctor OSCAR OSPINA QUINTERO, Exdirector del Hospital Susana López de Valencia y actual Secretario Departamental de Salud en el Cauca, el sistema de Salud Colombiano es un negocio al derecho, puesto que, antes de 1993, el Sistema nacional de salud (SNS) funcionaba con grandes atributos, el derecho a la salud se ejercía en todo el territorio nacional sin limitaciones del POS, ni carnés, ni ordenes de apoyo, solo por ser ciudadano colombiano usted podía ser atendido en cualquier hospital del país, además los programas de salud pública y atención primaria llegaban a los sitios más remotos de la geografía colombiana, el país se gastaba 4 o 4.5 puntos del PIB.

Había corrupción, sin duda, este mal es endémico en nuestra historia patria y fue el desgano administrativo, uno de los argumentos que se tuvo para que naciera el Sistema General de Seguridad Social en Salud con la ley 100 de 1993.

En esa época se dijo que todos los males del SNS serían sanados, corregidos; se proclamó que la nueva ley sería una herramienta de contención a la corrupción, a la falta de gestión, a los precarios resultados en salud, en fin se mostró al país que todo lo pasado fue un desastre. El sistema de Salud creado con la ley 100 de 1993 y bastante reformado con la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2001, tiene sin duda la más fecunda normatividad de cualquier sector social. El sistema es muy complejo, tiene normas para todo. Esta es una de sus mayores debilidades que ha facilitado que se desvirtúe su espíritu y sus bondades, la más difundida es la cobertura de aseguramiento a más de 22 millones de colombianos. Se repartieron subsidios, pero los resultados en salud pública ha sido todo un desastre. La Ley mantuvo la regencia del sistema de salud en cabeza del Ministerio del ramo; que creó un ente para vigilar y controlar a todos los sectores.

La Superintendencia Nacional de Salud; creó las empresas promotoras de salud (EPS); estableció que los Hospitales Públicos se convirtieran en Empresas Sociales del Estado (ESE); se inventó un fantasma financiador: El FOSYGA; y dijo que el usuario sería el centro del sistema. La Ley 100, trajo a Colombia el modelo de aseguramiento, el cual se estructuró para garantizar que todos los colombianos, tuviéramos un seguro de salud y por lo tanto acceso, equidad y oportunidad en los servicios de salud. Llegó un nuevo lenguaje y nuevos actores. Los hospitales se convirtieron en empresas, llegaron los gerentes, la facturación, la auditoría, el manejo de cartera, la eficiencia clínica y administrativa, el rendimiento financiero. Incorporaron a todos los sectores del sistema aun modelo de mercado regulado. La salud se volvió un bien transable, una mercancía.

También hizo entrada por una inmensa puerta la intermediación al sector salud en cabeza de las EPS, estas como aseguradoras del riesgo en salud y financiero, serían las encargadas de garantizar la organización de la prestación de los servicios de salud y de administrar los recursos. Aparecieron diversas EPS, públicas, mutuales, cajas de compensación y les empezaron a llegar abundantes recursos públicos a empresas privadas que en muchos casos los esquilmaron y no los pagaron a quienes siempre han prestado los servicios de salud, los hospitales y clínicas.

Este sistema ha pasado por muchas crisis: Falta de un Ministerio de Salud que haga una adecuada orientación de política, deterioro de los sindicadores de salud pública, inoperancia de la vigilancia y control, desvío de recursos de la salud a otros menesteres, corrupción, clientelismo y durante todo el tiempo crisis hospitalaria. No se han cerrado tantos hospitales en la historia de Colombia como durante la vigencia de la Ley 100 y sus remiendos. Los hospitales han soportado a sus espaldas todo el peso del sistema de salud: Garantizan el derecho a la salud prestando servicios y no reciben los pagos oportunos, porque la plata de la salud pasa por muchas manos que en muchas ocasiones la desvían, la malgasta y la esquilman.

La vigilancia y control del sistema de salud colombiano en cabeza de la Supersalud, no ha cumplido sus obligaciones por falta de recursos, por insuficiencia de talento humano y por su centralización. En todas las reformas a la salud, le han ido adicionando funciones, pero en la realidad, la Supersalud no ha podido enfrentar los graves vicios del sistema y sus sectores. Solo este año, vemos una Supersalud dispuesta a enfrentar la corrupción y otros males que se concentran en los intermediarios, es decir, Las EPS.

