

ALCALDIA DE IPIALES



EVALUACIÓN FINANCIERA Y SOCIAL DE LOS RECURSOS DESTINADOS A
SUBSIDIOS EN SALUD, Y SU IMPACTO SOBRE LA COBERTURA Y
CALIDAD EN EL MUNICIPIO DE IPIALES.

JAVIER ALEJANDRO LÓPEZ BOLAÑOS

SAN JUAN DE PASTO
UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
2008

EVALUACIÓN FINANCIERA Y SOCIAL DE LOS RECURSOS DESTINADOS A
SUBSIDIOS EN SALUD, Y SU IMPACTO SOBRE LA COBERTURA Y
CALIDAD EN EL MUNICIPIO DE IPIALES.

JAVIER ALEJANDRO LÓPEZ BOLAÑOS.

Asesor
Armando Paz.
Economista.

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2008.

Nota de aceptación.

Asesor:

**Armando Paz.
Economista.**

Jurados del trabajo de grado:

**Hernando Portillo.
Economista.**

**Iván Fredy Erazo.
Economista.**

DEDICATORIA.

El presente trabajo es dedicado a mis padres Campo Elías López y Luz Marina Bolaños, mi hermana Tatiana Elizabeth López Bolaños y mi hija Lesly López; Que en todo momento me brindaron su apoyo, que desde la iniciación de mis estudios siempre me dieron la fortaleza necesaria para enfrentarme a todas las situaciones que se me presentaron en esta larga etapa de la vida, hoy gracias a ellos puedo ver florecer un nuevo horizonte con mejores posibilidades de salir a delante profesionalmente y sobretodo hacia el logro de ser una persona más integra, justa y que pueda ayudar a la sociedad a partir de mi formación.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco principalmente a Dios por haber hecho posible culminar un sueño que llena de felicidad a mi y a todos los que me rodean, a mis padres Campo Elías López Y luz Marina Bolaños por el apoyo incondicional en pro de alcanzar mis sueño, a la universidad de Nariño por haberme brindado la posibilidad de haber estudiado en tan importante y prestigiosa institución académica de ciencia, saber y valores. la que siempre nombrare con orgullo y satisfacción como un recuerdo grato de haber vivido dentro de ella muchas experiencias de esta importante etapa de mi vida, a mis maestros de la academia personas integras que me ensaaron sobre como formarme profesionalmente en el campo de las economía, pero sobretodo como lograr ser una persona de principios y valores para contribuir al logro de una sociedad más justa y equitativa teniendo en cuenta los fundamentales principios de una ciencia social que lucha por el bienestar social del ser humano y todo lo que gira a su alrededor; a la Dirección local de salud del municipio de ipiales por haberme brindado dentro de su interior la posibilidad de haber realizado el trabajo de grado en el cual pude obtener el principio de una experiencia laboral que me inclina hacia el futuro por el estudio de la interacción entre la ciencias de la salud y la economía.

RESUMEN EJECUTIVO.

El presente trabajo da a conocer la incidencia que han tenido las políticas ejercidas por parte del gobierno sobre el sector salud en el municipio de Ipiales, donde se especifica principalmente la situación actual en cuanto a la destinación de subsidios en salud hacia la población más pobre, teniendo en cuenta el acceso real a los servicios en salud como también la satisfacción que han alcanzado los beneficiarios involucrados, además se realiza una evaluación financiera sobre la principal autoridad encargada de administrar y redistribuir los recursos financieros en salud (Dirección local de salud) donde se observa el grado de eficiencia y gestión que ha logrado en los últimos cuatro años.

.

ABSTRACT.

The present study let us know the incidence that some policies fulfilled by the government related with health in the municipality of Ipiales. The current situation is specified mainly about health benefits destination for poor and vulnerable population. The real access to health services are taken in to account as the satisfaction that the involved beneficiaries have reached. Moreover, a financial evaluation about the main authority is performed (Local Direction of Health); They are in charge of distributing financial means, where the level of efficiency and management that have been achieved during the last four years are observed.

CONTENIDO-

INTRODUCCIÓN	Pág. 21
1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	23
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
1.2. UTILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	24
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	25
1.3.1. Sistematización del problema	25
1.4. JUSTIFICACIÓN	26
1.5. OBJETIVOS	27
1.5.1. Objetivo general	27
1.5.2. Objetivos específicos	27
2. REFERENTES TEÓRICOS	28
2.1. MARCO CONTEXTUAL	28
2.1.1. Contexto mundial	28

2.1.2.	Contexto colombiano	31
2.1.3.	Reforma al sistema general de seguridad social en salud ley 1122 del 2007 y las funciones del gobierno en el sector salud	41
2.1.4.	Proyecciones formuladas dentro de los programas de salud en el plan de desarrollo 2004-2007 municipio de Ipiales	60
2.2.	MARCO TEÓRICO	62
2.2.1.	La economía y la salud	62
2.2.2.	La salud y sus determinantes	63
2.2.3.	La economía del bienestar	66
2.2.4.	Cumbre del milenio visión 2015	67
2.2.5.	La inversión en salud como expectativa de desarrollo económico en países pobres	68
2.2.6.	Una propuesta de desarrollo económico y bienestar social	71
2.3.	MARCO LEGAL	73
3.	SITUACIÓN SOCIO ESPACIAL	76
3.1.	SITUACIÓN GEOGRÁFICA	76
3.2.	DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PÚBLICOS	76

3.3.	ASPECTOS ECONÓMICOS DEL MUNICIPIO	77
3.4.	MARCO JURÍDICO	78
4.	DISEÑO Y PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	80
4.1.	DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	80
4.2.	TIPO DE INVESTIGACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	80
4.2.1.	Etapas del proceso investigativo	81
4.3.	DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA POBLACIONAL	81
5.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO	83
5.1.	INFORME FINANCIERO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE IPIALES	83
5.1.1.	Discriminación de las sub. cuentas de ingresos	83
5.1.2.	Evaluación financiera ingresos	89
5.1.3.	Evaluación financiera de gastos	93
5.2.	ESTADO DE CONTRATACIÓN DE LAS ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO CON LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE IPIALES AÑO 2007	99

5.2.1.	Situación financiera con las administradoras del régimen subsidiado año 2007	102
5.2.2.	Fuentes de financiamiento del régimen subsidiado en salud del municipio de ipiales	103
5.3.	COBERTURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE IPIALES AÑO 2007	104
5.3.1.	Distribución de subsidios en salud municipio de ipiales	107
5.3.2.	Población vinculada	110
5.3.3.	Calidad en la prestación de los servicios de salud	111
5.4.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA EN LA PRUEBA DE CAMPO SOBRE LA OPINIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE IPIALES	115
5.4.1.	Nivel de satisfacción en la afiliación a los subsidios en salud	115
5.4.2.	Impacto del subsidio en salud sobre la calidad de vida de los beneficiarios	117
5.4.3.	Problemas suscitados entorno al conocimiento de los beneficiarios sobre el sistema general de seguridad social en salud	119
5.4.4.	Opinión sobre el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades	124
5.4.5.	Evaluación sobre la gestión y eficiencia en el sector salud por parte de las administraciones municipales	126

5.5.	LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE IPIALES	132
5.5.1.	Problemas encontrados en la prestación de los servicios en salud	134
6.	CONCLUSIONES	139
7.	RECOMENDACIONES	143
	BIBLIOGRAFÍA	145
	ANEXOS	146

LISTA DE TABLAS.

	Pág.
Tabla 1. Comparación del PIB per. cápita e indicadores de salud	29
Tabla 2. Afiliación y evasión del régimen contributivo en Colombia año	40
Tabla 3. Recursos, cobertura y número de administradoras del régimen subsidiado en Colombia	53
Tabla 4. Instituciones prestadoras de servicio de salud donde se aplicaron las encuestas	82
Tabla 5. Empresas contratistas con la dirección local de salud para la prestación del servicio de régimen subsidiado	100
Tabla 6. Cuentas por cobrar a las administradoras del régimen subsidiado en salud por concepto de prestación de servicios de la IPS a corte 31 de diciembre del 2008	102
Tabla 7. Estado de cuentas por pagar a las administradoras del régimen subsidiado a corte 31 de diciembre del 2008	102
Tabla 8. Cabildos Pertenecientes al Municipio de Ipiales	108
Tabla 9. Instituciones prestadoras de servicios de salud publicas en el municipio de Ipiales año 2007	112
Tabla 10. Instituciones prestadoras de servicios de salud privadas en el municipio de ipiales año 2007.	112

LISTA DE CUADROS.

	Pág.,
Cuadro 1. Plan obligatorio de salud subsidiado POSS	50
Cuadro 2. Objetivos planteados en salud dentro del plan de desarrollo para la vigencia administrativa 2004-2007	61
Cuadro 3. Clasificación de la población afiliada al sistema general de seguridad social en salud en el municipio de Ipiales año 2007	105
Cuadro 4. Indicadores de incremento régimen subsidiado en salud municipio de Ipiales año 2007	106
Cuadro 5. Subsidio per. cápita trimestral para población vinculada	114

LISTA DE ESQUEMAS.

Pág.,

Esquema 1. Fuentes de financiamiento del régimen subsidiado en Colombia	52
Esquema 2. Secuencia entre salud y desarrollo económico	64
Esquema 3. El régimen subsidiado en un modelo convencional de Demanda y producción de servicios de salud	66

LISTA DE GRÁFICOS.

Pág.,

Grafico 1.	Tendencia monopolística en la administración del régimen subsidiado en Colombia	35
Gráfico 2.	Ingresos y gastos en servicios de salud por parte de las administradoras del régimen subsidiado, 1996-2004	39
Grafico 3.	Participación del Sector Salud como porcentaje del plan plurianual de inversiones municipio de Ipiales vigencia 2004-2007	89
Grafico 4.	Fuentes de ingresos en Salud en el Municipio De Ipiales Vigencia 2004-2007	90
Grafico 5.	Rubros más Representativos Dentro De la Ejecución De Ingresos En Salud Del Municipio De Ipiales Vigencia 2004-2007	91
Grafico 6.	Ingresos por Prestación de Servicios en Salud de la dirección local de salud de Ipiales vigencia 2004-2007	92
Grafico 7.	Comportamiento De Los Ingresos Sanidad Portuaria Dirección local de salud Ipiales vigencia 2004-2007	93
Grafico 8.	Gastos de Funcionamiento en la Dirección Local de Salud de Ipiales vigencia 2004-2007	95
Grafico 9.	Déficit Fiscal Dirección Local De Salud Ipiales vigencia 2004-2007	97
Grafico 10.	Total de Gastos en la Dirección local de salud del Municipio de Ipiales vigencia 2004-2007	98
Grafico 11.	Numero de afiliados al régimen subsidiado clasificados según administradora año 2007	101
Grafico 12.	Valor de los Contratos Realizados con las administradoras del régimen subsidiado en salud, Durante el año 2007. Municipio de Ipiales	101

Grafico 13.	Fuentes De Financiamiento del Régimen Subsidiado en Ipiales Año 2007	104
Grafico 14.	Incremento de Personas Afiliadas al Régimen Subsidiado en el Municipio de Ipiales Vigencia 2004-2007	107
Grafico 15.	Distribución total de población afiliada al régimen subsidiado en salud del municipio de Ipiales año 2007	109
Grafico 16.	Población Urbana Afiliada al Régimen Subsidiado en Salud según Estrato Social del Municipio de Ipiales Año 2007	110
Grafico 17.	Cobertura Régimen Subsidiado Municipio De Ipiales vigencia 2004-2007	111
Grafico 18.	Gastos de Inversión en el Sector Salud municipio Ipiales vigencia 2004-2007	113
Grafico 19.	Satisfacción de los beneficiarios con la empresa donde están afiliados al régimen subsidiado	117
Grafico 20.	Frecuencia de acceso a los servicios de salud por parte de los beneficiarios de subsidios	118
Grafico 21.	Ha mejorado su calidad de vida desde el momento que accedió como beneficiario del régimen subsidiado o Sisben	119
Grafico 22.	Conocimiento que tienen los beneficiarios sobre los derechos y deberes que poseen	121
Grafico 23.	Capacitación que han recibido los beneficiarios del régimen subsidiado o Sisben con respecto a sus derechos y deberes	122
Grafico 24.	Participación de veeduría o vigilancia del régimen subsidiado por parte de los beneficiarios	124
Grafico 25.	Opinión de los beneficiarios con respecto a si ha habido capacitación con respecto a las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades	126

- Grafico 26. Opinión de los beneficiarios sobre la gestión en salud realizada por la administración municipal anterior 128
- Grafico 27. Opinión de los beneficiarios sobre si ha mejorado la gestión en salud en el municipio de Ipiales en la actual administración municipal 131
- Grafico 28. Satisfacción de los beneficiarios del régimen subsidiado y Sisben con respecto a la institución donde son atendidos 134
- Grafico 29. Problemas percibidos por los beneficiarios de subsidios, a la hora de acceder a la prestación de los servicios en salud 137

GLOSARIO.

Administradoras del régimen subsidiado. Son entidades las cuales se encargan de administrar los recursos que envía el estado para entender las necesidades en salud que posea la población pobre e indígena de los entes territoriales.

Fondo de solidaridad y garantía. Es ente ascripto al ministerio de protección social el cual se caracteriza por manejar, supervisar y distribuir rubros en salud a nivel nacional a la población más pobre y vulnerable con el fin de que esta pueda acceder a la prestación de servicios en salud.

Régimen subsidiado. Programa de la nación que brinda el derecho de acceder a la atención en los servicios de salud a las personas que no tengan la capacidad para cubrir sus gastos en la adquisición de servicios en salud y por ello recibirán un subsidio total o parcial

Sisben. (Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales)
Es en el país el principal seleccionador de la población que requiere los subsidios del estado como el régimen subsidiado o el nuevo programa presidencial de familias en acción, además brinda apoyo a las personas que a pesar de ser pobres aun no están afiliadas al régimen subsidiado en salud.

Vinculados. Son personas las cuales a pesar de estar en situación de vulnerabilidad o pobreza, aun no pertenecen al régimen subsidiado, no obstante el gobierno debe encargarse de brindar ayuda en estos servicios cuando esta población lo requiera.

INTRODUCCIÓN.

los procesos de desarrollo económico son etapas que surgen a partir de la características que cada conglomerado social posee, y se ha venido formando a través de procesos evolutivos históricos, es por ello que a partir de dichos rasgos surgen diferencias en cuanto al crecimiento y desarrollo económico, y además del bienestar social. Por lo tanto es pertinente detenerse a observar cuales son las variables tanto cuantitativas como cualitativas más determinantes dentro de un proceso hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y su entorno. En este aspecto se comienza por analizar la incidencia que han tenido las reformas al sistema general de seguridad social en salud en el país como un propósito hacia el mejoramiento en la calidad y cobertura observando si el impacto de tales transformaciones han conseguido lograr un concepto de equidad y eficiencia.

De igual manera se pretende realizar una evaluación sobre la situación del municipio de Ipiales con respecto al manejo de las finanzas en salud, en donde se realizo dentro de la dirección municipal de salud de Ipiales una evaluación en cuanto al aspecto financiero donde se tuvo en cuenta el manejo de recursos como los montos planteados en el plan de desarrollo para la vigencia administrativa 2004-2007, donde se encuentran las partidas provenientes del sistema general de participaciones SGP, las partidas provenientes del endeudamiento, recursos de propósitos generales así como también la captación de recursos propios.

Otro de los aspectos muy prescindibles del trabajo se refiere a abordar el tema de las contrataciones que mantiene la dirección municipal con las administradoras del régimen subsidiado (ARS) donde se establece la situación financiera y de redistribución de dichos recursos tanto por parte de estas empresas como por parte de la dirección municipal de salud. Además de la atención que se debe prestar a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Por ultimo se pasa a una de las fases más fundamentales de trabajo de grado donde se realizo una evaluación ya de carácter social sobre el impacto que ha ejercido la ejecución de las distintas metas y programas planteados por la alcaldía municipal y los entes encargados de la prestación de los servicios en salud. Teniendo en cuenta la cobertura alcanzada, el mejoramiento de dicho servicio, y sobretodo cómo dichas metas y objetivos se han cumplido hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del municipio de Ipiales hacia el logro de un mayor bienestar y desarrollo de la población, para ello se empleo un trabajo de campo con el fin de observar la opinión de los beneficiarios.

Con tal fin se pudo elaborar un trabajo el cual permitió servir de soporte hacia el análisis de cómo han incidido las políticas de gestión e inversión de recursos en salud hacia atender las necesidades más urgentes en la población pobre y vulnerable. El ideal es partir de un conocimiento científico y válido para realizar una abstracción de las variables a tener en cuenta sobretodo dentro del objeto de estudio de la presente investigación la cual gira entorno a variables de medición social como lo es la disponibilidad de acceso en salud para la población más vulnerable del municipio de Ipiales.

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. La estructura del sector salud en Colombia se ha constituido en un sistema que brinda el acceso por medio de dos regímenes principalmente subsidiado y contributivo, a nivel latinoamericano el país se ha ubicado en un término medio desde el punto de vista de la calidad y cobertura junto con países como México y Ecuador.

Los problemas que se pueden detallar en este esquema dentro del país lo constituyen de una forma más aguda los pertenecientes al régimen subsidiado y los desprotegidos del sistema general de seguridad social en salud puesto que la limitación del ingreso para adquirir estos servicios de una forma autónoma o por sí solos son demasiado limitadas haciendo fundamental la presencia de políticas estatales de gasto por medio de subsidios.

El municipio de Ipiales en el ámbito de la salud no ha sido ajeno a estos rezagos, a pesar de que la implantación de la ley 100 está cercana a cumplir 15 años de su vigencia, los problemas suscitados en el sector salud se han constituido en un obstáculo fundamental dentro de la calidad de vida de los habitantes, es así como para el año 2007 y a pesar de los esfuerzos del municipio por ampliar la cobertura en el régimen subsidiado en salud aun existen 29.632¹ personas sin vincular. Adicionado a ello existe otro de los eslabones influyentes dentro de este contexto que se da por la existencia de una inequidad dentro de la cobertura en los carnets que la población potencialmente más necesitada recibe ya que se da la posibilidad de disponer de dichos subsidios a parte de población más solvente que la que realmente lo necesita.

Adicionalmente no se tiene una plena información por parte de la población sobre la gran cantidad de recursos que inyecta el estado a las administradoras del régimen subsidiado que para el año anterior ascendió a \$ 9.444.831.971² en consecuencia a nivel nacional se han cuestionado dichas empresas que incluso han llegado a cerrarse por mal manejo donde se puede llegar a pensar que estas escogen los beneficios particulares de rentabilidad por encima de los beneficios colectivos que por derecho legal les pertenecen a los usuarios.

¹ SISBEN Municipio de Ipiales. 2007.

² Dirección Local de Salud de Ipiales Diciembre 2007. Ejecución Final de Gastos "subdirección De Presupuesto".

En el ámbito de la cobertura y ampliación en carnets de régimen subsidiado esta ha sido muy significativa puesto que se paso de 32.890³ al terminar el año 2003, a 51.337 carnets en cobertura al finalizar la vigencia administrativa 2004-2007, desde un punto de vista cuantitativo se podría afirmar que el municipio de Ipiales ha sido muy eficiente a nivel de las políticas de subsidios en salud, sin embargo la esencia fundamental del presente trabajo de grado consiste en demostrar el planteamiento de una hipótesis, afirmando que existe una brecha entre la cobertura y la calidad del servicio de salud donde actuaran estas dos variables, una de naturaleza cuantitativa y otra de naturaleza cualitativa que es la más próxima al concepto de desarrollo económico.

La anterior hipótesis tiene su valides de afirmación puesto que a lo largo de la administración actual y en el indagar empírico de las personas se ha podido visualizar grandes falencias sobretodo en la prestación del servicio de salud dadas por la falta de atención y una capacidad instalada en recursos humados científicos y de infraestructura, que no abastecen la demanda del servicio lo cual desencadena una limitación al mejoramiento de calidad de vida de las personas.

Dentro del plan de desarrollo del municipio de Ipiales para la vigencia 2004-2007 se han planteado una serie de estrategias que van encaminadas a mejorar la prestación del servicios, el nivel de cobertura y brindar una mayor garantía en la prestación de salud publica, aprovechando que la vigencia administrativa 2004-2007 ya terminó, es fundamental la realización de una evaluación dentro de las entidades territorialmente encargadas de manejar los recursos, sustentándose por principios de eficacia y eficiencia a ser utilizados de la mejor manera dado que es un sector que como muchos pensadores en el área económica y social lo manifiestan, repercute de una manera directa proporcional sobre la calidad de vida y bienestar de los ciudadanos en la mediada que estos mejoran.

1.2. UTILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.

Este trabajo de investigación tiene un alto grado de importancia pues luego de su realización este puede aportar como información de las gestiones realizadas anteriormente en la distribución de los recursos en salud y su gestión, así aportara para que a partir de estos resultados las administraciones futuras se basen en datos actuales para realizar proyecciones y tendencias y sobretodo si tales impactos han repercutido de una forma directa sobre las clases más necesitadas ya que a partir de la información abstraída en la prueba de campo donde se indago directamente a la población beneficiaria de los subsidios en

³ Dirección Local de salud de Ipiales Noviembre. 2007. "Subdirección de Aseguramiento".

salud sobre su punto de vista que tiene sobre las políticas realizadas en el sector salud, por parte del gobierno y los actores que intervienen en el sector, se podrán visualizar las situaciones arrojadas por dicha comunidad para que a partir de lo anterior se pueda tomar una serie de estrategias orientadas al mejoramiento de los procesos que integran todo el sector salud, desde la distribución de recursos nacionales hasta la prestación directa de los servicios en salud a los usuarios beneficiados en el municipio de Ipiales.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿De que manera se han ejecutado y distribuido los recursos destinados a la atención del régimen subsidiado y población más vulnerable, y cual ha sido el impacto que ello ha ejercido sobre los niveles de cobertura y calidad en salud en el municipio de Ipiales?

1.3.1. Sistematización del problema.

1. ¿Cuáles son las fuentes de ingresos destinados a la salud, y como se han ejecutado los gastos de inversión durante la administración municipal 2004-2007?
2. ¿cual es el estado de contratación de las administradoras del régimen subsidiado con la dirección local de salud en la actualidad?
3. ¿Cuál es la cobertura y el acceso real en la prestación de servicios de salud de la población subsidiada y vinculados?
4. ¿cual es la opinión de la población subsidiada y vinculada sobre la atención y gestión que ha brindado la administración publica en el campo de la salud en el municipio de Ipiales?
5. ¿que conclusiones y propuestas se obtuvieron dentro del presente trabajo hacia el mejoramiento del sector salud en el municipio de Ipiales?

1.4. JUSTIFICACIÓN.

la teoría económica se ha desarrollado tradicionalmente alrededor de un contexto conceptual en donde se vale de variables indicadoras por lo general cuantificables las que han servido de herramientas para medir los indicadores de crecimiento económico de una nación. Sin embargo a pesar de que en la actualidad se vienen desarrollando varias teorías de desarrollo económico estas no han logrado profundizar las relaciones de lo económico con lo social dentro de donde se pueden tener en cuenta factores subjetivos y psicológicos como la felicidad y el bienestar social.

En el municipio de Ipiales como en varias regiones del mundo los gobernantes y la ciudadanía no ha tenido en cuenta la relación tan directa que tiene la economía con la salud y se han limitado a argumentar que estas dos ciencias poseen estudios muy particulares y diferentes, sin embargo se debe tener presente que el acceso a este servicio expresa un grado de satisfacción importante a nivel social como individual, adicionando que según las capacidades de ingreso estatal como personal determinarían escalas de cobertura y calidad hacia el acceso

Los programas en salud dirigidos a la población más necesitada que se han ejecutado en las pasadas administraciones municipales a pesar de que han venido fomentando un crecimiento acelerado en cobertura han tenido falencias en la calidad de los servicios que se presta, así como también los programas de salud que se han ejercido han tenido sus limitaciones pues varias de las necesidades que tienen los usuarios o bien han estado obstaculizadas por la falta de financiamiento propio o estatal o bien han sido opacadas por la falta de especialización en las diferentes áreas de la salud.

Además se debe tener en cuenta un aspecto muy importante con respecto a la prestación del servicio en salud pues no solo se debe tener en cuenta como el hecho de sanar o curar enfermedades como consecuencia dada, se debe tener presente que lo fundamental para lograr una parte del bienestar social y hasta mejores niveles de productividad que tienen los ciudadanos radica en estado de salud que se encuentren, por lo anterior la esencia e importancia del trabajo es conocer sobre cual ha sido la inversión en el sector salud sobre la población afiliada al régimen subsidiado y vinculados además de conocer el grado de satisfacción que tienen los beneficiarios por el concepto del acceso a los servicios.

1.5. OBJETIVOS.

1.5.1. Objetivo general.

Evaluar la inversión de los recursos destinados a la atención del régimen subsidiado y de la población más vulnerable teniendo en cuenta el impacto que ello ha ejercido sobre los niveles de cobertura y calidad en salud en el municipio de Ipiales.

1.5.2. Objetivos específicos.

1. Establecer las fuentes de ingresos destinados a la salud y analizar el grado de inversión y gastos realizados durante la administración municipal periodo 2004-2007 (Financiero).
2. Evaluar el estado de contratación de la dirección local de salud con las administradoras del régimen subsidiado (Financiero).
3. Determinar el aumento en cobertura y el acceso en la prestación de servicios de salud de la población subsidiada y vinculados (social).
4. Tener en cuenta la opinión de la población subsidiada y vinculados sobre la atención y gestión que ha brindado la administración pública en el campo de la salud. (Social subjetivo).
5. realizar conclusiones y a partir de allí Plantear propuestas orientadas al mejoramiento en el sector salud del municipio de Ipiales.

2. REFERENTES TEÓRICOS.

2.1. MARCO CONTEXTUAL.

2.1.1. Contexto mundial.

- **Sistema de prestación de servicios en salud en Estados Unidos.** Estados Unidos en la actualidad mantiene un poder económico y político muy fuerte a nivel mundial, a pesar de ello y dado el crecimiento del PIB que posee, su estructura en la atención de servicios básicos en salud es débil “ya que el gasto en salud equivale al 13 % como porcentaje del PNB así como consecuencia se generan problemas en la cobertura del servicio, el 15% de la población no tiene acceso, mientras que otro 10% tiene sub. cobertura,”⁴ esto demuestra que no se da en este país una correspondencia proporcional entre indicadores de bienestar social con los indicadores económicos: es el segundo país en ingreso per. Cápita, pero ocupa el 18 lugar en mortalidad infantil y en esperanza de vida,

Existe la creencia que una consecuencia del desarrollo económico es la mejora de las condiciones de vida, incluyendo la salud de los ciudadanos. Sin embargo, con frecuencia, el desarrollo económico entra en conflicto con la provisión de condiciones favorables para el desarrollo saludable de los ciudadanos, donde se observa que las clases más necesitadas son las más perjudicadas a costa del tan anhelado y polémico crecimiento económico.

- **Desarrollo económico y nivel de salud en México.** La relación desarrollo económico y salud es un problema complejo, que permanece poco comprendido, aun cuando existe una apreciación general de que a un mayor nivel de desarrollo económico se elevarán los niveles de salud de la población. De esta manera, se considera que el crecimiento económico es un determinante básico para la elevación de las condiciones de salud de una población.

El nivel de salud no está asociado exclusivamente con la disponibilidad de los servicios de salud, este es un proceso complejo que está compuesto por disponibilidad de otros elementos como la alimentación, la vivienda que dependen de las mejoras en el ingreso de las familias.

⁴ Comisión Mundial De La Salud. "Informes Anuales" Junio. 2006.

La hipótesis empírica es clara respecto a que los países de bajos ingresos generalmente tienen una menor oferta de servicios de salud, así como un menor nivel de salud., mas a delante se observara si esta idea que generalmente se da es real tomando el caso de México y comparándolo con otros países con características deferentes como el PIB Per. Cápita, además de la disponibilidad de los recursos y servicios de salud que se prestan en la atención y su eficiencia con la que operan.

Dentro de los países con ingresos elevados se toma el caso de Inglaterra y estados unidos donde Inglaterra se caracteriza por brindar la mayor parte de los servicios de salud a través del gobierno mientras que en estados unidos la gran proporción del servicio es por medios privados.

En la clasificación de ingresos medianos se tomara a costa rica Colombia, y México en el caso de costa rica tiene una cobertura casi completa en el esquema de prestación gubernamental, México y Colombia poseen sistemas de servicios de salud públicos y privados, pero con baja cobertura.

La información básica fue tomada del Reporte Anual de 1990 del Banco Mundial y del Informe sobre la situación de la niñez en el mundo en 1990 de UNICEF.

país	PNB per capita- (dólares 1988)	T. de mortalidad < a 5 años 1988	Esperanza de vida al nacer 1988 %	Cobertura en servicios de salud 1988 %	No de habitantes por medico
Colombia	1.180	68	65	60	1240
costa rica	1.690	22	75	80	960
México	1.760	68	69	45	1242
Inglaterra	12.810	11	75	100	NR
estados unidos	19.840	19	76	100	470

Fuente: UNICEF, Banco Mundial.

La vinculación del nivel de desarrollo y de la situación de salud se analiza a través de la relación entre el nivel del PNB per. Cápita y de la tasa de mortalidad infantil de los niños menores de cinco años. La tasa de mortalidad infantil es el indicador que emplea UNICEF para evaluar el bienestar de una población, en oposición al simple PNB per. Cápita que atiende más al aumento de bienes y servicios en

⁵ UNICEF."Informe Sobre la Situación de la Niñez en el Mundo"1990.

general sin considerar de manera real las condiciones de la población en situación de pobreza.

Los resultados obtenidos al hacer la diferenciación fueron los siguientes

a) los países de elevados ingresos se asocian con bajas tasas de mortalidad infantil, sin embargo a pesar de que el ingreso per. Cápita de Inglaterra es menor al de estados unidos en 0.6 veces, estados unidos posee una tasa de mortalidad mayor a la de Inglaterra en el 19 %.

b) A pesar de que el PNB per. Cápita de Costa Rica es 10.7 veces menor que el de los Estados Unidos, las diferencias en la tasa de mortalidad infantil sólo llegan a tener 3 puntos de diferencia veces.

c) La tasa de mortalidad infantil de México y Colombia son iguales, aun cuando el nivel del PNB per. Cápita de México es 0.5 veces más elevado que el de Colombia.

La relación entre el PNB per. Cápita y la tasa de mortalidad infantil en el contexto latinoamericano. El análisis de la relación del PNB per. Cápita y de tasa de mortalidad infantil da luz a un serio cuestionamiento, a la afirmación de que el crecimiento de la producción (PNB) se traduce en un mejor nivel de salud de la población.

La relación del PNB per. Cápita y de la esperanza de vida al nacer muestra una asociación directa; los países con ingresos elevados tienen la mayor esperanza de vida al nacer contrario a los países de bajos ingresos. Sin embargo, Costa Rica ha alcanzado una elevada esperanza de vida al nacer, similar a la de Inglaterra y los Estados Unidos.

Los servicios de salud ofrecen una cobertura completa en el caso de Inglaterra y Estados Unidos. Costa Rica ofrece una cobertura adecuada de servicios de salud a cuatro quintas partes de su población, Colombia a tres quintas partes, mientras que en México sólo se ofrecen estos servicios al 45 por ciento de la población.

Luego de observar las comparaciones entre países con indicadores como el PNB per. capita y los indicadores de salud se puede partir de las fallas que pudieron haber estado presentes en el proceso económico de México el que a pesar de que fue prospero en la década de los 60s y 70s los resultados en cuanto al desarrollo no pudieron realizar mejoras en el bienestar social hacía la disminución de la desigualdad. Los ajustes en materia macroeconómica hicieron

que se recortaran grandes partidas del gasto público hacia la financiación de la deuda externa, La adaptación de los programas neoliberales que introducían la disminución de inversión en la educación y salud hicieron que se diera una pauperización de las condiciones de vida de los mexicanos menos favorecidos.

Entre 1975 y 1985 se observó en México una inversión ínfima en el aspecto de los programas de prevención sobre enfermedades lo cual representó tan solo el 5 % del gasto total en salud, Las tasas de mortalidad siguieron siendo un problema y no se diferenciaron de países rezagados como Bolivia y Perú. Dentro del plan nacional de salud 1989-1994 se observa como la crisis económica en México ha hecho que los rezagos en el aspecto social tomen mayor ventaja. A partir de 1989 con el planteamiento del nuevo programa de salud se plantean cuatro estrategias:

- a) Mejorar la calidad de los servicios de salud
- b) contrarrestar las desigualdades sociales
- c) Modernizar el sistema de salud
- d) Descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud.

Las estrategias planteadas en el Programa Nacional de Salud 1989-1994 marcan un punto de partida para eliminar los rezagos a que ha dado lugar el crecimiento económico, y la ausencia de una fuerte voluntad política para abatir la pobreza absoluta y su relación con el apoyo estatal en salud. La modificación del modelo de salud hacia un enfoque preventivo, podría contribuir significativamente a la disminución de enfermedades prevenibles.

2.1.2. Contexto colombiano,

- **Antecedentes del sector salud en Colombia.**

Creación de la Ley 100 de 1993. El sistema general de seguridad social en salud fue creado en Colombia mediante la Ley 100 de 1993, dentro de un conjunto de medidas que buscaban extender a toda la población las condiciones de acceso a los servicios de salud, estas medidas estaban acompañadas de principios modernos desde el punto de vista de la función del Estado relacionados con la regulación de los mercados de salud. Además de la coincidencia histórica que tuvo dicha reforma con la publicación del Informe de Desarrollo Mundial Invertir en salud en el cual se presentaban recomendaciones claves en materia de economía de la salud para que adaptaran los países,

El desarrollo de los propósitos sobre acceso y regulación encuentra su fundamento en los principios de la Constitución colombiana de 1991 relacionados con la seguridad social y la salud universal, solidaridad y eficiencia, los cuales reflejaron el acuerdo de los principales actores que participaron en el debate sobre la reforma.

Los objetivos establecidos en la Ley 100, en cuanto a ampliación de recursos y cambios institucionales, estaban dirigidos a lograr que a partir del año 2000 toda la población del país estuviera cubierta por el sistema y a unificar los planes de beneficios para que toda la población recibiera la misma atención. Para alcanzar la cobertura universal, las acciones de política se dirigieron a incorporar las familias y a aumentar el número de cotizantes dentro del régimen contributivo, y por la otra parte a afiliar la población pobre y vulnerable a lo que se denominó régimen subsidiado.

El régimen subsidiado diferencia la reforma colombiana al sistema de salud de las demás que se han presentado en América Latina en las últimas décadas. Puesto que mientras en Colombia se adoptó en forma prácticamente pionera como estrategia para permitir el acceso de la población sin recursos económicos, en los demás países éste se ha mantuvo exclusivamente para la población trabajadora; En estos países la estrategia generalizada ha sido la adopción de paquetes básicos de servicios de salud o servicios clínicos, Sin embargo, debe destacarse que recientemente en algunos países como México con el seguro popular de salud se han propuesto iniciativas similares a las adaptadas en Colombia.

Al introducir el régimen subsidiado en Colombia con miras a afiliar a la población sin recursos económicos al subsidio de salud, la Ley dispuso de recursos nuevos provenientes en su mayoría de la solidaridad del régimen contributivo, los aportes gubernamentales y las transferencias de inversión social con destino a los municipios.

Por otra parte, la Ley estableció la transformación de recursos públicos existentes en el aspecto de la distribución de los recursos donde se paso gradualmente de una asignación directa a los hospitales hacia el otorgamiento de subsidios a la población para que ésta se afiliara a una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS),

Aunque se estimó inicialmente “en 16 millones de personas, este número resultó superior si se tienen en cuenta las consecuencias de la crisis económica desatada en 1998, Aun con estas metas, en 2004 se contaba con cerca de 12 millones de

personas afiliadas en el país,”⁶ las cuales tenían garantizado el derecho al plan obligatorio de salud subsidiado que comprende los servicios del primer nivel de atención, algunas atenciones de segundo y tercer nivel y las enfermedades de alto costo. A diferencia del anterior sistema de asistencia pública, en el cual se ofrecía atención según las disponibilidades de los centros hospitalarios, con la ley 100 de 1993 se cubrirían un conjunto de riesgos y se brindaría protección integral que está financiada mediante una unidad de pago per cápita la cual es cubierta con recursos públicos

Antecedentes de la prestación de servicios en salud en Colombia. Según la encuesta de hogares realizada para el año 2000 la población dada para ese periodo fue de ⁷40.8 millones donde el 72% habitaba en la zona urbana y el 28% en la zona rural. Lo anterior pudo dar un pronóstico acercado a la realidad que permitió abstraer las condiciones en las que se encuentra clasificada la población según afiliación al sistema general de seguridad social en salud en Colombia

Con respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, para el año 2000 se encontraban afiliadas 21 millones. Que representaban el 51% en acceso en salud, según tipo de afiliación el 34 % de la población total está afiliado al régimen contributivo, y 17%, al régimen subsidiado lo anterior sin tener en cuenta la población pobre cubierta con subsidios a la oferta que era de 19.8 millones de las cuales, el 27,1% pertenece al grupo de condiciones económicas más bajas, es decir, son personas con los cuales el sistema tiene una deuda social en tanto pertenecen al grupo potencial a recibir subsidio.

Dentro de la encuesta nacional de hogares se observó que los grupos que representan mayor vulnerabilidad y mayor costo para el sistema son los niños menores de cinco años, las mujeres en estado de fertilidad (entre 15 y 44 años) y las personas de la tercera edad con este resultado se puede visualizar que se da un avance a favor de los términos de equidad sobretodo teniendo en cuenta que en la infancia se presenta no solo a nivel del país sino en la mayoría de países pobres el fenómeno de la mortalidad con altas tasas por lo tanto la atención a este grupo de personas debe tener mayor importancia a ello adicionado aspectos como la salubridad en el hogar, la capacitación de las madres en estado de embarazo. Además se debe tener en cuenta en el caso de las personas de la tercera edad que las políticas hacia la cobertura han concordado en el aspecto de

⁶ Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996-2005”. Observatorio de la seguridad social. No. 13.

⁷ VARGAS YARA Gustavo. “Hacia un concepto de equidad” cuadernos de economía Universidad Nacional de Colombia.

la igualdad ya que se debe tener en cuenta que de este grupo el régimen subsidiado en el área rural acoge un 40% de ancianos beneficiados

La demanda de servicios. Pasando a una etapa más práctica y que puede arrojar resultados más reales y no tan limitados como el de la cobertura, se procede a analizar el acceso a las instituciones de salud como hospitales durante el año 2000.

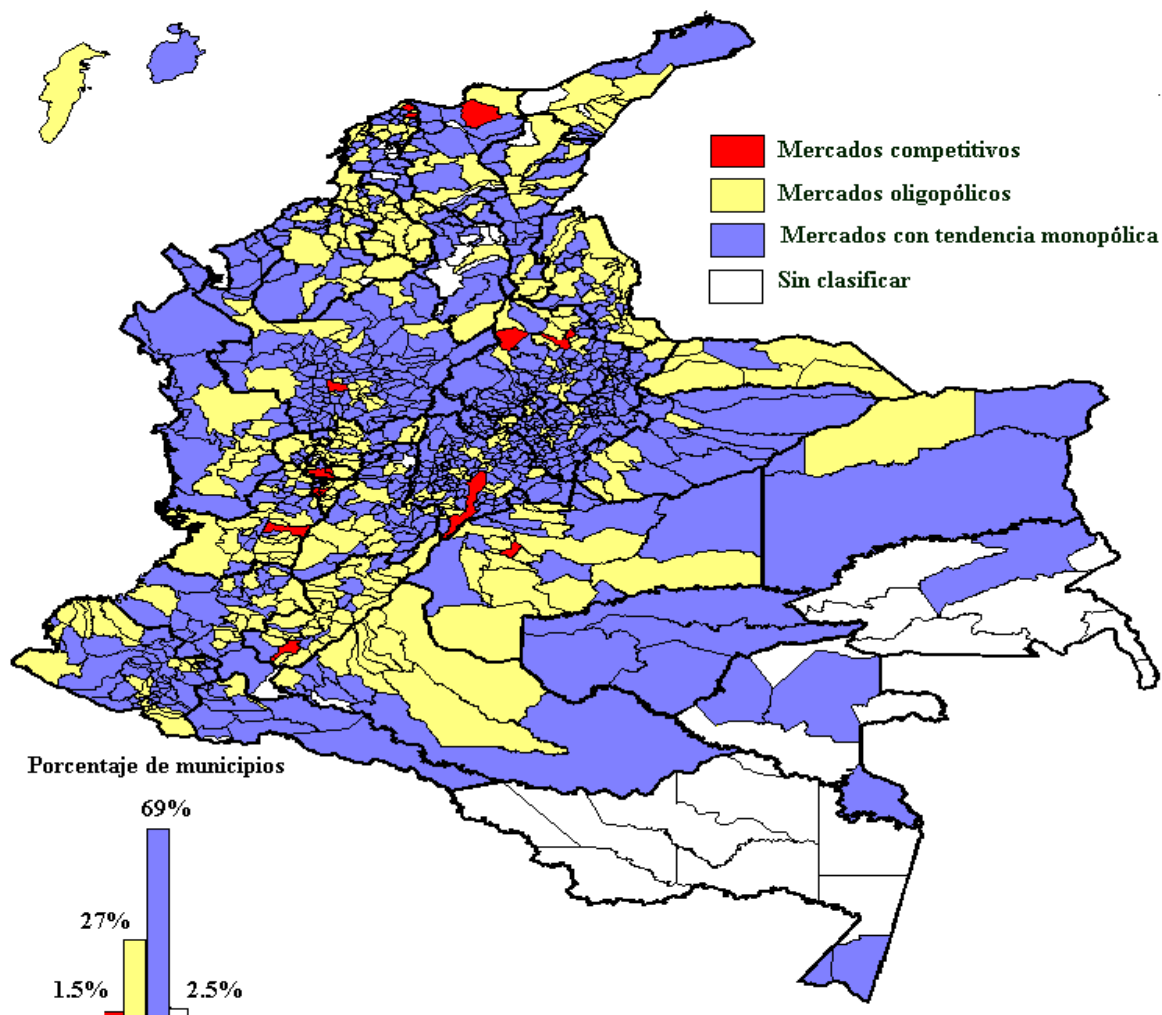
A nivel nacional 1.8 millones de personas fue hospitalizada donde el 44,1% de las personas, pertenece al régimen contributivo, 19% al régimen subsidiado y el 36,9% está vinculado al sistema. Aquí se puede apreciar las diferencias en cuanto a la prestación si comparamos por régimen. Además se puede adicionar que existen barreras en cuanto a la información, como lo afirma Arrow 1963 existe un desconocimiento de sus derechos por parte de los beneficiarios, esto hace que resulte una menor demanda en los servicios de salud por parte de los afiliados al régimen subsidiado principalmente, de otro lado las administradoras del régimen subsidiado no se ven motivadas a realizar estrategias de información y capacitación en pro de mejoras en el acceso pues verían disminuidas sus utilidades.