Muchos somos partidarios de un nuevo sistema de salud en Colombia, con la salud pública y la atención primaria en salud, APS, como ejes conductores, pero el poder económico que han adquirido las EPS y el modelo económico que agencia el actual gobierno nacional, no nos da muchas esperanzas. La mesa intersectorial por la salud como derecho fundamental, está exigiendo al gobierno que se convoque a una gran mesa nacional por la salud, donde todos los actores podamos expresar nuestras ideas y sueños e intentemos construir un nuevo modelo y sistema de salud, donde se privilegie la salud y la vida y no el negocio. Donde los inmensos recursos 8.5 del PIB- sean manejados en una sola cuenta, y desde allí puedan llegar a los prestadores (Clínicas y Hospitales), en donde lo que se midan sean los indicadores de bienestar y salud y no de enfermedad y rentabilidad financiera y de verdad sea el usuario o paciente el centro de atención verdadero del sistema de salud. Un paciente informado que deberá ejercitar su derecho a la salud en instituciones hospitalarias en red, acreditadas, y con un profundo compromiso en la vida.

Es así como la población colombiana con menos posibilidades de cotizar ante el régimen contributivo puede ver una salvación, para poder recibir la atención en salud de acuerdo como está establecida en la ley y en los decretos y acuerdos que regulan el régimen subsidiado, pero la realidad es que el problema de salud para atender a la población menos favorecida es tan álgido y es tanta la población por atender que solo se da para unos pocos al inicio del programa. El sistema continúa haciendo ampliaciones de cobertura de acuerdo con las secretarías de salud, de protección social y encargados del sector salud, este último, en el caso de los municipios demasiado pequeños y muy pobres, quienes son los encargados de socializar el régimen y de acuerdo a la normatividad, sacar los listados y enviarlos a Bogotá al CNSSS. El problema es tan complejo, pues hay tratar de entender por qué en las cabeceras municipales, como el municipio de Rosas, se encuentran personas adineradas haciendo cola en los hospitales para ser atendidas por el régimen subsidiado y en las alcaldías los campesinos y los más pobres hacen cola pero para mendigar un carnet ante la administración municipal, y más grave aún, es que esto se puede estar presentando a nivel nacional sin que se haga algo para dar solución definitiva a esta forma impropia de adjudicar los subsidios del régimen representados en los respectivos carnés.

De esta manera se deben dar políticas a seguir para que la población tanto de este municipio como a nivel nacional, pueda gozar, por lo menos de tener un carné, que lo acredita como beneficiario del régimen subsidiado en salud y evaluar constantemente todas las políticas públicas encaminadas al desarrollo nacional, departamental y municipal; teniendo en cuenta que la evaluación como disciplina dentro del campo de la investigación en lo político y social, cumple dos objetivos: De un lado, es un “efectivo instrumento de aprendizaje para la ciudadanía, que permite ejercer control sobre sus gobernantes”, Y pedir cuentas e información sobre los programas que se ejecuten y que tengan impacto en la ciudadanía.

Por otra parte, para el gobierno la evaluación es un instrumento útil para diseñar políticas, particularmente aquellas orientadas al mejoramiento de la condición de vida de la población, producir ajustes y reconstruir el aparato institucional.

RECOMENDACIONES

Se recomienda direccionar mejor la salud pública enfocándola al servicio integral en salud de todos los habitantes del municipio de Rosas, enfatizando en el régimen subsidiado, que es en donde se encuentra toda la población sin capacidad económica para ingresar a otro régimen de salud, como el contributivo, servicios médicos prepagados e independientes del sector privado; teniendo en cuenta que debe estar no solo regida por el estado, también debe ser diseñada, gestionada e implementada y evaluada por el mismo mediante diferentes políticas; unas públicas y otras privadas, de acuerdo a los actores y factores que intervienen en el proceso. Es de tenerse en cuenta también, que la salud es más de responsabilidad estatal, administrativa y médica, que la de asignar simplemente recursos en un presupuesto, bien sea nacional, regional o municipal o de dividirla en 2 o más regímenes. Claro está que, con el actual sistema no alcanzaría ningún presupuesto, porque el problema no solo radica en la falta de recursos para el sector salud, sino en la forma como se deben administrar estos. Tomando como base la calidad de la ética y responsabilidad médica y administrativa en donde se pueda hablar de salud en igualdad de condiciones para toda la población, donde se miren como pacientes y no como clientes y se pueda generar e implementar políticas de salud integral en las que sea más importante prevenir que curar, que cuando se tenga que hacerlo, se haga con la intención de generarle salud a cada paciente y donde interese el bienestar de todo un pueblo y no de unos cuantos.