Competencia de las administradoras del régimen subsidiado. Con respecto a las empresas encargadas de distribuir y manejar los recursos del régimen subsidiado “se encontró para el año 2000 que existía una tendencia monopolística de estas entidades en la mayor parte del país”⁸ donde se aplica la asignación de dichos recursos, este factor conlleva a que no haya una competitividad de estas instituciones las que al ser únicas en una determinada región no se esmeran por adelantar mayores y mejores alternativas en la distribución de los recursos asignados por el gobierno a la población más vulnerable del país.

⁸ Súper Intendencia Nacional de salud. Página Web: www.supersalud.gov.co.

Grafico 1. Tendencia monopolística en la administración del régimen subsidiado en Colombia.

Régimen Subsidiado, 2000



Fuente: Superintendencia nacional de salud.

Efecto redistributivo. Para el aspecto de la distribución de los recursos en salud se optó por el coeficiente de Gini, el cual, a pesar de que no es una medida perfecta, es el más utilizado en estudios sobre distribución del ingreso y permite hacer comparaciones. Además.

1) presenta insensibilidad ante cambios de igual proporción en el ingreso.

2) la ponderación cumple con el principio de Dalton, que establece que si hay una transferencia de ingreso de una persona a otra de más bajo ingreso, se reduce la desigualdad.

En marzo del 2000 se obtuvo que en Colombia existía una alta concentración de la riqueza así mientras el 40% de la población más pobre del país poseía tan solo el 9 % del ingreso total, el 40 % de la población más rica accedía al más del 80% del ingreso total.

En cuanto a la distribución de subsidios a nivel nacional se observa una concentración en los 3 primeros quintiles del 81 % .lo cual indica que el porcentaje restante (19%) se esta dirigiendo a un grupo de población con mayor capacidad de pago.

A nivel de la distribución de los subsidio de salud por zonas, en la zona urbana la equidad guarda un mayor grado de estabilidad, mientras que en el área rural el desequilibrio es considerable puesto que del total de subsidiados en el área rural, aproximadamente un 29 % tienen capacidad de pago y están accediendo al subsidio por medio del régimen, o a nivel de vinculados. Lo cual perjudica el proceso de equidad en la distribución del ingreso.

La reforma al sistema de salud colombiano estuvo acompañada de un importante incremento en la cobertura de la población asegurada, al pasar de 28% en 1992 a 52,4% en 2000.

Para el año 2001 “la inversión en el régimen subsidiado fue de 936 mil millones de pesos”⁹ a pesar de que este monto genero un efecto redistributivo si lo relacionamos con la diferencia de ingresos entre quintiles clasificados de población, realmente no genero un elemento de disminución de la brecha entre ricos y pobres lo anterior como consecuencia del efecto de empeoramiento que se dio en forma paulatina durante los últimos 15 años. Existen deficiencias en la focalización de los subsidios en razón de que hay personas con capacidad de pago que se encuentran afiliadas al régimen subsidiado de salud y, de otro lado, parte de la población que por sus condiciones merece pertenecer al régimen, y sin embargo no se encuentra asegurada.

⁹ CAMPOS, Jazmín; RIVERA, Magda; CASTAÑEDA, Martha Yanira (2004). “El malestar de la salud en Colombia”. Economía colombiana. Edición 303.

- **Hacia el logro de la equidad en Colombia.** Los pobres están insertos como los demás miembros de la sociedad en los aspectos económicos, políticos y sociales, a pesar de que su participación es desfavorable, sus condiciones para desempeñar un rol en el mercado y en la sociedad son precarias acompañados de problemas de desnutrición, analfabetismo hacinamiento entre otros. Esto conlleva a que los aportes, decisiones y sugerencias de los menos favorecidos frente a lo económico, lo social y lo político no influyan en nada.

Para ello es necesario acercarse a cierto grado de equilibrio que permitan disminuir la injusticia y la inequidad, dotarlos de satisfacción en las necesidades básicas que logren su inserción plena en las decisiones económicas y sociales.

Según los datos del departamento nacional de planeación, Colombia ha bajado para el año 2007 sus niveles de pobreza disminuyendo esta en el 3.5 % traduciéndose en 2,3 millones menos de pobres. En términos cuantitativos el anterior hecho se ve explicado por aspectos como:

- Crecimiento del ingreso per. cápita y
- Mejor distribución del ingreso

A pesar de ello no se puede negar que la distribución de ingreso aun continua desigual, no obstante ha empezado a mejorar, así para el año 2007 en el país el 50% más pobre ha incrementado su participación en el ingreso nacional llegando al 14,2%, la participación de los deciles de ingreso medio se ha mantenido alrededor del 24% mientras que el 20% más rico ha bajado ligeramente su participación en el ingreso total..

Se estima que la población que vive en la pobreza en Colombia es del 49,2%, eso es, poco más de 21,95 millones de colombianos. Y en la indigencia el 14,7%, o 6.579 millones de personas.

En los últimos años en el país se ha observado una evolución en el sector económico colombiano como el resultado en el año 2007 que fue del 7.52 con cultivos ilícitos, estos factores pueden influir de alguna manera en la disminución de la pobreza sin embargo a ello hay que incluirle que se deben realizar esfuerzos por atender la población vulnerable a través de programas como Familias en Acción, Familias Guardabosques, Proyectos Productivos, y en el aumento en coberturas de educación y salud. Adicionalmente mejorar la calidad y focalización del gasto público, crear redes de información que permitan identificar las

necesidades de la población más vulnerable, atender a los que más lo necesitan y hacer seguimiento a la población atendida para observar la evolución de los resultados.

- **Aspectos del sector salud durante el periodo 2006-2007 en Colombia.**

Según la dirección nacional de planeación dentro de los programas de inversión social humano para el año el mayor rubro de inversión para los años 2006 y 2007 lo constituyó el sector salud puesto que el gobierno se ha trazado la meta de lograr para finales del “2009 y comienzos del 2010 una cobertura total dentro del régimen subsidiado es por ello que para el 2006 la inversión fue 1.6 billones de pesos específicamente en ampliación de cobertura del régimen subsidiado en salud mientras que para el año 2007 la inversión fue de 1.9 billones de pesos”¹⁰ cifra que sirvió para ampliar la cobertura de 1.9 millones de nuevos afiliados al régimen con lo cual se logra un consolidado de 22.5 millones de beneficiarios del régimen subsidiado.

Dentro de los aspectos de los programas de promoción y prevención sobre enfermedades se logró en el año 2007 una cobertura en aspectos como las jornadas de vacunación a nivel nacional del 95% cifra favorable puesto que se llegó a todos los rincones del país y sobretodo donde más se necesita esta presencia dadas la alta amenaza de epidemia.

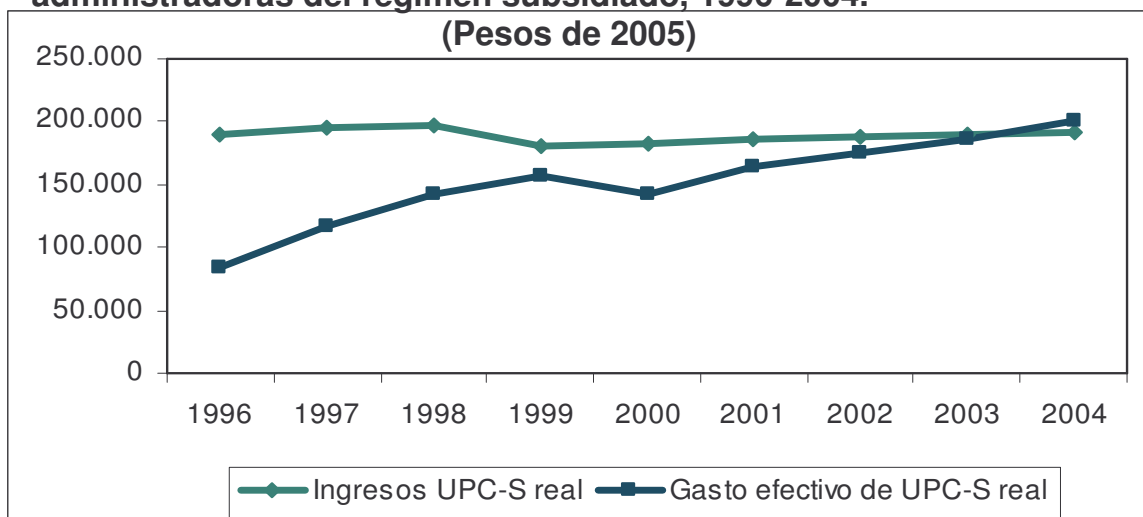
- **Rezagos originados con la ley 100 de 1993 y el sistema general de seguridad social en salud.** a pesar de que con la puesta en marcha de la ley 100 en 1993 se originó el sistema general de seguridad social en donde entre sus propósitos tuvo mejorar la salud de los habitantes del país, tanto a la población más vulnerable como a la población con estabilidad económica, además de garantizar una afiliación a los sistemas pensionales y un aseguramiento sobre los riesgos profesionales que puedan tener los trabajadores, fue necesario en el año 2007 plantear un proyecto de ley el cual tuvo como fin realizar algunas reformas sobre el sistema general de seguridad social en salud puesto que se han detectado irregularidades en el aspecto de manejo de recursos financieros, además se ha podido encontrar que a partir de la ley 100 los gastos en salud se han multiplicado por 6 veces sin embargo los resultados no han sido los mejores en pro de la salud de los ciudadanos.

Según la Contraloría después de las regalías el principal saqueo se da en el sector salud pues se ha observado que si no son los entes territoriales los que desvían los recursos de la salud, lo hacen las administradoras del régimen

¹⁰ Dirección Nacional de Planeación. Página Web: www.dnp.gov.co.

subsidiado donde se ha podido constatar que desde la puesta en marcha del régimen subsidiado en salud en Colombia ha habido una mala distribución de dichas entidades sobre sus afiliados, cumpliéndose la crítica que siempre se le ha hecho a estas empresas las que han dado un mal uso a los recursos donde han tratado en lo posible de maximizar sus utilidades y rentabilidad a costa de limitar a los beneficiarios del régimen subsidiado en salud el cumplimiento de sus derechos, sin embargo gracias a entidades de vigilancia y control como la superintendencia nacional de salud se ha logrado controlar estas empresas con el fin de que distribuyan la totalidad de los recursos de inversión a su destino de inversión.

Gráfico 2. Ingresos y gastos en servicios de salud por parte de las administradoras del régimen subsidiado, 1996-2004.



Fuente: Restrepo Zea, Jairo Humberto (2004). “Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en el entorno nacional” Nuevos Tiempos. Volumen 10.

Dentro de la administración de los recursos en los actores tratan de quedarse con el dinero el mayor tiempo posible por intereses de rentabilidad, lo que refleja una lucha de intereses particulares que dejan en un segundo plano los principios de eficiencia universalidad que fueran la esencia de la creación de la ley 100.

En el régimen contributivo se observa: que existe un gran problema de evasión que esta dado por que los empleadores no afilan al sistema de prestaciones de salud a sus trabajadores lo que constituye un síntoma irregular en la contratación de empleo; de otro lado no existen facilidades para que los trabajadores independientes puedan afiliarse al régimen contributivo con cuotas de cotización más cómodas.

Tabla 2. Afiliación y evasión del régimen contributivo en Colombia año 2006¹¹

Cotizantes actuales *	7.004.780,00
Afiliados actuales *	17.373.394,00
Densidad familiar *	2,48
Afiliados Potenciales*	26.276.765,02
Tasa de evasión *	34%

Fuente: * Supersalud diciembre del 2006.

En el régimen subsidiado los problemas que se observan giran principalmente entorno a la cobertura de afiliación sobretodo en los clasificados Sisben 1 y dos donde se detectaron en el año 2007 que faltan 7.2 millones de personas por afiliar. Y 1.5 millones en la clasificación 3.

Problemas en la prestación del servicio.

En este aspecto se encuentra que las EPS están generando una red propia de servicios pues tienen sus propias instituciones prestadoras de servicios lo cual amplía la rentabilidad para dichas empresas pero deja sin mercado a clínicas y hospitales independientes y del sector público, además generan una limitación en la elección de los usuarios pues están obligados a acceder siempre en las mismas instituciones

Otro de los problemas ocurre con el tratamiento y la intervención de enfermedades de alto costo donde las EPS siempre evaden esta responsabilidad o se amparan únicamente como excusa en las limitaciones que ofrece el plan obligatorio de salud POS.

Sometimiento político por parte de las ESE donde la red pública de servicios está sometida a conflictos políticos con los Gobernadores y los Alcaldes bien sea porque el Gerente no es de la confianza del mandatario territorial o porque la institución no depende del ente territorial directamente.

¹¹ Súper Intendencia Nacional de salud. Página Web: www.supersalud.gov.co.

2.1.3. Reforma al Sistema General de seguridad Social en Salud Ley 1122 del 2007 y las funciones del gobierno en el sector salud. Esta ley empezó a regir a partir del 9 de enero del año 2007, el objetivo primordial de esta ley consiste en realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios para ello se fundamenta en 5 metas específicas

1. Abre el camino para que el 31 de diciembre de 2009 Colombia tenga cobertura universal en salud para la población de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén.

2. Busca mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud.

3. Pretende mejorar el acceso a salud de los colombianos más vulnerables.

4. Agiliza el flujo de recursos.

5. Limita la ambición de rentabilidad de las EPS e impone controles para que los recursos sean bien invertidos y los usuarios mejor atendidos.

6. Para dar cumplimiento a lo anterior es necesario la realización de reformas al interior del sistema general de seguridad social en salud en los aspectos de la dirección, universalización, financiación, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, así como también fortalecimiento en los programas de salud pública y las funciones de , vigilancia y organización de las redes de prestación de servicios de salud.

• **La evaluación de resultados** El Ministerio de la Protección Social, es el encargado de establecer los mecanismos de evaluación a través de indicadores de gestión en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; Donde como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es el caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año a la respectiva entidad.

La evaluación se la establece a partir de metas que impondrá a los entes territoriales, las administradoras del régimen subsidiado, las empresa promotoras de salud y las instituciones prestadoras del servicio donde si estas cumplen con los requerimientos se impartirán estímulos de lo contrario se procederá a la accesoria intervención o sanción.

Evaluación de resultados en las empresas sociales del estado ESE. Respecto de las Empresas Sociales del Estado, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, contratación de profesionales idóneos en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, y estabilidad laboral de sus servidores.

La comisión de regulación en salud CRES. Con la instauración de nueva ley 1122 se crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

Con la creación de la CRES se busca darle más calidad a la regulación del sector salud con respecto a la toma de decisiones que se tomen periódicamente teniendo en cuenta los intereses colectivos. La comisión de regulación en salud estará conformada por los siguientes miembros:

1. El Ministro de la Protección Social quien la preside,
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público
3. Cinco Comisionados, designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por diferentes entidades tales como:

Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios organizados.

La CRES tendrá una secretaría técnica, que apoyará los estudios técnicos que aportaran a las decisiones de este organismo. El Secretario Técnico será designado por el ministro de la protección social.

Funciones de la CRES.

1. Define y modifica los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados del Régimen Contributivo y Subsidiado. Esta actualización se la realiza cada año buscando el acercamiento progresivo con tendencia hacia el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud.
2. Establece y revisa, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
3. Elabora el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará con base a la inflación causada.
4. Establece y actualiza un sistema que contiene un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será ajustado con la inflación causada.
5. Presenta ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones a través de proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud hacia la realización de mejoras.

Financiamiento De la comisión de regulación en salud. Se financiará con recursos del Fosyga incluyendo la remuneración de los Comisionados, la Secretaría Técnica y los costos de los estudios técnicos necesarios que serán contratados por la comisión.

- **El aseguramiento en salud.** El aseguramiento en salud se fundamenta en la administración de los recursos financieros, la gestión en salud y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. Las directamente encargadas de los aspectos anteriores son las administradoras del régimen subsidiado (ARS) y/o empresas promotoras de salud (EPS). Las entidades que administran el régimen subsidiado se denominan a partir de la ley 1122 Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS.S).

- **Obligaciones de las EPS.** Las EPS son las encargadas de implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad definidos en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados de dichos programas serán vigilados a través de los mecanismos de evaluación, el Gobierno Nacional reglamentará las condiciones de competencia necesarias para evitar conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, con sus propias instituciones prestadoras de servicios (IPS) más del 30% del valor del gasto en salud transferido para la administración de los recursos. Las EPS podrán distribuir este gasto por ejemplo según los niveles de complejidad contenidos en el plan obligatorio de salud con otras instituciones prestadoras de servicios según como crean racionalmente conveniente.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la frecuencia que requiera la atención de las patologías de los usuarios y las citas médicas deben ser fijadas con rapidez que requiere un tratamiento oportuno en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad. Para la atención de enfermedades de alto riesgo las entidades promotoras de salud responderán, directa o conjuntamente con las prestadoras del servicio por dicho riesgo.

- **Prestación de servicios en salud.** Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá las medidas necesarias para evitar la selección injusta de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución in equitativa de los recursos en salud principalmente del régimen subsidiado.

Además vigilara permanentemente para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de instituciones prestadoras de servicio (IPS) existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia.

El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse ha partir de un año de afiliado una EPS donde La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados.

Sin embargo cuando el usuario vea irrespetado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesas de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia. Donde se aplicara una sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud la que delegara a las entidades territoriales la autorización los traslados.

Descentralización de las instituciones prestadoras de servicio de los entes territoriales. Con la reforma a la ley 100 y el establecimiento de la ley 1122 de 1993 se establece que ningún ente territorial podrá prestar directamente los servicios asistenciales en salud, es por ello que si existen municipios departamentos o distritos que tengan en el nivel centralizado instituciones prestadoras de servicio, deben descentralizarse los más pronto posible para que se conviertan en empresas sociales del estado ESE de carácter autosuficiente y descentralizado que genere sus propios recursos.

• **Manejo de los recursos en salud.** Todos los recursos de salud, deben ser manejados en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente el cual identifique el origen y destinación de los recursos de cada fuente de ingreso a los fondos departamentales, distritales o municipales de salud se giraran:

1. Todas las rentas nacionales transferidas con destinación específica para salud,
2. Los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial,
3. La totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial que tengan como destinación el sector salud
4. Los recursos provenientes de convenios de cofinanciación destinados a salud.

El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras abiertas en entidades financieras que garanticen rentabilidad a través de tasas de interés comerciales. Estas cuentas corresponden a: recaudo y gasto en salud pública, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

El Gobierno Nacional tomará las medidas necesarias para asegurar que el flujo de recursos sea ágil y efectivo, utilizando si es posible, el giro directo además aplicara sanciones a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos incluyendo los que manejan recursos del régimen contributivo.

Fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA). Creado con la ley 100 de 1993 y de continuidad vigente en sus funciones con la nueva ley 1122 del 2007, se lo constituye como un ente asirito al ministerio de protección social. Se caracteriza por manejar, supervisar y distribuir rubros en salud a nivel nacional dentro de las funciones que maneja el FOSYGA encontramos las siguientes.

1) atiende las solicitudes de los cotizantes y pertenecientes al régimen contributivo entre los que encontramos trabajadores dependientes, trabajadores independientes, empleados públicos, pensionados, y demás personas que perciban un salario legal dentro de los requerimientos establecidos.

2) brindara un apoyo directo e indispensable al régimen subsidiado en salud por medio de la transferencia de recursos para fortalecer la atención de necesidades básicas en salud a los sectores de la población más vulnerables y pobre del país.

3) brindara apoyo a los programas que se ejecuten por parte de los entes territoriales como por ejemplo los de promoción y prevención sobre enfermedades.

4) apoyara a la población que sea victimas de accidentes, y catástrofes naturales como inundaciones deslizamientos etc.

A cada una de las sub. cuentas nombradas se le dará una distribución de recursos de una forma independiente en base a sus finalidades.

Sub. Cuenta de promoción de la salud. Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad de acuerdo a las prioridades que el concejo nacional de salud, los recursos serán enviados a cada ente territorial una vez sean aprobados por la dirección general de promoción y prevención del Ministerio de Salud, junto con la aprobación de proyectos presentados por cada uno de los entes. Adicionalmente concejo nacional de seguridad social en salud determinara anualmente los valores per.

Cápita destinados los planes y programas de promoción y prevención en salud que realicen las entidades promotoras de salud.

- **El régimen subsidiado en salud.** Se lo constituye como un elemento fundamental de apoyo el cual brinda las personas de escasos recursos y deprimidas económicamente el derecho de acceder a la atención en los servicios de salud por medio del Sistema General de Seguridad Social en salud basándose en lo establecido por la ley 100 de 1993. En consecuencia formaran parte de este régimen subsidiado las personas que no tengan la capacidad para cubrir sus gastos en la adquisición de servicios en salud, por ello recibirán un subsidio total o parcial para completar el valor de la unidad de pago por capitación subsidiada (UPC),

Acceso al Régimen de Subsidios de Salud. Desde el punto de vista del acceso el beneficio, los subsidios que brindara el Estado, tan solo se otorgará a la población pobre y altamente vulnerable del país, lo cual se lo lograra por medio de la identificación y clasificación que realiza el Sisben o los listados censales para dar el derecho de beneficiario a los que verdaderamente lo merezcan.

El Sisben y los listados censales. La identificación de los beneficiarios potenciales a recibir el apoyo del régimen subsidiado se lo debe realizar en todo el país mediante la aplicación de medios como encuestas socioeconómicas, utilizadas por el Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y el Listado Censal a los grupos de población como niños abandonados, ancianos abandonados, indígenas, indigentes, desmovilizados, madres comunitarias, desplazados, población migratoria, presos, entre otros

El Sisben es en el país el principal seleccionador de la población que requiere los subsidios del estado como el régimen subsidiado o el nuevo programa presidencial de familias en acción por ende cualquier ciudadano puede solicitar, en cualquier momento, que le sea aplicada la encuesta Sisbén en su municipio .

Igualmente los ciudadanos también tendrán el derecho de solicitar la revisión de una encuesta con el fin de verificar la información allí consignada, ya que dependiendo de dicha información se dará un grado de puntaje al beneficiario, el puntaje actúa de una forma inversa al tamaño del subsidio puesto que cuanto menor sea el puntaje obtenido en la encuesta, mayor será el subsidio a captar por el beneficiario puesto que un puntaje bajo se traduce en mayor grado de pobreza y necesidades.

además el Sisben tiene como obligación reconocer y brindar apoyo a las personas que por cualquier circunstancia aun no han sido plenamente identificadas y afiliadas a régimen subsidiado y sin embargo lo ameriten por que verdaderamente pertenecen a la clase pobre o vulnerable, a este grupo poblacional es al que se lo conoce como población vinculada a la cual se le brinda la atención por medio de un rubro manejado por cada ente territorial llamado atención a la oferta en lo no cubierto con subsidios. No obstante deben entrar en un proceso en el cual se trate de incorporarlos al régimen lo más pronto posible.

Pagos Parciales en la Prestación de Servicios de Salud. Los servicios para el afiliado al régimen subsidiado, tienen un costo que se llamado copago, que es el pago de una parte del servicio obtenido.

Los afiliados identificados dentro del Sisben como nivel 1 deberán pagar el 5 % del valor total cuando sea hospitalizado o requiera de una cirugía. Lo máximo a pagar por servicio de cada enfermedad será hasta el 1/4 de un SMLMV y lo máximo a pagar al año, cualquiera sea el número de enfermedades y servicios, será hasta 1/2 SMLMV.

Los afiliados identificados dentro del Sisben como nivel 2 deberán pagar el 10% % del valor total cuando sea hospitalizado o requiera de una cirugía. Lo máximo a pagar por servicio de cada enfermedad será hasta el 1/2 de un SMLMV y lo máximo a pagar al año, cualquiera sea el número de enfermedades y servicios, será hasta de un salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV).

Vinculados al SGSSS:

- Población Pobre y Vulnerable no afiliada al Régimen Subsidiado.
- Población Pobre y Vulnerable afiliada al Régimen Subsidiado.
- Atendidos por Red Pública Territorial.
- Por Red Pública o Privada contratada por los entes territoriales o la Nación.

Los subsidios en salud. En este aspecto el gobierno tiene como meta garantizar los recursos necesarios para que al finalizar el 2009 se alcance una cobertura total en la afiliación del régimen subsidiado a las personas que verdaderamente lo merezcan.

Para el logro de esta meta entre comienzos de 2007 y finales de 2009 deben afiliarse al régimen subsidiado alrededor de 8 millones de personas de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén.

De acuerdo con proyecciones del Ministerio de la Protección Social, en el año 2007 ingresaron al régimen subsidiado 2 millones de personas, para el año 2008 y 2009 se pretende una afiliación de 3 millones por año respectivo de los cuales 7 millones serán cubiertos con subsidios totales para niveles 1 y 2 del Sisbén y un millón mediante subsidios parciales para nivel 3 del Sisbén.

El plan obligatorio de salud subsidiada POSS. El POSS se lo creó mediante la ley 100 de 1993 como un instrumento del sector salud el cual contiene la estructura de atención que tienen derecho a recibir las personas afiliadas y beneficiarias del régimen subsidiado.

Cuadro 1. Plan obligatorio de salud subsidiado POSS.

Contenido del plan.	
Servicios de menor complejidad.	Atención ambulatoria
	Educación y promoción de la salud
	Protección específica
	Atención ambulatoria, recuperación en salud
	Medicamentos esenciales
	Imágenes diagnósticas
	Laboratorio clínico
	Remisión de pacientes
	Salud oral
	Promoción y prevención
	recuperación
	Atención hospitalaria de primer nivel
	Servicios de mediana y mayor Complejidad
Ginecología, oftalmología, optometría y pediatría	
Ortopedia y cardiología	
Atención hospitalaria	
Parto y menores de un año segundo nivel	
Casos de hemorragia: nasal y umbilical	
Atención para la rehabilitación de discapacidad	
columna vertebral, suministro de prótesis y ortesis	
Enfermedades de alto costo	
Administración	

Fuente: Consejo nacional de seguridad social en salud.

- **Financiamiento de recursos.** El Gobierno debe presupuestar los recaudos de las sub. Cuentas de solidaridad y Por ningún motivo el valor presupuestado para el siguiente año puede ser inferior al valor recaudado por estas sub. cuentas en el año anterior, más la inflación.

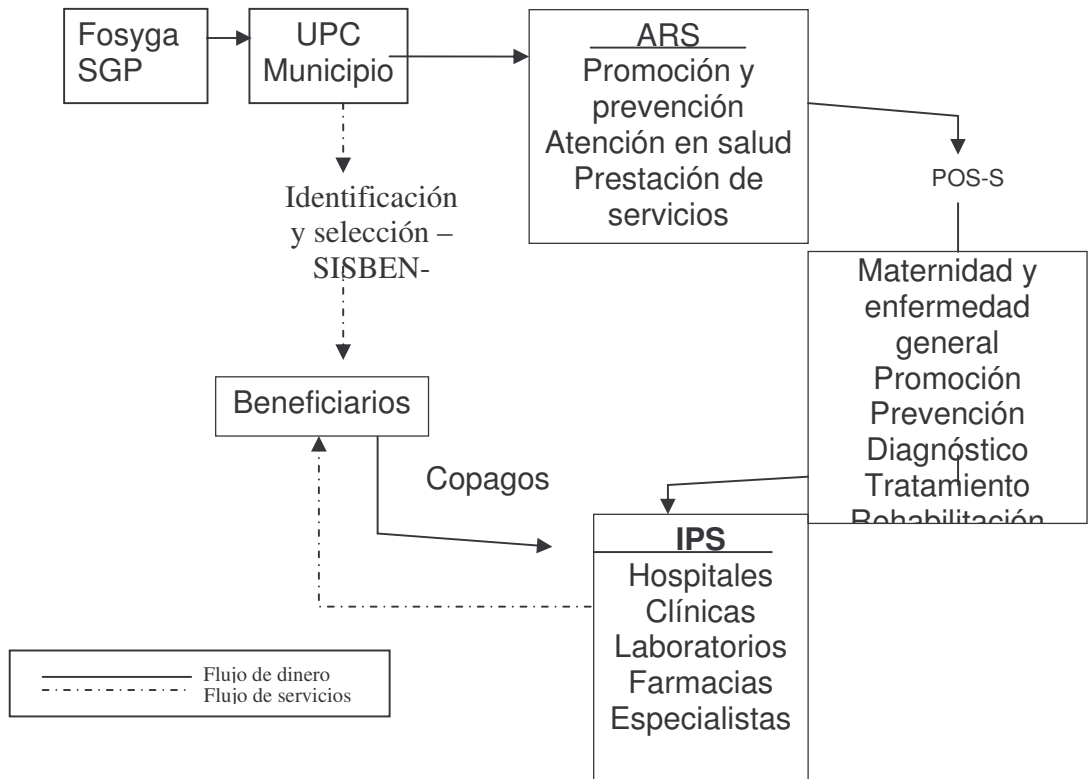
En cuanto a las fuentes de financiamiento para este objetivo el gobierno nacional aportara los recursos necesarios además del esfuerzo que deberán realizar los entes territoriales y el incremento de medio punto a la cotización del régimen contributivo en salud (del 12% al 12.5%) que correrá por cuenta de los empleadores, si son trabajadores independientes el incremento correrá a su cargo. el incremento también se aplicara a los pertenecientes a los regimenes especiales (como el ejercito nacional) con el 05%. Adicionalmente se espera fortalecer el financiamiento del régimen subsidiado a partir de recursos provenientes de:

- a) Aportes realizados por gremios, asociaciones y otras organizaciones;
- b) Rendimientos financieros que produzcan las fuentes que financian el régimen subsidiado;
- c) El 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.

Los anteriores recaudaos serán enviados a la sub. cuenta de solidaridad del fosalda con el fin de mantener el financiamiento del régimen subsidiado en salud. Estos recursos de aumento de cotización se sumarán a los provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP), las entidades territoriales, hasta recolectar en el año 2009 los 6,7 billones de pesos anuales que se necesitan para financiar y sostener anualmente el logro de la cobertura universal en salud para el país.

Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP se destinarán al Régimen Subsidiado en Salud de la siguiente manera: En el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%. El porcentaje restante se destinará para financiar la atención de la población pobre no asegurada, y las acciones en salud pública.

Esquema 1. Fuentes de financiamiento del régimen subsidiado en Colombia



Fuente: consejo nacional de seguridad social en salud.

Financiamiento en los entes territoriales. El porcentaje de financiamiento para la prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada y para su afiliación de esta al régimen subsidiado deberá realizarse según las metas establecidas en el Plan Sectorial de Salud y Plan de Desarrollo Departamental, Municipal o Distrital. Los recursos propios de las entidades territoriales que destinan a la financiación del régimen subsidiado diferente a los que deben destinar por ley, deberán ser garantizados de manera permanente con el fin de evitar problemas en el acceso a la prestación del servicio dado que los entes territoriales deben garantizar la permanencia de las afiliaciones logradas en el régimen subsidiado.

Los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación se catalogaran como esfuerzo propio territorial Los cuales deberán destinarse por ley hacia el financiamiento del régimen subsidiado cuando surjan excedentes financieros en

los contratos que mantengan los municipios con las administradoras del régimen subsidiado, dichos recursos deberán ser invertidos necesariamente en la ampliación de cobertura de su propia jurisdicción la cual deberá realizarse durante cuatro periodos al año dependiendo de el número de afiliados nuevos.

Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán con principios de equidad territorial y de la forma más justa para quienes lo requieran garantizándose la constante continuidad en la financiación.

A partir del año 2009, “del monto total de las rentas destinadas a salud de los departamentos, se destinará por lo menos el 25% a la financiación del régimen subsidiado, el porcentaje restante se asignará hacia la atención de la población pobre no asegurada”.¹²

Tabla 3. Recursos, cobertura y número de administradoras del régimen subsidiado en Colombia.¹³

concepto	1997	2000	2003	2006
cobertura	17,60%	22,50%	26,90%	35,90%
total recursos (billones)	0,8	1,24	2,45	3,2
participación fuentes de financiamiento				
Fosyga	46,70%	34,60%	31,70%	34,40%
SGP	44%	52%	62%	56,30%
esfuerzo propio	3,80%	5,10%	4,20%	8,80%
rentas cedidas	1,80%	2,10%		
cajas de compensación	3,70%	6,20%	1,80%	0,50%
total ARS	243	234	45	43

Fuente: cálculos GES, Universidad de Antioquia.

Contratación de las empresas que administran los recursos del régimen subsidiado. Como ya se lo menciono con la entrada en vigor de la ley 1122 del 2007 las administradoras del régimen subsidiado en salud se llamarán en adelante EPSS (empresas promotoras de salud del régimen subsidiado); el giro de recursos que deberán hacer los entes territoriales como municipios a las EPSS será transferido bimestralmente de forma anticipada según el número de afiliados que

¹² Con la ley 100 de 1993 el total de estos montos debía ser asignado en un 100% hacia la atención de la población pobre no asegurada

¹³ GES. Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996 – 2005”. Observatorio de la seguridad social. No. 13

cada una de ellas tenga a cargo el valor depende la unidad de pago por capitación UPC y es el subsidio que el gobierno aplica a cada afiliado.

Las atenciones propias del plan obligatorio de salud (POS subsidiado) incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado, “es por esto que el valor total de la UPC del Régimen Subsidiado ahora será entregado sin ningún descuento a las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado”.¹⁴

Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado están obligadas a contratar como un mínimo el 60% de la prestación de servicios con las empresas sociales de estado ESE habilitadas por el municipio las cuales estarán sujetas a cumplir requisitos de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. El Ministerio de la Protección Social optara en lo posible por una distribución adecuada de este porcentaje teniendo en cuenta la diversidad de servicios que estas prestan en las diferentes ramas y especializaciones de la salud.

Adicionalmente las EPS deben garantizar a los afiliados la prestación de los servicios de salud en cualquier área geográfica municipio donde sea más favorable para el beneficiario el acceso a los servicios que requiera.

Movilidad del régimen subsidiado al contributivo. Con el fin de mantener una información veras en la clasificación de los regimenes y sus afiliados, los personas del régimen subsidiado que ingresen al régimen contributivo deberán informar sobre este traslado a las entidades territoriales en cargadas como direcciones locales de salud, para que estos procedan a desactivarlo del régimen subsidiado en informar a la EPSS correspondiente, dicha afiliación será constituida como un cupo nuevo de subsidio en salud para las personas que lo merezcan; si el afiliado requiere acceder nuevamente al régimen subsidiado deberá presentar la solicitud y el argumento racional para nuevamente reintegrarlo al mes siguiente.

Afiliación de desplazados y desmovilizados. La afiliación inicial de la población de desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del Fosyga se hará a una EPS de naturaleza pública del orden

¹⁴ Con la ley 100 de 1993 la responsabilidad de las actividades de promoción y prevención de enfermedades estaba a cargo de los entes territoriales por lo que se descontaba este valor a la UPC. Para el financiamiento.

nacional, sin perjudicar el derecho a la libre elección en el siguiente podrá ser libre de trasladarse a la EPS de su agrado.

Prestación de servicios de promoción y prevención en el régimen subsidiado. La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se realiza a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado, cuando las ESE no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención estos podrán prestarse a través de otras entidades. Donde además los municipios deben acordar con las EPS del Régimen Subsidiado las facilidades para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado y de forma ágil. Con respecto a los pagos denominados cuotas moderadoras o copagos, los clasificados como nivel 1 de Sisben no estarán obligados a cancelar estos conceptos.

Población pobre, cubierta con subsidios a la oferta (Vinculados). Pertenece a esta clasificación las personas que a pesar de merecer pertenecer al régimen subsidiado en salud, aun no están afiliadas, no obstante el gobierno tiene una responsabilidad permanente de cubrirlas con un subsidio llamado subsidio a la oferta hasta tanto esta población no sea afiliada al régimen subsidiado.

Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado, la atención de la población pobre no asegurada, cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, con autorización del Ministerio de la Protección Social podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

- **Regulación en la prestación de servicios en salud.** Dentro de la reforma a la ley 100 de 1993 se aplican nuevos lineamientos que rigen sobre la prestación de los servicios en salud definidas por el Ministerio de la Protección Social las cuales se definirán de la siguiente manera:

Establece los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y de condiciones de mercado. Donde además toda nueva Institución Prestadora dará a conocer los servicios de salud que pretenda prestar.

Elaborará un sistema de clasificación de las instituciones prestadoras de servicio el cual se dará según indicadores de garantía de calidad sobretodo en lo

pertinente a las tarifas así las IPS se esforzaran por establecer mejores niveles de competitividad.

Atención de urgencias. Se debe garantizar de manera incondicional la atención de urgencias en salud en cualquier IPS donde se requiera esta prestación independientemente de que tengan o no tengan estas instituciones contratos de atención con las administradores del régimen subsidiado o de los vinculados, de igual manera las entidades territoriales o los fondos locales en salud en ningún momento deben negarse a cancelar los servicios de prestación adquiridos por la población vinculada..

Cuando las entidades prestadoras de servicios de salud se nieguen a prestar los servicios de urgencias a la población que requiera se hará acreedora a sanciones de la superintendencia nacional de salud que pueden conllevar hasta la pérdida o cancelación de certificación para laborar como institución de salud.

Flujo de recursos de las instituciones prestadoras de servicios. Las administradoras del régimen subsidiado o EPS “deberán cancelar los servicios en salud prestados por las instituciones de salud que los provean con mes anticipado cuando los contratos sean por capitación (por persona)”¹⁵.

Cuado la prestación del servicio se la realiza con contratos según evento de atención los pagos de las administradoras del régimen subsidiado deben cancelar como mínimo el pago del 50% de la factura resultante dentro de los 5 días posteriores al envío; en caso de que los entes territoriales o administradoras del régimen subsidiado se demoren en el pago de los recursos a las instituciones prestadoras de servicios en salud, estas tienen todo el derecho de aplicar los intereses por mora ajustados al interés comercial.

- **Constitución de las empresas sociales del estado (ESE S).** La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas a partir de la entrada en Vigor de la ley 1122 solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud así ahora cualquier entidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud como la industria o comercio de medicamentos. Es de

¹⁵ Estos contratos se los realiza en los casos que se tiene establecido plenamente el numero de personas que se van a atender como por ejemplo las jornadas de vacunación o entrega de medicamentos para la prevención de enfermedades

carácter obligatorio que en cada municipio exista una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE. De igual manera cualquier creación o transformación de una nueva Empresa Social del Estado (ESE) con la ley 1122 deberá tener previamente el visto bueno del Ministerio de la Protección Social.

Las instituciones prestadoras que con la entrada en funcionamiento de la ley 1122 del 2007 que entro en vigor el 9 de enero, y no hayan sufrido la transformación de ESE o se hayan afiliado a una de ellas, tendrán un año para la realización de este proceso.

En el aspecto financiero, cuando una ESE no sea sostenible, “las entidades territoriales podrán transferir recursos que ayuden a garantizar los servicios básicos requeridos por la población pero en las condiciones que establezca el ministerio de la protección social según el argumento”.¹⁶

La conformación de las juntas directivas se realizara de una manera equitativa en la participación de los sectores de tal manera que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo; en el aspecto de gobernabilidad esta debe ser lo más eficiente posible puesto que se trata de una empresa del gobierno de carácter descentralizado por lo que se debe tener autonomía feneciera y en la toma de decisiones conllevando a procurar la elección de gerentes de una forma meritocrática, los gerentes tendrán un periodo de 4 años y podrán reelegidos una sola vez cuando la junta proponga al alcalde gobernador o presidente de la republica según sea el caso lo anterior soportado según el resultado de indicadores de eficiencia y gestión.

- **Sistema de inspección, control y vigilancia.** Mediante la ley 1122 del 2007 se crea un sistema de inspección, control y vigilancia en el sector de prestación y administración de los recursos en salud el cual esta encabezado por la superintendencia nacional de saluda, además de las funciones delegadas del gobierno al INVIMA.