Lo anterior en referencia a que, los responsables de la salud en el municipio y en el país, siempre están actuando de acuerdo y amparados en la normatividad que rige la salud y por consiguiente todo está bien para ellos, pero el presupuesto asignado para la salud, además de ser muy bajo se queda entre los intermediarios, llegando al destino final o sea el paciente una pequeña parte; por ende hasta que no se solucione el problema de fondo que sería una reforma sustancial encaminada a mirar la salud como algo indispensable para la vida y no como ausencia de enfermedad, la cura o el tratamiento de la misma, este problema continuara complicándose cada vez más, llegando al punto del colapso del sistema general de salud no solo en el municipio de Rosas sino a nivel nacional.

Para que el sistema de salud funcione como debe ser en el municipio de Rosas, se tiene que empezar por el sentido de pertenencia, la idoneidad, la responsabilidad y honestidad de los actores que intervienen en este proceso, teniendo bien claro que los recursos de la salud son sagrados y que deben ser manejados o administrados de acuerdo a la importancia que amerita la salud en la calidad de vida de toda la población del municipio.

se recomienda la implementación de políticas públicas en este sector de la agenda política municipal, que conlleven a un mejor manejo de los recursos por la administración municipal, como por ejemplo, vincular más a la población en general en este aspecto, capacitándolos en esta área, generando además de conocimiento, interés por los recursos de un derecho que se adquiere por el solo hecho de nacer en un estado social de derecho, en donde la salud es muy importante para el bienestar social del que la Constitución Política tanto predica.

También es aconsejable que por parte del concejo municipal, se haga un muy buen estudio de las hojas de vida de los aspirantes a la personería, esto con el fin de elegir a la persona idónea para el cargo, pues en él recae la mayor responsabilidad del control al erario público municipal. Una opción bien podría ser elegir una persona que pertenezca a una corriente política diferente a la del alcalde municipal; esto si se analiza que una de las posibles falencias a la hora de ejercer el control bien pudo haber sido precisamente, los lazos de amistad que existían entre el alcalde y la personero municipal. Con lo anterior, no es que se quiera afirmar que en esas condiciones no se pueda ejercer un buen control porque en ello depende es de la formación personal y profesional de la persona electa para el cargo de Personero, como representante del ministerio público en el municipio de Rosas.

Los concejales deben capacitarse constantemente de acuerdo a la normatividad que rige para la administración pública y su respectivo control y de esta forma poder ejercer mejor sus funciones.

En la contratación se recomienda que haya más control por parte de los organismos competentes, como la contraloría, y así evitar que se presenten focos de corrupción o malos manejos de los recursos de la salud, que la alcaldía municipal haga las transferencias de los recursos a las EPSs, para que estas no tengan disculpas a la hora de pagar los servicios prestados a sus usuarios por el hospital y de la misma manera el hospital pueda cumplir con las obligaciones laborales con sus empleados a tiempo.

Se debe capacitar a los usuarios del régimen subsidiado que pertenecen a empresas que contratan por capitación, en el buen manejo del carné de salud, de esta manera contribuir al rendimiento de los recursos contratados por cada una de las EPS con el hospital, buscando con ello, que la comunidad no asista tanto a consulta médica, esto para las personas que ya han hecho uso del servicio de manera repetitiva en periodos cortos de tiempo, para consultar enfermedades que son de simple cuidado doméstico, como es el caso de una gripa o dolor de estómago, entre otros, pero que verdaderamente no representan un peligro para el detrimento de su salud y de su vida; puesto que le están quitando la oportunidad a otros que realmente lo necesitan y a quienes en muchas ocasiones se les dificulta acceder al servicio porque residen en zonas distantes de la cabecera municipal.