La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar y analizar de manera puntual la información que se requiera

¹⁶ Lo anterior hace que se modifique el artículo 38 de la ley 812; Que se refiere al financiamiento de las empresas sociales del estado.

sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud; Donde son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general y particular.

La superintendencia nacional de salud debe inspeccionar la atención que los ciudadanos reciben en los servicios de salud con el fin de dar cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar estrategias de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

Entre otros, la superintendencia nacional de salud debe tener como función:

- a) Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b) Protegerá los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de accesibilidad, disponibilidad del servicio y calidad en la prestación del servicio.
- c) Velara porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud.
- d) Promoverá la participación ciudadana y establecerá mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que debe efectuarse por lo menos una vez al año por parte de los actores del Sistema.
- e) Deberá actuar como conciliadora ante cualquier problema que se genere al interior del sector salud tanto en la administración de recursos como en la prestación del servicio.

f) La focalización de los subsidios en salud. Donde debe vigilar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales

Además de lo anterior se debe crear en cada ente territorial la figura de defensor del usuario en salud que depende de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función es actuar como vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada ente con el fin de conocer, gestionar y dar aviso sobre las quejas referentes a la prestación de servicios de salud.

La superintendencia nacional de salud para su normal desempeño se financia de los aportes que Los municipios y distritos destinarán con el 0,2% de los recursos del régimen subsidiado para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales, igualmente debe crear el fondo-cuenta encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de la defensoría del usuario. Dicho fondo se mantendrá con los recursos girados por las EPS donde El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo relacionado con el número de defensores, la elección de los mismos quienes deben ser elegidos por los usuarios y la forma como deben contribuir, cada EPS para la financiación del Fondo.

EI SISPRO. El Ministerio de la Protección Social define el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social SISPRO el cual debe cumplir las siguientes funciones:

Capturar la información Epidemiológica, y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de las Entidades Territoriales;

Sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores directos del servicio con el fin de alimentar el Sistema de Administración por resultados.

En todo caso las Entidades Promotoras de Salud, EPS, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración, y correcto registro de las novedades que estarán al servicio de los actores que deben tomar decisiones

especialmente el Ministerio de la Protección Social, el Fosyga, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las Administradoras del Régimen Subsidiado y los prestadores de servicios.

2.1.4. Proyecciones formuladas dentro de los programas de salud en el plan de desarrollo 2004-2007 municipio de Ipiales. Tomando como base de datos la actualización y depuración realizada por el Sisben, el objetivo del plan de desarrollo para la vigencia 2004-2007 consiste en aumentar el número de personas con aseguramiento en salud sobre todo encaminado a beneficiar los grupos de personas más pobres mediante la consecución de “1.846 cupos para el régimen subsidiado pasando de 32.890 a 34.736 afiliados”¹⁷ quedando por concretar un grupo pendiente de 28.889 personas sin afiliación a algún régimen de prestación de servicios en salud. Lo anterior teniendo en cuenta el CENSO de 1993 y las proyecciones de incremento poblacional que se dieron año tras año.

De igual manera otra de las metas pactadas radica en mejorar la eficiencia, vigilancia y control de los contratos pactados con las entidades promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado

En el plan de desarrollo acápite sociocultural se proyecta en un 100% el fortalecimiento de proyectos dirigidos a garantizar la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud ambiental, la vigilancia en salud pública y adicionalmente mejorar la salud mental.

Todo lo anterior debe tener como fundamento de apoyo una red de que permita ofrecer los servicios de forma oportuna para ello se planteo en un principio la construcción de un hospital de primer nivel con lo cual se mejorara sustancialmente la cobertura, calidad, eficacia y eficiencia.

¹⁷ ALCALDÍA Municipal De Ipiales “Plan de desarrollo 2004-2007 Ipiales merece lo mejor” acápite Sociocultural, sector salud.

Cuadro 2. Objetivos planteados en salud dentro del plan de desarrollo para la vigencia administrativa 2004-2007.

Objetivos.	Línea. base	Metas.	Estrategias.
Garantizar la afiliación de la población al sistema general de seguridad social en salud	32.890 afiliados al régimen subsidiado	34.736 afiliados al régimen subsidiado	Incrementar el número de personas con aseguramiento en el régimen subsidiado
	0% no ha habido vigilancia	100% se pretende vigilarla en su totalidad	Vigilar y controlar el cumplimiento de contratos de prestación de servicios de administradoras de régimen subsidiado
Garantizar la salud pública a través de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades	70%	90%	Evaluación y auditoria al cumplimiento de acciones de promoción y prevención a cargo del municipio.
	6%	100%	Evaluación y auditoria al cumplimiento de acciones de promoción y prevención a cargo de administradoras del régimen subsidiado.
	60%	100%	Desarrollo de proyectos dirigidos a garantizar la salud preventiva, infantil, sexual y reproductiva, ambiental y seguridad alimentaría
Garantizar la prestación de servicios de primer nivel a la población de régimen subsidiado y población vinculada	60%	100%	Brindar servicio de calidad a la población objeto
	50%	90%	Fortalecimiento de la infraestructura y dotación de la red pública de prestación de servicios de salud.
	0	1	Construcción hospital de primer nivel de atención

Fuente: Municipio De Ipiales "Plan De Desarrollo" Febrero 2004

2.2. MARCO TEÓRICO.

2.2.1. La economía y la salud. Se parte de la relación que se ha dado entre la economía y las ciencias de la salud teniendo en cuenta principios clásicos como el manejo de los recursos escasos, a partir de este elemento surge un principio basado en el ejercicio de un comportamiento racional encaminado a buscar un máximo beneficio en función de la satisfacción y el coste de adquirir una unidad adicional del bien, a lo cual se le llama utilidad marginal.

Aplicabilidad de la economía a la salud. Son muchas las personas que argumentan que la salud no tiene precio y por ello no es pertinente adaptarla a la economía, la primera afirmación puede tener algo de razón, sin embargo debe observar que al realizar una inversión en salud, dicho monto de recursos tiene un costo de oportunidad, es decir lo que se deja de invertir en otras necesidades que pueden ser de mayor o menor importancia según la demanda de satisfacción del componente social como la educación, recreación, vivienda, etc. así deberá realizarse un análisis sobre si esta inversión generara un impacto de mayor beneficio que si se la hubiese realizado en otro de los anteriormente mencionados.

El segundo argumento a favor de esta afirmación, que hace necesaria la economía en las ciencias de la salud radica en que “se parte de de establecimiento del servicio de salud como un derecho constitucional por lo tanto este derecho no deberá ajustarse a las fluctuaciones económicas por tratarse de un sector prioritario en el que la inversión no debe estar condicionada a factores económicos”.¹⁸

Particularidades entre la economía y la salud. Si bien la economía es aplicable a la salud es necesario tener en cuenta que se originaran características propias de esta rama entre la economía y la salud las cuales se diferenciaran de otras especialidades en la ciencia económica. A continuación se nombran algunas de las características.

Una gran incertidumbre. La cual se da en la oferta como en la demanda del servicio pues los usuarios no sabrán cuando se van a enfermar, esto supone que gran parte de la demanda de atención en salud estará sujeta a la incertidumbre,

¹⁸ IÑIGUEZ, Antonio. “Economía de la Salud” Febrero. 2005.

de lado de la oferta ocurre algo similar puesto que los médicos no saben con total certeza el resultado de los tratamientos aplicados a sus pacientes.

Asimetría en la información. La falta de información e instrucción en conocimientos de salud por parte de los pacientes hace que estos dependan totalmente del pronóstico del médico, lo cual puede estar ligado a intereses particulares de los médicos o centros de salud.

La importancia de las aseguradoras. El elevado coste de la prestación de estos servicios de salud conlleva a que la mayoría de las personas busquen un aseguramiento proactivo ya sea en la parte privada o con seguridad estatal teniendo en cuenta que como ya se lo menciono anteriormente la salud personal esta ligada al devenir, en consecuencia habrá la tendencia a adquirir servicios de salud prepagada o subsidiada.

Barreras a la competencia. Al ser el estado uno de los grandes financiadores de dicho servicio ello trae consigo un control con el fin de racionalizar al máximo los costos, además de la ampliación de cobertura. Todo lo anterior soportado en el incentivo sobre la prestación de servicios en salud teniendo en cuenta que deben disminuirse los obstáculos a la competencia con el fin de evitar situaciones monopolísticas.

Dificultad para definir las necesidades de los individuos. Esta es quizá una de las mayores particularidades de la economía de la salud donde se genera una distorsión en la demanda pues los particulares tienen la disposición de clamar equidad basados en la eliminación de barreras a la prestación del servicio en contra de beneficios particulares de egoísmo, en este aspecto la equidad en la prestación entra a ser un concepto muy cuestionado entre la economía y las decisiones socioeconómicas de los gobiernos.

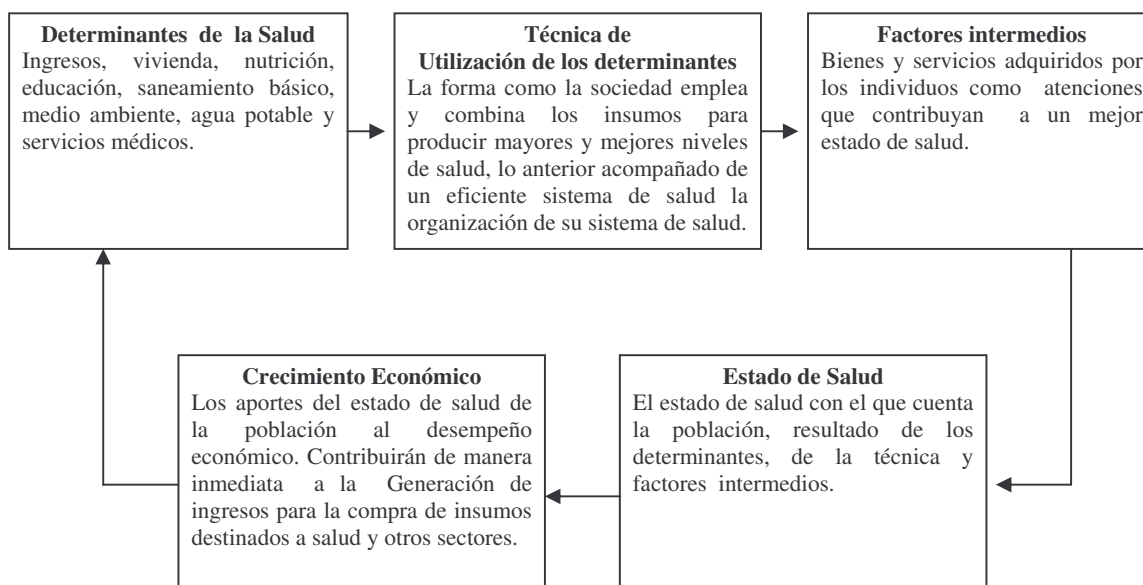
2.2.2. La salud y sus determinantes. La salud no solo se la debe plantear como el echo de tener una ausencia de enfermedades, puesto que además se debe tener en cuenta que esta es una capacidad que tienen las personas en el aspecto físico y mental para desarrollar todos sus potenciales de destreza a lo largo de su vida, desde el punto de vista de las causas y consecuencias que esta deba tener en una sociedad se puede afirmar que la salud tiene una relación directamente proporcional en doble dirección fundamentándose en lo siguiente:

1. Con un mayor desarrollo económico que una sociedad o país pueda lograr, esto permitirá a su población una mayor inversión en sectores como la salud lo

cual desembocara en un mejoramiento de dicho sector hacia mejores índices de calidad de vida.

2. En igual sentido, al poseer una sociedad o país buenos estados de salud de su población, este efecto se constituirá en un promotor determinante en la evolución positiva del desarrollo económico.

Esquema 2. Secuencia entre salud y desarrollo económico.¹⁹



Fuente: Observatorio de la seguridad social.

Barreras al acceso. Dentro del esquema del acceso a la prestación de servicios en salud se puede afirmar que existen varios determinantes que pueden obstaculizar la disposición y goce de ellos no solo en el aspecto de los servicios disponibles, sino que además también se debe observar factores de acceso determinantes para que una población u individuo que quiera disponer o no de estos servicios.

Barreras desde la oferta de servicios en salud

- ◆ Disponibilidad de recurso humano para atender estas necesidades en función del espacio geográfico y tiempo necesario de atención disponible.

¹⁹ GES (2005). "Macroeconomía y salud en Colombia". Observatorio de la seguridad social. No. 10.

- ◆ Disponibilidad de planta y equipo instalado para cubrir la atención de las necesidades en salud.

Barreras desde la oferta de servicios en salud. (Población).

- ◆ Existe la posibilidad de que los individuos accedan a la prestación del servicio o no en función de su estructura social y sus creencias.

- ◆ Puede darse la limitación por que los individuos carezcan de un ingreso, seguro o subsidio para disponer de estos servicios.

- ◆ Puede haber una tendencia de no acceder al servicio por que los individuos no tengan conocimiento pleno de su estado de salud, o por que poco interés la presten al valor de mantener su estado de salud en buenas condiciones.

- ◆ Los individuos no estarán dispuestos a acceder al los servicios excusándose en que los días de incapacidad afectaran su tiempo laboral.

Barreras en función de argumentos de los individuos que necesitan del servicio. Las personas pueden argumentar o excusarse en no acceder al servicio de salud por los siguientes motivos:

El centro de atención queda lejos.

No lo atendieron, muchos trámites para la cita.

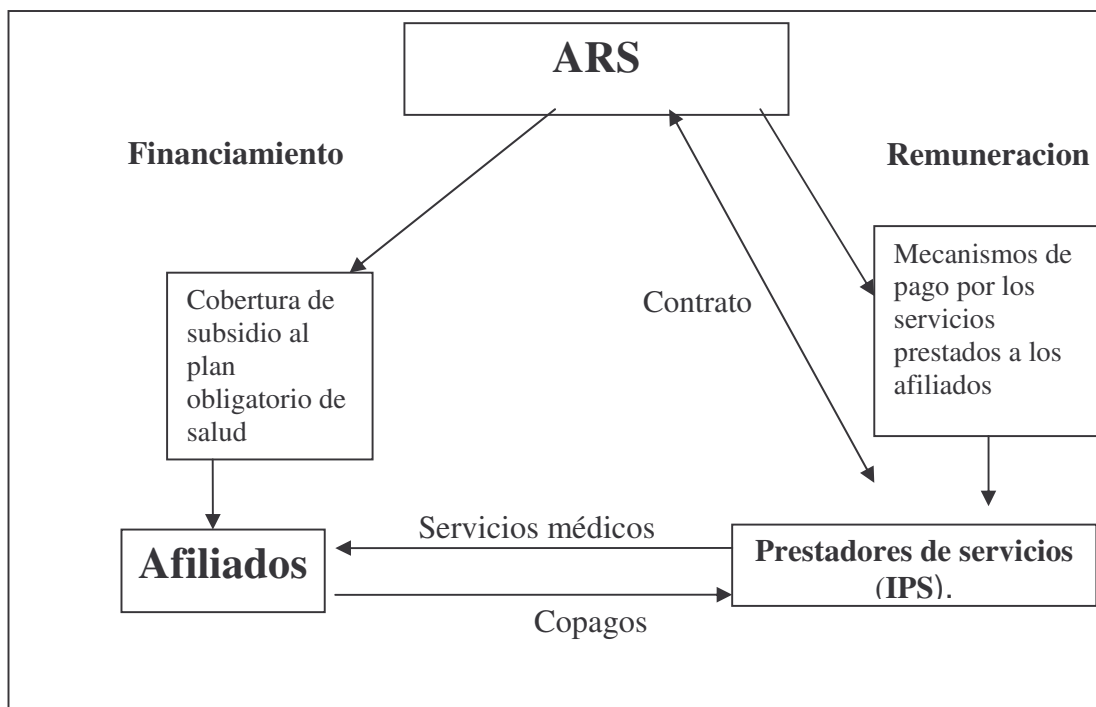
No tuvo tiempo, considera que el servicio es malo y no confía en los médicos.

No usa servicios por falta de dinero.

Población con necesidades básicas insatisfechas.

Considera que el caso es leve.

Esquema 3. El régimen subsidiado en un modelo convencional de Demanda y producción de servicios de salud.²⁰



Fuente: Observatorio de la seguridad social.

2.2.3. La economía del bienestar. Partiendo del hecho de que cada individuo buscara lograr sus puntos óptimos de bienestar y que además cada uno de ellos tendrá diferentes niveles y grados de satisfacción dependiendo de las necesidades, desde las más básicas las suntuarias, además de otras subjetivas como la libertad la libre expresión y la felicidad. Es necesario tener en cuenta la importancia que tienen las políticas gubernamentales con el fin de dar mejores y mayores oportunidades sobretodo a la población que necesita satisfacer necesidades urgentes como la salud.

Existe una visión aceptada por pensadores y actores sociales denominada economía del bienestar sustentada en un fundamento de equidad en la distribución de los recursos escaso.

²⁰ GES (2005). "Macroeconomía y salud en Colombia". Observatorio de la seguridad social. No. 10.

Arrow (1951) "demostró la existencia de una brecha entre la elección colectiva que representa la esencia del bienestar social y la elección individual realizada a partir de las preferencias particulares de los agentes"²¹ en consecuencia no se logra un nivel óptimo social incluso bajo los supuestos más favorables de voluntad generando así grados de inequidad que deberían ser enfrentados por medio de la presencia gubernamental.

Amartia Sen, (1995) Reconoce que el impacto de la provisión pública de bienes y servicios a través de efectos redistributivos a partir del ingreso, es apropiada, No obstante, no debe centrarse toda la atención en los efectos distributivos, pues es importante estudiar el efecto sobre las potencialidades, necesidades, y capacidades.

Sen afirma desde su perspectiva que la pobreza no solamente se constituye en la carencia de ingreso, este problema social constituye un obstáculo que traspasa otras dimensiones. Donde la privación se traduce en una mala calidad de vida que influirá en la esperanza de vida, mayor desnutrición, elevadas tasas de analfabetismo y mortalidad, etc. El planteamiento teórico plasma su fundamento en una provisión pública en servicios médicos, de educación, entre otros, como componentes de una estrategia de desarrollo.

2.2.4. Cumbre del milenio visión 2015. Dentro de la cumbre celebrada por las naciones unidas en el año 2000 en Massachussets se trataron asuntos dirigidos a enfrentar los problemas de salud que enfrenta el mundo y sobretodo los países más pobres. Para tal fin los 180 líderes de todo el mundo acordaron fijar metas hacia el 2015 donde se tengan propósitos específicos y urgentes entre los que figuraron la disminución y prevención de problemas como la desnutrición, mortalidad, enfermedades terminales, etc.

Lo anterior teniendo en cuenta que la carga de enfermedades en los países pobres se constituye en un obstáculo hacia el avance económico donde cada año mueren millones de personas por enfermedades terminales.

Propuestas de la comisión. La comisión pide específicamente que las naciones ricas reserven el 0,1 % de su PIB ósea un centavo por cada 10 dólares para atender la salud de los pobres del mundo.

²¹ VARGAS YARA, Gustavo. "Hacia un concepto de equidad" cuadernos de economía Universidad Nacional de Colombia.

Los “ingresos de los países ricos totalizan unos 25 billones de dólares anuales; por tanto, esto movilizaría 25.000 millones de dólares anuales que mejorarían las condiciones sanitarias de las naciones con bajos ingresos y salvaría 21.000 vidas diarias”²² además, los aportes a la salud se traducirían en avances económicos. Las mejores condiciones sanitarias ayudarían a los países pobres a salir de la trampa de pobreza, pues la mala salud los llevó a la pobreza y el estancamiento económico que se convirtió en un círculo vicioso de consecuencias.

De adoptarse el programa, los países con altos índices de crecimiento demográfico avanzarán hacia la reducción, puesto que a medida que las familias confíen en que sus hijos alcanzarán la edad adulta, se aliviarán las presiones .por ende Los capitales extranjeros podrán invertir en una fuerza laboral no condenada por las enfermedades.

Hoy día, los países ricos son tan ricos, y los pobres, tan pobres, que se pueden hacer milagros hasta con los aportes más pequeños.

Donando un centavo por cada 10 dólares, se lograrían adelantos sanitarios en control de epidemias; otro centavo por cada 10 dólares abordaría las necesidades críticas de la educación. La Comisión de Macroeconomía y Salud confía en que la unión de países para combatir la enfermedad y pobreza será posible.

2.2.5. La inversión en salud como expectativa de desarrollo económico en países pobres. Se puede observar como un elemento vital de la sociedad como lo es la salud puede afectar negativa o positivamente dependiendo del estado de ella en cada uno de sus integrantes, así como consecuencia también afectara el grado de desarrollo económico en dicha sociedad.

La salud afecta directamente al desarrollo económico a través de:

- 1) capital humano: educación, capacitación laboral, y desarrollo físico.