Una vez se capacite y se concientice a la población subsidiada en este sentido, no se tendrían problemas con el sistema de contratación, porque este depende en gran parte del buen uso del carné o de lo contrario sería mejor contratar por facturación o evento, pero el problema radica es que cada empresa de acuerdo a la normatividad, ya tiene su esquema de contratación establecido y esto no se puede cambiar a nivel municipal.

La prestación de los servicios de salud en el municipio de Rosas, se debe hacer mediante un buen servicio de información, promoción y prevención que permita que los usuarios tengan claro todo lo referente al portafolio de servicios del hospital, hoy la ESE centro 2 punto de atención Rosas (Hospital nivel 1), en la medida en que el hospital cuenta con servicios de consulta externa, urgencias, Rayos X, Odontóloga, toma de citologías, farmacia, laboratorio clínico, control y desarrollo y vacunación; pero no se tiene un conocimiento amplio del tema por la comunidad; por ende, se debe hacer una amplia difusión, utilizando los medios de comunicación apropiados, que se puedan aplicar y que existan en el municipio de Rosas, tales como: La Radio, publicidad impresa, capacitaciones, asambleas generales y zonales, y estar permanentemente en contacto con los presidentes de las juntas de acción comunal y líderes comunitarios de las veredas. No menos importante es el hecho de dárselos a conocer a los usuarios, el valor de cada servicio.

La atención médica, debería de ser prestada con tres médicos por día en consulta externa y dos odontólogos de manera permanente, esto, para reducir el índice de demanda insatisfecha en cuanto a la atención de usuarios; sería importantísimo incrementar las salidas rurales, no solo a los corregimientos, sino también a las veredas, salidas que deben realizarse no como un simple requisito, sino que por el contrario, se efectúen con mucha responsabilidad, y cuando se asista a una vereda o zona del municipio, sea porque en realidad se amerite prestar la atención médica y odontológica, pues innecesario sería desplazarse a una vereda para prestar el servicio a unos cuantos pacientes, cuando esos pocos bien podrían desplazarse a la cabecera municipal; lo anterior, por lo engorroso que resulta llevar hasta esos sitios una ambulancia con 1 médico, 1 odontólogo, 3 auxiliares de enfermería, 1 auxiliar de odontología, 1 auxiliar de facturación manual y el conductor. Si todo este personal se utiliza en el punto de atención, se puede prestar los servicios de una manera más eficiente y eficaz ya que se atienden más usuarios y a menor costo.

Junto a esto, se deben implementar políticas en la parte de Promoción y Prevención (PyP), pues el problema no radica solo en la falta de médicos, porque si el hospital contratara 8 médicos se coparían todos con consultas y el equilibrio presupuestal del Hospital no se podría mantener. La solución real está en el aspecto de concientizar a la comunidad roseña para que hagan un buen uso de los programas de P y P, en la parte de control y desarrollo, vacunación, adulto

mayor, en fin, que la comunidad se ponga de acuerdo con la Secretaria de Salud y el hospital para hablar un solo idioma y reducir el índice de morbilidad atacando cada una de las principales causas de consulta. Por ejemplo: muchas enfermedades se pueden controlar capacitando y concientizando a la población en el manejo de basuras al igual que en el consumo de agua potable; para este último se puede dotar de filtros a todas las viviendas para que las personas puedan además de hervir el agua, también la filtren y los que no la hierven al menos la filtren; de esta forma se podrían evitar muchas enfermedades, especialmente estomacales. El objetivo de lo anterior es acoplar a los roseños a que no solo tienen que ir al hospital en busca de consulta, sino que además asistan conmovidos por el interés de participar en los programas de salud que promueven un mejor estilo de vida para ellos.

Se debe cambiar el sistema de asignación de citas, no se debe convocar a las personas a la misma hora todos los días, se tienen que dar las citas por horas con un tiempo determinado, como por ejemplo, cada 15 minutos, pero agendadas hasta por cinco días; así se descongestionaría el hospital porque los pacientes pueden llegar 20 minutos antes y no esperar todo el día para ser atendidos, bajando de este modo, considerablemente la insatisfacción por parte de los usuarios.