- 2) expectativas de inversión futura, organización de la fuerza laboral, y capacidad para atraer trabajo y capital.

- 3) además las enfermedades y epidemias pueden originar problemas de inestabilidad no solo a nivel económico sino político.

²² JEFFREY, Sachs. Organización Mundial De La Salud. “Reporte de la comisión de salud y macroeconomía (2002)”.

Los beneficios que puede traer un buen estado de salud a nivel de una sociedad contribuyen al desarrollo de la economía en muchos aspectos por ejemplo partiendo del aspecto demográfico basado en una planificación familiar podrá desembocar un incremento de los ahorros de las familias favorecido por una mayor disponibilidad del ingreso, así mismo al tener un menor número de hijos en cada una de las familias se les podrá brindar mayores y mejores niveles de educación y especialización lo que terminará por mejorar la productividad laboral.

Se puede observar a nivel mundial que los niveles de mortalidad son más acentuados en las clases menos favorecidas partiendo de elementos como la limitación de acceso a servicios tan primordiales como el agua potable atención médica, y educación sanitaria. Además no buscan la salud preventiva pues el ingreso limita estas oportunidades.

Existe además como lo afirma la CMS un efecto psicológico dentro del manejo de recursos en salud por parte de las personas puesto que los usuarios que poseen una seguridad garantizada en el acceso al servicio pueden ser más propensos a invertir en otras posibilidades como la educación y recreación lo que de alguna manera incrementará su estado de salud. Ocurrirá una situación contraria cuando los usuarios estén desprotegidos así decidirán si acudir o no a los programas de prevención y/o curación de enfermedades pues, o bien el ingreso los limitará o bien existirá una apatía así las consecuencias del estado de salud estén en riesgo, de lo contrario deberán acudir al endeudamiento.

Las experiencias en países desarrollados indican que los países con mejor desempeño económico han invertido más en salud. Por ejemplo Gran Bretaña durante la revolución industrial, el Japón y el Oeste de Asia entre los años 1950 y 1960 fueron precedidos por un importante progreso en la salud pública. La prevención en contra de las enfermedades, la mejora de la nutrición, acompañado de los niveles de crecimiento de energía laboral, refleja el resultado de que la inversión en salud que para estos casos no es una consecuencia sino por el contrario un requisito que precede el crecimiento de estos países.

La CMS indica que la correlación entre la salud y el crecimiento económico es muy grande. "Una estimación estática indica que la mejora de un 10 por ciento en el promedio de vida genera un crecimiento anual en la economía de por lo menos 0.3 a 0.4 por ciento en países subdesarrollados. Adicionalmente propone tres medidas básicas y realistas para mejorar la salud en los países de bajos ingresos:

- 1) incrementar en el 1 % el recaudo fiscal como porcentaje del PIB para ser trasladarlo al sector de la salud para el 2008 y al 2 % para el 2015.
- 2) reestructurar ineficiencias en la recaudación y uso de recursos del estado en el sector de la salud,
- 3) reasignar el gasto público improductivo a sectores de la sociedad dedicados a luchar contra la pobreza.

En el caso de los países de mediana entrada, la Comisión recomienda, como primera prioridad, mejorar la disponibilidad de los servicios de salud en las comunidades locales. Además de:

- 1) elaborar un plan de salud hecho a medida particular en cada localidad según sus necesidades.
- 2) supervisar de forma más adecuada y estricta las empresas contratadas para revertir los gastos de salud subsidiados por el gobierno.

Además para el mayor acceso a las medicinas preventivas y curativas, la industria farmacéutica internacional, y los países en vías de desarrollo deben concertar acuerdos que propongan precios razonables para población pobre.

La alta inversión pública es vital para una buena operación del sistema de salud. “En Japón, la salud pública representa el 80.2 por ciento del gasto total de salud; 78 por ciento en Suecia y 82 por ciento en Noruega. El promedio de expectativa de vida es de 74.5 años en Japón, 73 en Suecia, y 72.1 en Noruega”²³

El gasto público per. Cápita en todos estos países supera los \$1,300 dólares, contrastando con la situación actual en América Latina. El gasto público per cápita en Brasil es de \$208 dólares, \$172 dólares en México, y \$98 dólares en Perú. En consecuencia por ejemplo El promedio de expectativa de vida en Brasil es de 59 años.

La recomendación fundamental de la CMS es que esos países de bajo y medio poder adquisitivo, en conjunto con los países de alto poder adquisitivo, puedan expandir el acceso los servicios esenciales de salud en el mundo pobre. Los países de bajo poder adquisitivo pueden contribuir con recursos económicos internos, gestión política, y transparencia, para garantizar el funcionamiento de un sistema de salud en donde se atienden las necesidades más urgentes. Además,

²³ Organización mundial de la salud. “Invertir en salud para lograr el desarrollo económico”

los países desarrollados deben ofrecer asistencia financiera en forma de subsidios a países con necesidades urgentes en materia de salud.

En términos económicos, la salud y la educación son las dos claves del capital humano. Mejorar la salud pública tiene enorme impacto sobre la economía, puesto que incrementa la productividad laboral, y reduce los costos asociados a las muertes.

2.2.6. Una propuesta de desarrollo económico y bienestar social. El crecimiento económico es una de las metas de toda sociedad y el mismo implica un incremento notable de los ingresos, y de la forma de vida de todos los individuos de una sociedad. Existen muchas maneras o puntos de vista desde los cuales se mide el crecimiento económico, entre ellos, el nivel de consumo las políticas gubernamentales, o las de fomento al ahorro; las anteriores variables pueden mostrar un direccionamiento sobre que tan lejos estamos de alcanzar esta meta. Pero además no debemos dejar de lado un concepto que quizá es más real si lo que se quiere es mirar de una forma cercana la calidad de vida de las personas donde ya no solo intervienen variables económicas sino que se adicionan otras como la felicidad, la libertad y una buena calidad de vida de las personas por encima de una buena calidad del sistema meramente económico así entramos a abordar un nuevo concepto como lo es el desarrollo económico que puede alcanzar una sociedad el cual puede estar muy alejado del crecimiento económico.

Se debe tener en cuenta otra de las variables engañosas a la hora de analizar el desarrollo económico de un país como lo es el PIB per. Capita que .resultante de dividir el ingreso total de un país entre el numero de habitantes que puede ser por ejemplo de 20 millones de pesos anuales lo cual no quiere decir que todos los habitantes perciban este monto, ya que en muchos países la distribución del ingreso es muy in equitativa.

Basándose a partir del resultado de economías que emergen hacia una nueva etapa se propone tomar algunas de las estrategias adaptadas como las de gasto público en países como el salvador, chile y republica dominicana. Elementos imprescindibles que pueden tener un impacto como política de desarrollo, entre ellas están:

A nivel publico el establecimiento de una disciplina dentro del manejo del gasto a través de la creación de presupuestos ajustados a la realidad pero sobretodo con una inversión que sea distribuida de la forma más eficiente posible.

Crear un sistema tributario más eficiente. Lo ideal será aumentar la cantidad de impuestos sino aumentar los ingresos de origen tributario pero a través de un mayor orden y control, de menos impuestos pero con ingresos más efectivos.

Como complemento muy fundamental dentro del desarrollo económico esta la redistribución del ingreso que debe realizarse a través del gasto publico fundamentado primordialmente hacia las necesidades materiales y sociales de la población más pobre como la educación, la salud, la recreación, y la atención a la niñez por medio de subsidios.

El desarrollo humano sostenible. Buscar el desarrollo humano de una forma sostenible es el sueño de muchos pensadores económicos pero ello no debe constituirse en una utopía difícil de lograr, El desarrollo humano está distribuido en tres grandes grupos que son:

- Alto desarrollo humano.
- Desarrollo humano medio.
- Desarrollo humano bajo.

La mayoría de los países latinoamericanos pertenecen a la segunda clasificación, “los países que ocupan los cuatro primeros países según la organización de las naciones unidas son:”²⁴

1. Canadá
2. Noruega
3. Islandia
4. Australia

El desarrollo humano gira entorno al individuo, ósea con un buen nivel de producción ingreso y empleo además de una distribución del gasto publico equitativo y dirigido a la población en desventaja a través del acceso a sistemas de seguridad social y servicios básicos de primera necesidad se lograra el desarrollo y bienestar. El aspecto social debe tener mayor prioridad en comparación con los gastos que en guerra y amortizaciones de deuda externa logrando una focalización de los recursos de una forma más optima pues nada logramos con ser muy cumplidos en el pago de deuda y defensa consolidada de la patria, cuando a cambio de ello tenemos una población con necesidades básicas insatisfechas.

²⁴ SIERRA, Enrique; PADILLA, Oswaldo. “Ecuador Crisis y Crecimiento” 6 septiembre 2006.

2.3. MARCO LEGAL.

Constitución política de Colombia. Ésta carta mayor en artículo 49 establece que la atención de la salud y el 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 la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación del servicio de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

Ley 100 de 1993. Por medio de la cual se establece el sistema general de seguridad social en salud que estará constituido por los sistemas generales de pensiones, seguridad social en salud, riesgos profesionales, y servicios sociales complementarios, el cual tiene como principio de esencia lograr el bienestar individual y la integración colectiva de la comunidad a través del acceso a la protección de servicios en salud para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y mejoramiento de la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional.

LEY 87 DE 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado en el sistema integrado de organización y conjunto de planes, normas, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, El ejercicio del control interno debe basarse en los principios de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, imparcialidad, y valoración de costos ambientales. En consecuencia, deberá organizarse de tal manera que su ejercicio concuerde con los objetivos y funciones de la entidad, y sus miembros funcionarios.

LEY 152 DE 1994. Establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. La presente Ley tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación constitucional que se refiere al plan de desarrollo y la planificación.

Planes de acción en las entidades territoriales (Art. 41). Con base en los planes generales departamentales o municipales aprobados por Concejos o Asambleas, cada secretaría y departamento administrativo preparará, con la coordinación de la oficina de planeación, su correspondiente plan de acción y lo someterá a la aprobación del respectivo Consejo de Gobierno departamental, o municipal. En el caso de los sectores financiados con transferencias nacionales, especialmente educación y salud.

Armonización con el presupuesto (Art. 44). En los presupuestos anuales se debe reflejar el plan plurianual de inversión. Las Asambleas y Concejos definirán los procedimientos a través de los cuales los Planes Territoriales serán contrastados con los respectivos presupuestos.

DECRETO 111 DE 1996. Que conforma el estatuto orgánico del presupuesto.

Art. 41. Se entiende por gasto público social aquel cuyo objetivo es la solución de las necesidades básicas insatisfechas de salud, Educación, saneamiento ambiental, agua potable, vivienda, y bienestar general direccionadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población, El Presupuesto de Inversión Social no se podrá disminuir porcentualmente en relación con el del año anterior.

Art. 123. La estimación de los recursos de las Empresas Sociales del Estado, se realizará bajo el método de presupuestación basado en eventos de atención debidamente cuantificados, según la población que vaya a ser atendida en la respectiva vigencia fiscal además de los planes obligatorios de salud de que trata la Ley 100 de 1993. Las empresas sociales del estado podrán recibir transferencias directas de la nación, de las entidades territoriales. Por medio de la celebración de contratos

Las entidades territoriales podrán pactar con las empresas sociales del estado la realización de reembolsos contraprestación de servicios y de un sistema de anticipos, siempre que estos últimos se refieran a metas específicas de atención. Las cuentas especiales previstas para el manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, se integrarán en los fondos seccionales municipales de salud, pero no formarán en ningún caso parte integral de los recursos comunes del presupuesto de tales entidades, por lo cual, su contabilización será especial en los términos del reglamento.

Ley 715 DE 2001. Por la cual se dictan normas en materia de recursos de conformidad el acto legislativo 01 de 2001 de la constitución política y se dictan disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud como también de propósitos generales. Y se consolida el sistema general de participaciones. Que está constituido por los recursos que la nación transfiere por mandato a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios anteriormente nombrados.

Ley 1122 de 2007. Por medio de la cual se establece la reforma a la ley 100 de 1993, y se dictan los linimienta sobre el sistema general de seguridad social en salud.

3. SITUACIÓN SOCIO ESPACIAL

3.1 SITUACIÓN GEOGRÁFICA.

El municipio de Ipiales se encuentra ubicado al sur de la región andina del departamento de Nariño en la frontera Colombo Ecuatoriana, forma parte de la meseta de Túquerres e Ipiales, de la cordillera oriental y del nudo de los pastos.

Limites. Ipiales limita al norte con los Municipios de Pupíales, Gualmatán y Contadero, al sur con la hermana Republica del Ecuador, al occidente con los municipios de Aldana y Carlosáma, al Oriente con los municipios de Puérres, Córdoba, Potosí y el Departamento del Putumayo.

Extensión. Posee una extensión de 1600 Km. representando 1/5 del área total del Departamento de Nariño, así dicho municipio ocupa el 6 lugar en extensión entre los 63 Municipios, dentro de su climatología se caracteriza por poseer diferentes tipos de pisos térmicos así: calido con 472 Km., frío con 543 Km. y páramo con el 314 Km., con una temperatura promedio que se ubica en los 12 grados centígrados.

En cuanto a su altura sobre el nivel del mar el municipio se sitúa a 2897, la distancia con la capital del departamento el municipio de pasto es de 84 Km. además de poseer una relación geográfica con el ecuador ubicada a 4 Km. de la cabecera municipal.

3.2. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PÚBLICOS

- **Fluido eléctrico:** La ciudad de Ipiales a nivel de la prestación de este servicio se encuentra muy bien ponderada puesto que su cobertura es muy cercana al 100% tanto en la zona rural como urbana, el servicio esta prestado a cargo de la empresa CEDENAR, en la actualidad existe un convenio firmado entre Colombia y ecuador por medio del cual los dos países se interconectan, generando una capacidad de energía suficiente para abastecer las necesidades de demanda.

- **Acueducto.** En la ciudad de Ipiales “el agua es tomada del Rió Blanco, conducida a la planta de tratamiento por 4 tuberías, 3 de ellas por gravedad una

de bombeo. Existen 2 plantas de tratamiento que alcanza a tratar 260 litros por segundo, logrando una cobertura del 93% del total de la población”²⁵

▪ **Alcantarillado.** El alcantarillado tiene una cobertura del 89% en el sector urbano, el 50% de la tubería son nuevas pues su construcción es inferior a 4 años, el 50 % corresponde a matrices que llevan funcionando 40 años y mas, presentando sobrecarga y filtraciones, las aguas servidas en el Río Guátara son sin previo tratamiento.

3.3 ASPECTOS ECONÓMICOS DEL MUNICIPIO

Dentro del análisis de las características socioeconómicas se puede decir que el municipio se soporta bajo dos grandes ramas, una de ellas es la agropecuaria en donde dadas las características climatológicas se hace posible la siembra de productos como la papa, cereales, legumbres, hortalizas y verduras. En el sector pecuario las actividades como la cría de ganado vacuno porcino y bovino además de la producción de leche con una pequeña participación.

El segundo sector económico importante es el comercio, el que esta determinado por un gran tamaño de establecimientos muy bien distribuidos a nivel de diversidad de los productos ofrecidos, el volumen de procedencia de los productos se distribuye del interior del país y una participación muy importante de los artículos provenientes del Ecuador dada la ventaja fronteriza que se posee aunque cabe resaltar que en la actualidad el municipio sufre de problemas en cuanto a la demanda pues el peso ha sufrido un proceso de reevaluación lo que a generado un aumento de las importaciones desde el Ecuador dadas por vía legal y por contrabando.

Las relaciones de intercambio entre los dos países en esta región han posibilitado un intercambio muy inestable y desproporcionado dado por las fluctuaciones de la tasa de cambio, a pesar de ello existe un movimiento de personas del vecino país las cuales ingresan al municipio a comprar variedad de bienes, no obstante este volumen estará determinado por la reevaluación y devaluación de su divisa (dólar) en nuestro país. También existe talleres industriales a pequeña escala en orfebrería metálica mecánica manufactura y el sector de la construcción sobretodo de viviendas residenciales.

²⁵Alcaldía Municipal De Ipiales. “Empoobando E.S.P” Junio 2007.

3.4 MARCO JURÍDICO

La dirección local de salud del municipio de Ipiales como miembro del sistema de vigilancia en salud pública, además de los postulados señalados en la ley 100 de 1993, fundamenta la esencia de su actuar bajo los principios orientadores de eficiencia, eficacia, calidad, previsión, y unidad según el artículo 5 del decreto 3518 del 2006.

El municipio de Ipiales departamento de Nariño acogido en lo dispuesto por el artículo 3 del decreto 3518 de año 2006 considera y reafirma a la dirección local de salud como un ente del orden centralizado al municipio, la cual se constituirá en la primera autoridad en lo pertinente al sector salud y sanitario del municipio; además de ello se deberá encargarse de las siguientes funciones

Deberá encargarse de recibir y distribuir los recursos enviados por el gobierno nacional como partidas del Fondo de solidaridad y garantías y del sistema general de participaciones.

Esta entidad será la encargada de mantener contratos con las administradoras del régimen subsidiado a las cuales les trasladará los recursos enviados del gobierno nacional para su financiamiento.

Así mismo se le encomienda a esta institución realizar la verificación y selección de nuevos afiliados al régimen subsidiado cuando haya ampliación de la cobertura, en este aspecto la dirección local de salud del municipio de Ipiales posee la subdirección de aseguramiento la cual es la encargada de realizar las funciones que tengan que ver con las clases de afiliados ya sea en el régimen contributivo, subsidiado y población vinculada.

Como primera autoridad en el aspecto sanitario del municipio, deberá encargarse de promover, inspeccionar y mejorar las políticas de saneamiento en todo el municipio con el fin de evitar emergencias sanitarias por la negligencia en aspectos de salud pública.

Es de estricto cumplimiento también la rendición de informes periódicos que debe realizar la entidad a las entidades encargadas de vigilar y ejercer control sobre el sector salud tal y como lo dispone el ministerio de la protección social, no obstante

también ejercerán control las dispuestas por el ministerio de hacienda y crédito público.

El nombre que se atribuye como Dirección local de salud se establece por la razón de que el ministerio de la protección social, dispuso que en los entes territoriales debe ser necesario la creación de fondos locales destinados a la salud, a los cuales les llegarán los recursos de forma independiente los que estarán encaminados a financiar los programas dispuestos por el gobierno nacional como régimen subsidiado y oferta en lo no cubierto, programas de promoción y prevención sobre enfermedades, y los tendientes a la parte de la salud pública.

Cabe destacar que adicionalmente a este fondo local no solo llegarán los recursos provenientes del nivel central nacional, también llegarán recursos por concepto financiación departamental, convenios, además de los ingresos tributarios destinados específicamente a la salud como es el caso de los correspondientes a ETESA, los cuales deberá manejarlos de la manera más eficiente posible..

4. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

4.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Espacio geográfico El estudio a realizar comprenderá el área geográfica del municipio de Ipiales departamento de Nariño, tanto en la zona rural como en su cabecera urbana. Y La investigación se la realizara a la población perteneciente al régimen subsidiado en salud y vinculados.

Tiempo. Para la realización del presente trabajo de grado se hará necesario un periodo de ocho meses comprendidos entre julio del 2007 y febrero del 2008 que es de igual forma el tiempo de realización de la pasantia en la Dirección Local De Salud en el municipio de Ipiales.

4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El presente trabajo a desarrollar se basara en la utilización de un método analítico-descriptivo puesto que ese iniciara realizando una descripción y una identificación en cuanto a lo que actualmente sucede dentro de la dirección local de salud en su área financiera. Posteriormente se procederá hacia el indagar de la población donde se obtendrá información que permita el desarrollo de cada uno de lo objetivos y la solución al planteamiento del problema.

Dentro del trabajo de campo, se recogerá opiniones de los habitantes de Ipiales. Por medio de la observación simple, y lo científico al desarrollar una encuesta. Los datos secundarios se logran a través de referencias bibliográficas en los libros, Internet como también los datos suministrados por la dirección local de salud del municipio, la secretaria de planeacion y el Sisben, la ayuda profesional de los asesores, jurados y profesionales en cuestión económica social y de salud.

Los instrumentos metodológicos a utilizarse serán:

a. observación de los acontecimientos dados y actuales en el tema de la salud en el municipio.

b. las entrevistas que se realizaran a los habitantes de Ipiales como también a los funcionarios de las diferentes entidades que manejan recursos del sector salud (alcalde, director municipal de salud, subdirector de aseguramiento, médicos promotores, etc.).

4.2.1. Etapas del proceso investigativo. De acuerdo con las características de la investigación, se procede fundamentalmente con información primaria, la cual se obtiene por medio de la aplicación de encuestas y observaciones directas de la realidad.

Las encuestas son dirigidas los sectores poblacionales afiliados al régimen subsidiado en Salud y la población vinculada.

Además se recurrirá a abstraer información en la dirección local de salud del municipio de Ipiales sobre el aspecto financiero.