En cuanto a la entrega de medicamentos, primero se deben formular medicamentos de alta calidad, que sean comprados en laboratorios reconocidos en el mercado, por la garantía de sus productos, en lo posible tratar de que el hospital no entregue medicamentos, porque esto limitaría la calidad del servicio en la medida en que los médicos podrían ser condicionados a entregar los que más le convengan a los directivos de la IPS; deben ser entregados por cada EPS a sus usuarios, pero haciéndoles un estricto control a la hora de entregárselos. Igualmente importante es tener en cuenta que se aporte la cantidad completa de los medicamentos y concientizar a los usuarios para que se los tomen según la prescripción médica y cumplidamente.

En general la realidad sobre la inclusión de la sociedad roseña en la toma de decisiones de la salud en el municipio de Rosas y más del régimen subsidiado, debe empezar por la misma comunidad, en común acuerdo con la administración municipal representada en un excelente secretario de salud municipal, que trabaje de acuerdo con el hospital, que descentralice las funciones a nivel municipal creando enlaces con las demás instituciones, juntas de acción comunal, componentes de participación social en salud y que se implementen políticas públicas que permitan que la comunidad se interese por formar parte del proceso; que su interés no radique solo en reclamar por la prestación de servicios en el hospital nivel uno, sino por el contrario, que sean parte del problema y de la solución por el bienestar de toda la población.

Se recomienda cambiar el sistema que mide a las IPS, es decir, que no sea por metas individuales de cada servicio, sino que por el contrario, se hagan de manera conjunta, tomando como base no solo la parte hospitalaria y sus programas, sino al ser humano y su entorno como eje principal, de esta manera se podría evaluar realmente desde la parte humana y no desde la parte mecánica, como se ha venido haciendo; por ejemplo, la forma más precisa de mirar si la política implementada verdaderamente es eficiente y eficaz, es cuando en el punto de atención y en las salidas extramurales se reduzca la afluencia de usuarios a solicitar los servicios prestados por la ESE, porque esa debe ser la meta de los programas de promoción y prevención; si estos se desarrollan cabalmente, cada día se reduciría el porcentaje de personas enfermas, y todo esto con tan solo una excelente atención del paciente.

La administración municipal y hospitalaria debe de tener en cuenta lo anterior, para adecuarse a la atención en salud que la ley 100 y sus decretos posteriores exigen, y ello para el buen funcionamiento de la misma y lograr así un impacto positivo frente a los usuarios. La ley 100, no es la norma que favorezca mucho a la salud, pero es la que rige en Colombia desde el año 1993, y hasta que esta sea modificada, seguirá rigiendo e indicando los parámetros a seguir por todos los actores del sector salud, y es ahí donde no solo se puede decir que es la ley 100 la culpable del estado en el que se encuentra la salud del municipio de Rosas, en la medida en que una cosa es lo que se debe hacer y otra lo que se hace por los que tienen injerencia en este tema.

BIBLIOGRAFIA

BUSTAMANTE LEDEZMA, Álvaro. Sistema de seguridad social en Colombia. Ley 100 de 1993-comentarios y suplemento legislativo. Editora Jurídica de Colombia. Primera edición, 2.005

CORTES RIAÑO, Carlos Alberto. Compendio normativo del sector salud. Editorial Legis Editores S.A. Primera edición 1.999 ISBN 958-653-218-6

RESTREPO, Juan Camilo. Nuevos rumbos para la descentralización. Editorial Ministerio de Hacienda y Crédito Público 2.000.

SERRANO ESCOBAR Luís Guillermo. Nuevos conceptos de responsabilidad médica. Santa fe de Bogotá. Ediciones Doctrina y Ley Ltda. 2.000. ISBN 958-676-093-6

REPUBLICA DE COLOMBIA. Sistema de seguridad social integral ley 100 de 1.993. Editorial Molano.

MARTIN Gerad, Miguel CEBALLOS. Anatomía de una transformación política de seguridad ciudadana 1.995-2003. Editorial: Pontificia Universidad Javeriana 2.004. ISBN 958-683-750-5

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Para cerrar la brecha. Editorial: Ediciones del banco de la republica 1.978.