4.3. DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA POBLACIONAL

La población objeto de estudio está determinada por las personas pertenecientes al régimen subsidiado y vinculados en el Municipio de Ipiales, de acuerdo a los informes estadísticos entregados por la subdirección de aseguramiento, y el Sisben se tiene estimado que en Ipiales existen 80.969 habitantes pertenecientes a esta clasificación de población. Distribuidos en 15.876 núcleos familiares.

El tamaño de la muestra se la estableció mediante la aplicación de la siguiente fórmula

$$n = \frac{N (Z)^2 (p*q)}{(N-1) e^2 + (Z)^2 (p*q)}$$

N= Numero de unidades que integran el universo (hogares) 15141.

Z= valor de distribución normal con el 95% de confianza 1.96.

e= margen de error 5% (0.05).

p=porcentaje en que el fenómeno se produce 0.5.

q=porcentaje complementario de p (100-p) = 0.5.
n= tamaño de la muestra.

$$n = \frac{15.876 (1.96)^2 (0.5*0.5)}{(15.876-1) 0.052 + (1.96)^2 (0.5*0.5)}$$

$$(15.876-1) 0.052 + (1.96)^2 (0.5*0.5).$$

n = tamaño de la muestra **375** que es el numero de encuestas a aplicar en el área rural y urbana de la ciudad de Ipiales.

Tabla 4. Instituciones prestadoras de servicio de salud donde se aplicaron las encuestas.

Instituciones prestadoras del servicio donde se aplicaron las encuestas	
NOBRE INSTITUCION	UBICACION GEOGRAFICA
Hospital civil de Ipiales	SECTOR URBANO
IPS ACIZI	
IPS EMSANAR	
Clínica Las Lajas	
IPS Ipiales	
Centro de salud el charco	
Centro de salud Puénes	
Centro de salud La victoria	SECTOR SEMI URBANO
Centro de salud San Juan	
Centro de salud Las lajas	
Centro de salud Loma de zuras	SECTOR RURAL
Centro de salud Teques	
Centro de salud Cutuáquer	
Centro de salud Hierba buena	
Centro de salud Las cruces	
Centro de salud Chaguáipe	

Fuente: Esta investigación. Ipiales. Diciembre 2007.

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO

5.1. INFORME FINANCIERO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE IPIALES

En el presente capítulo, se dan a conocer las fuentes de ingresos destinados a la salud captados a nivel nacional, de entes territoriales y con recursos propios. Además de la realización de un análisis sobre el grado de inversión y gastos realizados durante la administración municipal periodo 2004-2007.

El trabajo de pasantía se lo realizó en la Dirección Local de Salud del municipio de Ipiales donde se laboró por un espacio de seis meses con un tiempo de 9 horas diarias durante los cinco días de la semana, específicamente en la subdirección administrativa y financiera subdivisión de presupuesto. A nivel laboral se ha podido cumplir con las metas pactadas en un principio puesto que dentro del objetivo general, se plantea la realización de una evaluación financiera de manejo de recursos en salud sobre todo en la inversión del régimen subsidiado y atención a la población vinculada del municipio, y teniendo en cuenta que dicho ente de carácter centralizado es el principal encargado de ejercer esta función; se ha podido abstraer información en lo pertinente a los recursos por concepto de ingresos tanto a nivel de transferencias como los provenientes de recursos propios los cuales actuarán de manera directa sobre la inversión en salud que se logre por dicho ente.

5.1.1. Discriminación de las sub. cuentas de ingresos. Para la realización del análisis de la situación financiera en la dirección local de salud del municipio de Ipiales, es fundamental la descripción de cada una de las cuentas y sub. Cuentas contenidas dentro de las ejecuciones reales de gastos e ingresos, que a continuación se procede a detallar:

Ingresos. Lo constituyen los ingresos que el gobierno del nivel central envía a los entes territoriales, con el fin de orientarlos a la inversión y satisfacción de las necesidades que la población beneficiaria recibe por derecho constitucional y como se los establece en la ley 715 que hace alusión a las transferencias en el Sector salud Conjuntamente con la nueva ley 1122 del 2007.

Cabe destacar que el proceso de envío de estos recursos se lo realiza a partir de la entrega del proyecto de presupuesto que realiza en este caso la dirección local de salud y lo presenta a la alcaldía municipal y hacienda municipal con el fin de ser evaluado para posteriormente enviarlo al Consejo de política Fiscal el cual aprobará y/o reajustará el presupuesto de la vigencia futura.

Una vez aprobado el presupuesto general del municipio se procede a desagregar el presupuesto que le corresponde al sector salud que será manejado en el caso del municipio de Ipiales por la dirección local y posteriormente discriminado dentro de cada una de las sub. Cuentas contenidas en el presupuesto de ingresos y gastos de la institución como a continuación se lo plantea:

Particularmente los ingresos para el financiamiento del régimen subsidiado y atención a los llamados vinculados provienen de entidades como el fondo de solidaridad y garantías (FOSYGA), además de los recursos del sistema general de participaciones (SGP). No obstante también se ejerce una serie de convenios ínter administrativo que se celebran entre la nación, el departamento y el municipio, con el fin de lograr el un financiamiento de programas básicos en salud. Además de los ingresos por esfuerzo propio que logra la entidad para abastecer los gastos de funcionamiento.

A. Transferencias:

▪ Sistema General de Participaciones:

RUBRO	CONCEPTO
Subsidio a la Demanda:	Constituido por los rubros que destina el gobierno central por medio del ministerio de la protección social hacia la atención de los afiliados beneficiarios del régimen subsidiado en salud, es el rubro más representativo dentro de la estructura de ingresos en la dirección local de salud.
Subsidio a la Oferta	Conformado por los recursos tendientes a atender la necesidades de la población que aun no esta afiliada directamente al régimen subsidiado en salud y que aparecen como vinculados.
Plan de Atención Básica	En este aspecto, lo constituyen los montos destinados hacia la financiación de los programas que la dirección local de salud ejecuta, encaminados a ofrecer a la población jornadas de capacitación, recreación esparcimiento, etc.
Aportes patronales Sin Situación de Fondos	En el están inmersos los recursos y beneficios que el gobierno debe aportar a los empleados directos de la institución por concepto de protección en seguridad social.
Promoción y prevención - Régimen Subsidiado	rubro conformado por los ingresos que debe captar la dirección local de salud , con el fin de invertirlos en programas de promoción y prevención sobre enfermedades, epidemias, alergias, etc.

• Fondo de Solidaridad y Garantías:

RUBRO	CONCEPTO
cuenta solidaridad régimen subsidiado	Esta sub. Cuenta se encarga de recibir los recursos que el fondo de solidaridad y garantías (FOSYGA) envía a cada uno de los entes territoriales por concepto de financiamiento de de los servicios en salud que reciben los afiliados única y exclusivamente pertenecientes al régimen subsidiado.

- **Arbitrios Rentísticos:**

RUBRO	CONCEPTO
ETESA	Los ingresos que llegan a esta sub. Cuentas son los provenientes de la empresa territorial para la salud los cuales provienen básicamente de los impuestos captados a partir de los juegos de azar, licores, y posteriormente se los invierte en la salud.

- **Recursos De Cofinanciación**

RUBRO	CONCEPTO
Municipales Departamentales Nacionales	los ingresos que se incluye en esta cuenta son los originados a partir de convenios que establece la dirección local de salud con la nación departamento y/o municipios, dichos convenios se celebran a partir de los proyectos que presente la entidad a los entes mencionados los que deben tener como propósito final mejorar en cualquier aspecto la calidad de vida y estado de salud de la población, además los convenios que se establecen pueden variar de un periodo a otro y no es de estricto cumplimiento la celebración de dichos convenios , en este caso depende de la capacidad de gestión de recursos que adelante la dirección local de salud

B. Ingresos por venta de servicios:

- **Venta de servicios en salud.**

ARS - REGIMEN SUBSIDIADO	Este es quizá el rubro más importante en lo que respecta a los ingresos captados como recursos propios de la dirección local de salud los cuales los percibe a partir de la prestación de servicios de salud a beneficiarios del régimen subsidiado y vinculados. La atención la realiza por medio de la institución prestadora de servicios IPS municipal y demás centros de salud pertenecientes a la dirección local, mas adelante se profundizara sobre como se el flujo de esos ingresos.
Particulares: Consulta externa Urgencias Citología Laboratorio Diagnostico RX	A este rubro pertenece los ingresos captados por concepto de la prestación de servicios de salud dirigidos a personas particulares que no pertenecen a ningún sistema de régimen (contributivo, subsidiado vinculados), o que simplemente posean alguno de ellos pero no lo utilicen para acceder al servicio recibido en los aspectos detallados.
Medicamentos Procedimientos Otros Ingresos	Constituido por los recursos recibidos a partir de la venta de medicamentos en las farmacias del la IPS municipal y demás centros de salud además de los procedimientos como partos, y la venta de insumos

▪ **Venta de otros bienes y servicios de salud.**

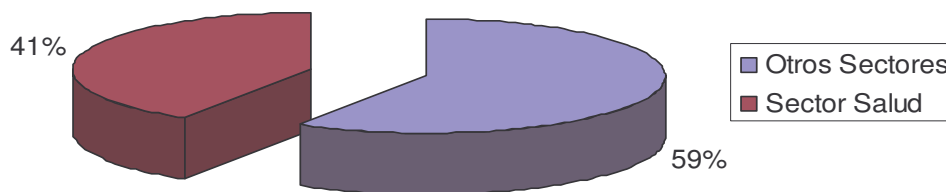
Toma de Muestras Sanidad Portuaria Inspección Sanidad Portuaria Análisis de Laboratorio - Muestras Sanidad Portuaria	es uno de los ingresos más importantes a nivel de ingresos propios captados por la entidad los cuales se generan a partir de la prestación de servicios de toma de muestras inspección y análisis de la laboratorio que se expiden a los bienes de consumo que entran al país por concepto de importaciones provenientes del territorio ecuatoriano la expedición de dichos certificados es inminente puesto que a nivel del INVIMA se los establece como requisitos para el ingreso de bienes de consumo aptos y en buen estado para el consumo
Concepto Sanitario Fumigaciones Multas y Otros Ingresos Saneamiento	Pertenece a este rubro los ingresos originados por concepto de expedición y inspección de establecimientos que manipulen y comercialicen alimentos de consumo, además por prestación de servicios de fumigaciones de plagas que ponen en riesgo la integridad de la población, también se perciben ingresos por concepto de las multas que se imponen cuando por alguna circunstancia los establecimientos no cumplen con los requisitos de aseo y salubridad.

C. Recursos de capital.

Recursos del crédito	Pertenece a este rubro los recursos provenientes del endeudamiento con entidades financieras a corto, largo y mediano plazo.
Recursos del Balance Recuperación cartera Superávit Fiscal	Dentro de este grupo de sub-cuentas están inmersos los ingresos producto de un eficiente manejo de las finanzas de la institución como puede ser la buena gestión de cuentas por cobrar a favor (cartera), además de una efectiva inversión y maximización de los recursos invertidos lo cual podrá generar excedentes.
De libre destinación y destinación específica	se incorpora en estas sub-cuentas los ingresos que la dirección local de salud por esfuerzo propio destina para inversiones específicas o de libre destinación.

5.1.2. Evaluación financiera ingresos. Dentro del municipio de Ipiales al inicio se plantearon dentro del plan de desarrollo 2004-2007 en el plan plurianual de inversiones la suma de 36.871.910.000 de pesos cifra que para ese entonces representaba el 34.7% del total presupuestado en el plan de desarrollo, sin embargo la cifra del sector se fue incrementando paulatinamente dado por las transferencias provenientes del gobierno central y del fondo de solidaridad y garantías resultando al finalizar el año 2007 una participación del 41% del total del plan plurianual de inversiones (58.465.567.203 de pesos), cabe destacar que la tendencia de aumento de ingresos destinados a la salud se dio a nivel general en municipios y departamentos del país el anterior hecho se ve respaldado por las políticas planteadas por el actual presidente de la república conjuntamente con el ministerio de la protección social que contenían mejoramientos en el sector salud sobretodo en la cobertura de la población pobre por medio de subsidios.

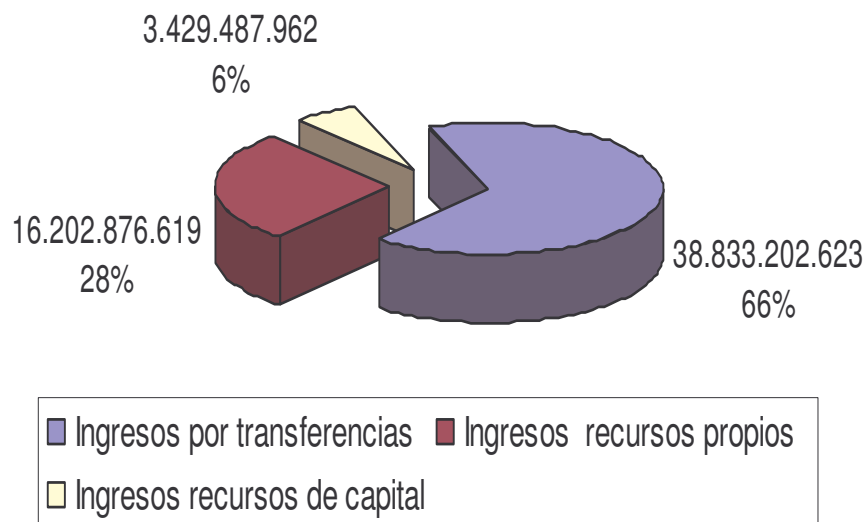
Grafico 3. Participación del Sector Salud como porcentaje del plan plurianual de inversiones municipio de Ipiales vigencia 2004-2007



Fuente Subdirección Administrativa y Financiera Dirección local de salud Ipiales.

• **Fuentes de ingresos en salud del municipio de Ipiales en la vigencia 2004-2007.** las fuentes de ingresos en salud en el municipio de Ipiales al igual que en la mayoría de los entes territoriales se las capta por concepto de trasferencias del gobierno central sobretodo en los recursos enviados para cubrir la demanda de servicios del régimen subsidiado, junto con los destinados del Fosyga para cofinanciar estos gastos además de los destinados a cubrir la atención de la población vinculada, en efecto el volumen total de trasferencias durante los cuatro años ascendió a 38 mil millones de pesos.

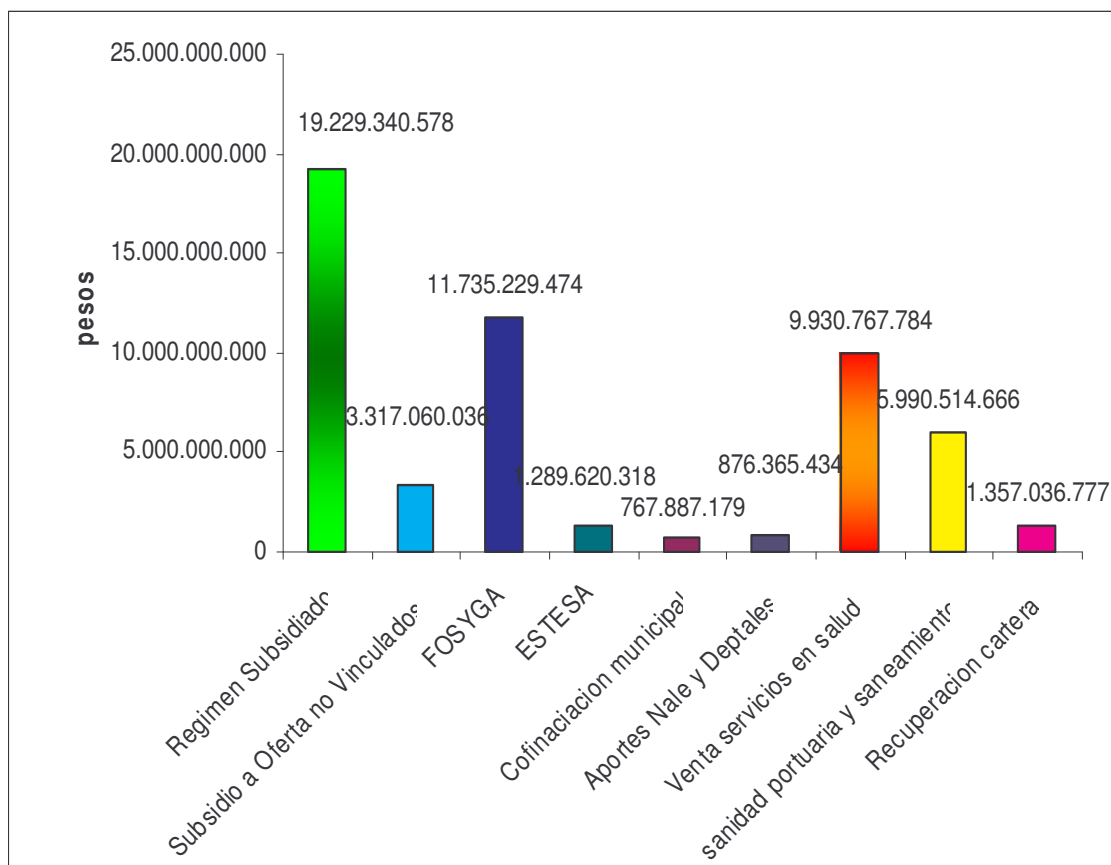
Grafico 4. Fuentes de ingresos en Salud en el Municipio De Ipiales Vigencia 2004-2007.



Fuente: Subdirección de Presupuesto y Contabilidad. Dirección local de salud. Ipiales. Diciembre 2007.

De igual manera se puede apreciar que también existen ingresos por concepto del esfuerzo propio que realiza el municipio además de los convenios de cofinanciación municipales; los aportes de estos rubros constituyen el 28% del total cifra inferior lo cual esta dado por el esfuerzo que realizo el municipio por lograr financiar principalmente la atención a los vinculados; Se puede afirmar que esta cifra es relativamente satisfactoria teniendo en cuenta que el municipio es pequeño y que por lo tanto el volumen total de estos ingresos no podrá sobrepasar los rubros provenientes del Fosyga y trasferencias.

Grafico 5. Rubros más Representativos Dentro De la Ejecución De Ingresos En Salud Del Municipio De Ipiales Vigencia 2004-2007.

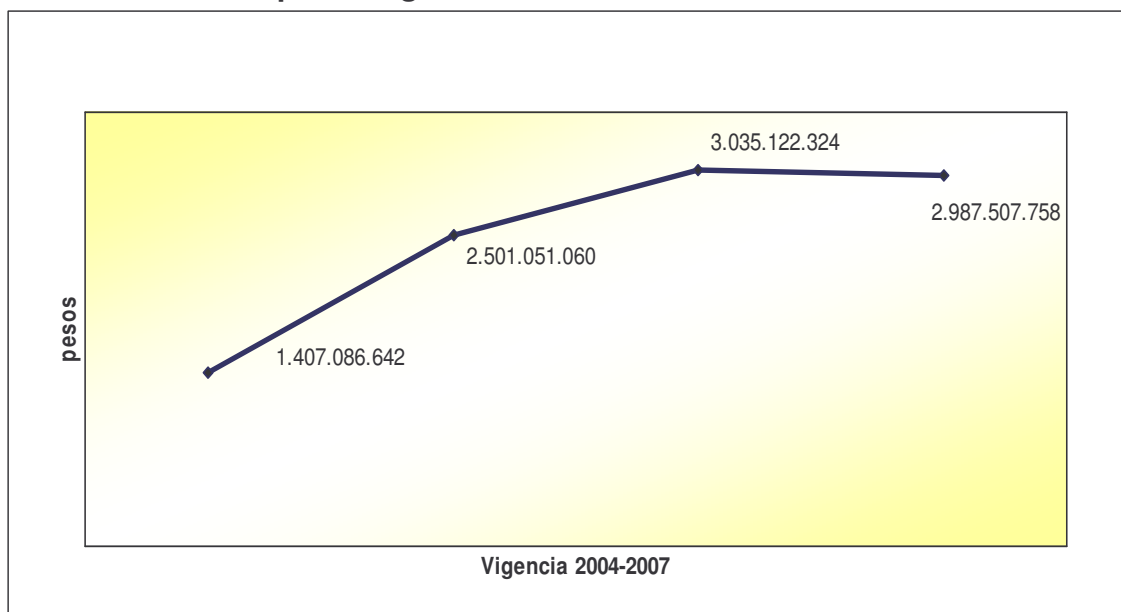


Fuente: Subdirección de Presupuesto y Contabilidad. Dirección local de salud .Ipiales. Diciembre 2007.