MACHADO, Absalón. Carlos, SALGADO. Rafael VASQUES. La academia y el sector rural 1. Esfera Editores Ltda. 2.004. ISBN 958-701-421-9.

ROTH DEUBEL, André- Noel. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Ediciones: aurora, 2002.

SALAZAR VARGAS, Carlos. Las políticas públicas. Santa Fe de Bogotá. Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 1999. ISBN 958- 9176-34-8

VARGAS, VELASQUEZ, Alejo. El Estado y las políticas públicas. Santa Fe de Bogotá. Almudena Editores, 1999. 55-88, 141-161, 167-173 p. ISBN 958-95810-7-2.

PROMOCUM-CORPORACION PROMOTORA DE LAS COMUNIDADES MUNICIPALES DE COLOMBIA. Guía para la gestión municipal. Bogotá D.C. Editorial: USAID. Quinta edición 2.004 ISBN 958-95204-3-X.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO-
MINISTERIO DE GOBERNO. Ideas para la agenda del gobierno. Editorial: Op
Graficas Ltda. ISBN 958-9382-002-2.

VEGA, FRANCO, Leopoldo. La salud en el contexto de la nueva salud pública.
Editorial, El Manual Moderno.

PROMOCUM-CORPORACION PROMOTORA DE LAS COMUNIDADES
MUNICIPALES DE COLOMBIA. Guía para la gestión municipal. Bogotá D.C.
Editorial: USAID. Cuarta edición 2.002.

VELASQUEZ, Fabio E. Descentralización y gestión local en América latina,
Revista Foro No 32. Editorial: Gente nueva 1.997.

MALDONADO, María mercedes. La descentralización de los servicios de salud,
Revista Foro No 31. Editorial gente nueva. 2.004.

JARAMILLO PEREZ Iván. 10 años de descentralización en el sector salud
Revista Foro No 29. Editorial: Gente nueva 1.996.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTA Y EL GRUPO
FUNCIONAL DE INVESTIGACIONES. Población participante vinculada sin
capacidad de pago. Bogotá D.C 1.999.

MINESTERIO DE3 SALUD. La reforma a la seguridad social en salud tomo 1
antecedentes y resultados Bogotá 1.999.

MINISTERIO DE SALUD. La reforma a la seguridad social en salud tomo 2
decretos reglamentarios.

ARBOLEDA Cristóbal, (1962). Historias del Viejo Cauca. Editorial Zaeta.
Medellín, Colombia.

AUSECHA Delgado Juan Carlos, Análisis de Políticas Públicas: Construcción y
mantenimiento de Redes Viales, Administración municipal de Rosas 2001-2003.

Corpes de Occidente. Región de planificación del occidente colombiano, políticas
sociales, desarrollo regional y modernización del estado, Pág. 19-48.

CRC ESQUEMA DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL. Municipio de Rosas-
Cauca, 2000-2010. TOMO 2 Y 3.

DICCIONARIO Geográfico, Agustín Codazzi, 1978: 1.108. Planeación Nacional
Bogotá.

LONDOÑO Juan Fernando, Restrepo Mauricio, García Margarita, Bonamusa, Uribe maría Teresa. Sociedad Civil, Control Social y Democracia Participativa. Editorial FESCOL, Págs. 13-26.

PAVÍA Gaitán Pilar, Ospina Moreno Carlos. Poder Local, realidad y utopía de la descentralización en Colombia. TM Editores. Págs.: 149-172, 185-196.

PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL ROSAS CAUCA, Francisco Rivera Rojas- alcalde, periodo 2.004-2.007. Unidos construyendo esperanza.

VILLAMIZAR J Rogelio. Como nos Gobernamos en Colombia Editorial Feriva S.A. Cali, 1.993.

PLAZAS G GERMAN. La Nueva Seguridad Social. Editorial Linotipia Bolívar. Santa fe de Bogota. D.C Colombia 1.998.

GONZALEZ de Luna Tomas. Norma y Poder. Coordinación Editorial, Samuel Flores Longoria. León Héctor Flores Valdez. Ciudad Universitaria de Nuevo León México. Primera edición 2.002.