Ingresos por prestación de servicios en salud. Represento el mayor rubro de ingresos propios en la dirección local de salud cercano a los 10 mil millones de pesos en el periodo 2004-2007. estos recursos fueron captados por el cumplimiento de los contratos que sostienen las administradoras del régimen subsidiado con la dirección local para la prestación de servicios de salud a los afiliados por medio de la institución prestadora de servicios de salud IPS y sus centro de salud conexos, sin embargo se observo una pequeña disminución para el año 2007 lo anterior soportado en que antes las administradoras del régimen subsidiado pactaban con la subdirección IPS municipal contratos para que los afiliados a Mallamas Caprecóm y Emsanar fueran atendidos en la IPS municipal, sin embargo Mallamas que es segunda empresa con numero de afiliados al régimen subsidiado en la ciudad de Ipiales estableció un contrato con la IPS AZICI y la IPS Guátara instituciones prestadoras de servicios

pertencientes al resguardo indígena de Ipiales del municipio donde entre las partes se firmo un contrato para la atención principalmente de la población indígena en las dos instituciones lo cual hizo que se disminuyera la demanda de servicios en la IPS municipal adscrita a la dirección local de salud, adicionalmente EMSANAR brinda servicio por medio de su IPS aunque la capacidad de atención constituye el tan solo el 5%% del total de sus afiliados a esta empresa en el municipio por lo tanto se puede esperar que así como mallamas traslado el 30 % de sus afiliados a otras IPS, lo mismo puede pasar con CAPRECONM, no obstante se debe tener presente que la ley 1122 de 2007 establece unas limitaciones para la contratación de servicios de salud por parte de las ARS donde establece que estas administradoras del régimen subsidiado deben contratar como mínimo el 60 % de sus afiliados con empresas sociales del estado ESE.S; mas adelante se apreciara los cambios que se presentaron con respecto a la descentralización de la institución prestadora de servicios IPS municipal la cual se formara como ESE y percibirá a partir del año 2008 recursos propios para su auto sostenibilidad.

Grafico 6. Ingresos por Prestación de Servicios en Salud de la dirección local de salud de Ipiales vigencia 2004-2007.

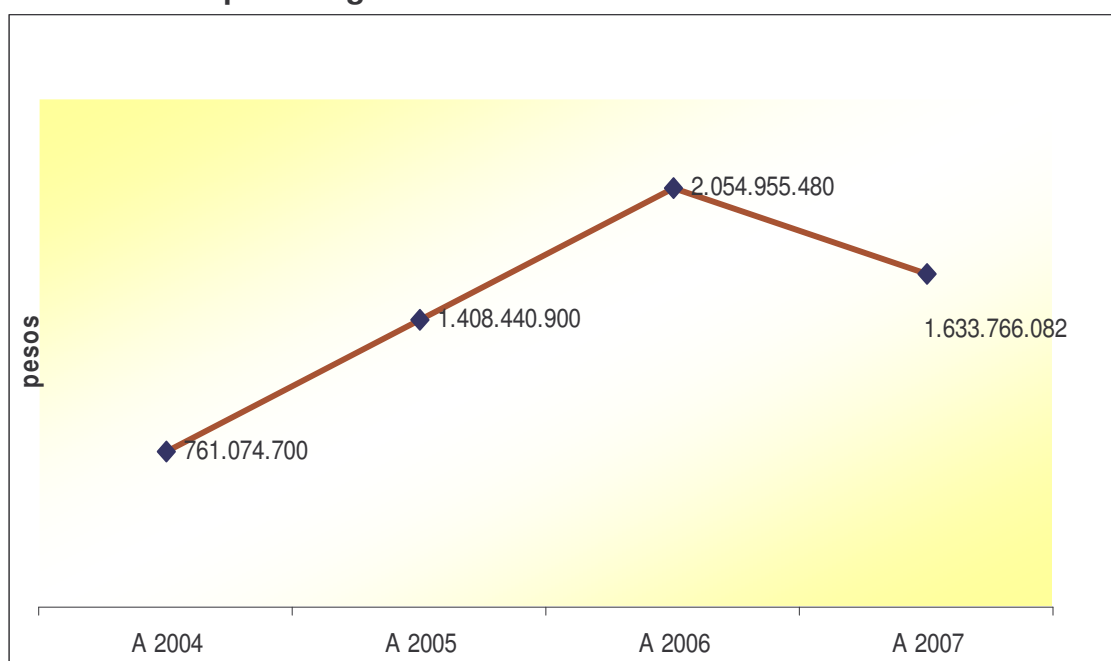


Fuente: Subdirección Administrativa y Financiera. Dirección local de salud. Ipiales. Diciembre 2007.

Ingresos sanidad portuaria. Es uno de los principales rubros originados por esfuerzo propio, represento durante el periodo 2004-2007 el 36 % de los ingresos por venta de servicios, sin embargo para el año 2007 se observa una disminución

en la tendencia de participación, dicho fenómeno esta explicado por la autorización que el INVIMA a nivel nacional dio sobre las dependencias en salud ubicadas en las fronteras terrestres del país donde a partir del mes de septiembre del 2007 ya no estarían en la facultad de prestar servicios de toma de muestras e inspección sanitaria que se constituyen requisitos necesarios para la entrada de bienes alimenticios importados. En reemplazo el INVIMA entro a encargarse directamente de esta función, en consecuencia la dirección local de salud dejo de recibir mensualmente alrededor 210 millones de pesos lo que repercutió de manera directa sobre los ingresos por esfuerzo propio, a pesar de ello la dirección local aun continua recibiendo ingresos por este concepto ya que el laboratorio de bromatología que se utiliza para la toma de muestras pertenece a la entidad captando así tan solo el 5% del total de los ingresos que recibe el INVIMA.

Grafico 7. Comportamiento De Los Ingresos Sanidad Portuaria Dirección local de salud Ipiales vigencia 2004-2007.



Fuente: Subdirección de Presupuesto y Contabilidad. Dirección local de salud .Ipiales. Diciembre 2007.

5.1.3. Evaluación financiera de gastos.

Los gastos son las partidas de los ingresos que en la dirección local de salud se necesita para establecer un buen funcionamiento como además prestar un

servicio oportuno a las necesidades que la población de municipio presenta, cabe destacar algo muy importante lo cual radica en que cada una de las sub. cuentas de ingreso que se establece en el presupuesto tiene una destinación específica exclusiva y sobretodo lo pertinente a los gastos de inversión, por lo tanto algunas de las cuentas que se mencionara posteriormente serán imposible de aplicarles traslados de fondos, no obstante otras si podrán ser objeto del procedimiento, sin embargo deberá estar respaldadas por resoluciones las cuales especifique el traslado de fondos donde el incumplimiento de estos procedimientos causara requerimientos por parte de los organismos de control.

- **Gastos de funcionamiento.**

Gastos de personal. dentro de este rubro se establecen todos los pagos que la dirección local de salud debe comprometer por concepto de pago de sueldos primas, aportes pensionales, indemnizaciones, honorarios y remuneraciones al los empleados que laboran dentro de la institución en las diferentes funciones cabe destacar que los empleados de nómina y de carrera administrativa o de planta son los únicos que pueden ser beneficiados de las prima de navidad, vacaciones, antigüedad y de servicio, como también su cubrimiento en seguridad social el que corre en un porcentaje por cuenta de los aportes patronales de la institución y otro porcentaje se les descuenta de los sueldos de cada uno; también existen trabajadores por contrato, es decir son funcionarios que son contratados por medio de las cooperativas de trabajo asociado donde el pago se lo realiza directamente al representante legal de la misma, los funcionarios contratados por cooperativas que laboran en la dirección local de salud están clasificados en las diferentes ocupaciones desde técnicos hasta especialistas en salud técnicos, servicios varios etc. Adicionalmente se establecen los porcentajes de aportes que la dirección local de salud junto con el total de empleados deben generar por concepto de aportes parafiscales entre los que se encuentran los aportes girados a la caja de compensación familiar, el sistema nacional de aprendizaje, la escuela superior de administración pública y el instituto colombiano de bienestar familiar.

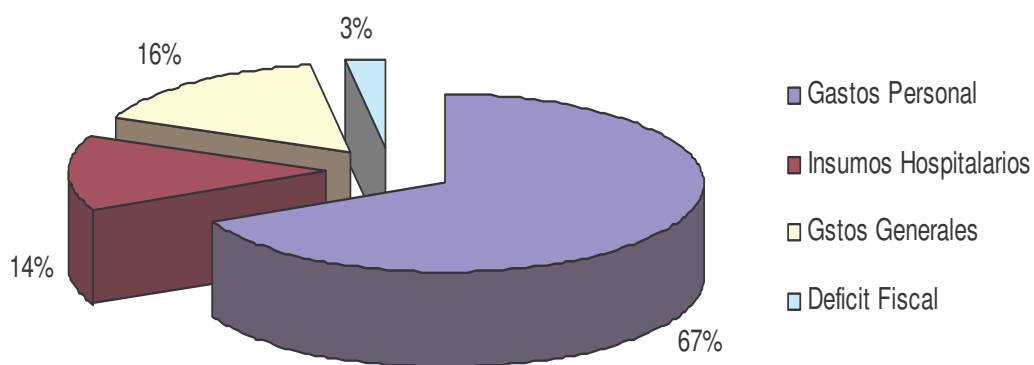
En este aspecto, se puede analizar el impacto tan grande que tiene los gastos de personal dado que entre los funcionarios de nomina, de carrera administrativa y los pertenecientes a contrato por cooperativas de trabajo asociado sumaron un numero total de 319 personas distribuidos con mayor proporción los que prestan servicios asistenciales en salud frente a los funcionarios del área administrativa.

Los gastos en pago de personal constituyeron el 32 % de los gastos totales y 67% de los gastos de funcionamiento donde se puede afirmar que existe una

sobre demanda de la cantidad de empleos en la institución ya que si nos basamos en que Los ingresos por venta de servicios y recursos del balance son los únicos según disposiciones de la institución que deben ser destinados a financiar los gastos de funcionamiento y la inversión en infraestructura, entonces estamos hablando de una inconsistencia ya que durante el periodo de los cuatro años el valor de los ingresos por servicios, mas los recursos de balance constituyo un valor de 16.202.876.619 de pesos muy inferior a los gastos dados en funcionamiento y fortalecimiento institucional que fueron de 18.899.817.714 generándose así un déficit en la destinación específica lo que podría dar indicios de que hubo un traslado de recursos indebido y que además la institución no logra un grado de autosuficiencia frente a los gastos de funcionamiento, peor aun en inversión de infraestructura.

Lo anterior también se lo puede soportar en el hecho de que los gastos de personal representan más del doble de los gastos generales e insumos hospitalarios juntos.

Grafico 8. Gastos de Funcionamiento en la Dirección Local de Salud de Ipiales vigencia 2004-2007.

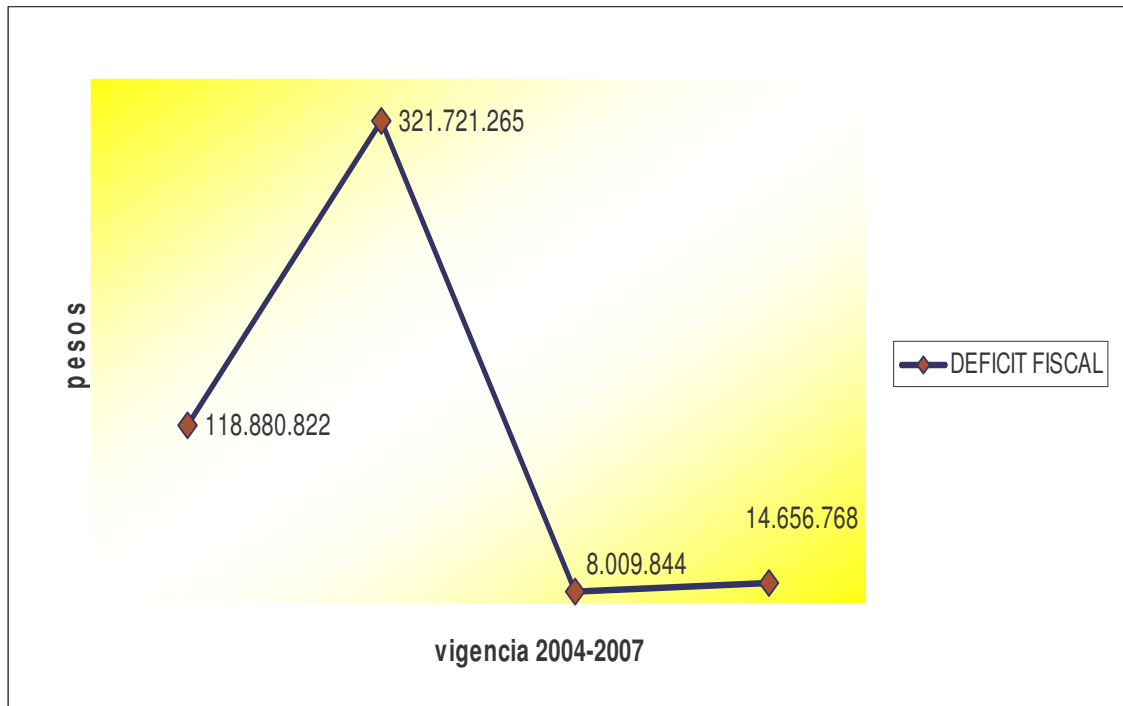


Fuente: Subdirección de Presupuesto y Contabilidad. Dirección local de salud. Ipiales. Diciembre 2007.

Gastos generales e insumos hospitalarios. Están constituidos por las partidas que la dirección local de salud necesita para el buen funcionamiento y la oportuna atención a los usuarios y población general en donde se clasifica la compra de insumos y suministros hospitalarios, la compra de papelería y adquisición de bienes y servicios

Déficit fiscal. Constituido por la deudas y pasivos a las que la institución se ve comprometida. En este sentido se pudo encontrar que la dirección local de salud obtuvo al finalizar el año 2007 un déficit de 14 millones dado por algunas cuentas por pagar con contratistas proveedores de bienes y servicios de funcionamiento, si lo comparamos con las vigencias anteriores el déficit actual es cauteloso puesto que en el 2005 llegó a los 321 millones de pesos, lo cual estuvo dado por la descentralización a comienzos del 2004 de la IPS y demás centros de salud anexos a ella, dicho proceso a pesar de que duro los primeros 6 meses del año 2004, no dio los resultados de autosuficiencia de la institución prestadora de servicios que se convirtió en empresa social del estado puesto que no pudo enfrentar la cantidad de gastos a la cual se vio sometida, principalmente por los gastos de personal e insumos hospitalarios y entro en déficit, en consecuencia se recurrió a centralizarla nuevamente en el mes de julio del 2005 y cubrir el déficit a través de la dirección local de salud hasta lograr a largo plazo proyectar estrategias encaminadas a la autosuficiencia para lograr en el año 2007 un nuevo proceso obligatorio de descentralización de dicha subdirección.

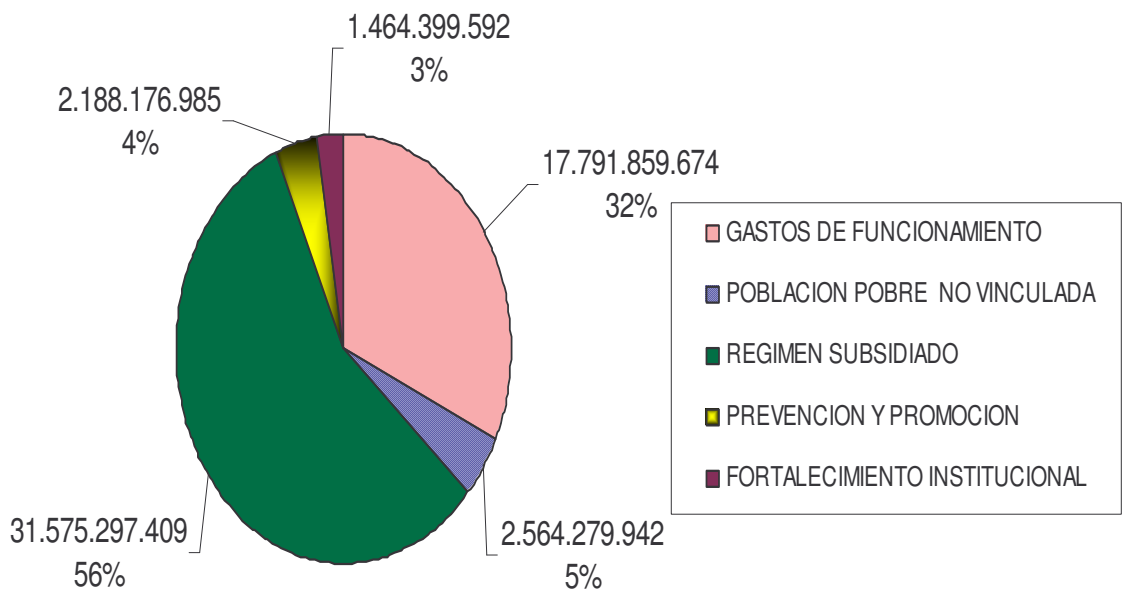
Grafico 9. Déficit Fiscal Dirección Local De Salud Ipiales vigencia 2004-2007.



Fuente: Subdirección de Presupuesto y Contabilidad. Dirección local de salud. Ipiales. Diciembre 2007.

Gastos de inversión. Este rubro está constituido por la inversión que debe realizar la dirección local de salud con respecto al financiamiento de los beneficiarios del régimen subsidiado, vinculados en lo cubierto con subsidios a la oferta, los programas de salud pública que debe adelantar en el municipio, además del fortalecimiento institucional que puede estar dado en mejoramiento de la capacidad instalada en recursos humanos y planta como el mantenimiento y creación de nuevos centros de salud u hospitales.

Grafico 10. Total de Gastos en la Dirección local de salud del Municipio de Ipiales vigencia 2004-2007.



Fuente: Subdirección de Presupuesto y Contabilidad. Dirección local de salud. Ipiales. Diciembre 2007.

A partir de este análisis ya se puede empezar a analizar de una manera más objetiva el comportamiento de la inversión en los servicios en salud donde se podrán observar algunas inconsistencias en el direccionamiento de los ingresos percibidos

En el caso de los gastos régimen subsidiado se puede observar que la participación del 56% del total de los gastos es justificable puesto que la cobertura e incremento de afiliados aumento de una manera considerable y que por lo tanto es necesario el incremento en la inversión como se lo detallara en el capítulo numero 3. sin embrago se puede denotar que el volumen de gastos de

funcionamiento son demasiado altos esto dado por los gastos de personal lo cual genera una distribución in equitativa puesto que si lo comparamos con el total de la inversión destinada a atender las necesidades en salud de la población vinculada, esta represento en los cuatro años tan solo el 5% de los gastos totales en salud que el municipio de Ipiales recibió a través de transferencias y del Fosyga, cifra preocupante teniendo en cuenta que el numero de esta población haciende a 29.632 personas que equivale al 26 % de la población total en el municipio lo cual hizo que el ente territorial haga esfuerzos grandes por percibir recursos propios con el fin de cofinanciar la atención de dicha población.

5.2. ESTADO DE CONTRATACIÓN DE LAS ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO CON LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE IPIALES AÑO 2007

Dentro del municipio existen cuatro administradoras del régimen subsidiado que actúan como contratistas con la dirección local de salud para el manejo de recursos que envía el gobierno por medio de transferencias, dichas empresas reciben los recursos según el numero de beneficiarios que manejen para la el acceso a la prestación de servicio, el monto per. Cápita se lo establece según la UPC (unidad de pago por capitación subsidiada), además se tiene en cuenta que el contrato tiene un periodo de servicio limitado que se lo puede renovar periódicamente, generalmente la dirección local de salud establece contratos con las ARS por un tiempo de 3 meses, y los renueva a la fecha de su vencimiento.

Para calcular el valor del contrato con las ARS se multiplica el número de personas inmersas en el contrato por el valor de la variable UPC que se estableció para el año 2007 según el ministerio de la protección social por el valor de 56.894 por trimestre.

Ejemplo. Contrato numero 200700102 firmado con la empresa EMSANAR en el año 2007.

Valor del contrato = UPC X numero de personas inmersas en el contrato
(14.793)

Valor del contrato entre los meses de octubre a diciembre del 2007=
\$841.638.859.

Este subsidio desde el punto de vista de la efectividad con que recibe cada beneficiario es polémico puesto que por ejemplo en el lapso de tres meses una

persona nunca requirió de atención medica, es mas podríamos hablar de un año, en contraste con eso existe otra persona que requirió de atención medica más de unas tres veces en el trimestre en contraste el valor de la atención sobrepasa el valor de la UPC o existirá otra persona que requirió de una intervención quirúrgica pero muy costosa que podrá haber cuadruplicado o más, la UPC que corresponde.

Los contratos tienen finalidades dirigidas hacia los beneficiarios según lo establecido en el plan obligatorio de salud POS por concepto de:

- ◆ Recuperación.
- ◆ Urgencias.
- ◆ Medicamentos.
- ◆ Promoción y prevención (P y P).
- ◆ Procedimientos (parto e intervenciones quirúrgicas).

Tabla 5. Empresas contratistas con la dirección local de salud para la prestación del servicio de régimen subsidiado.

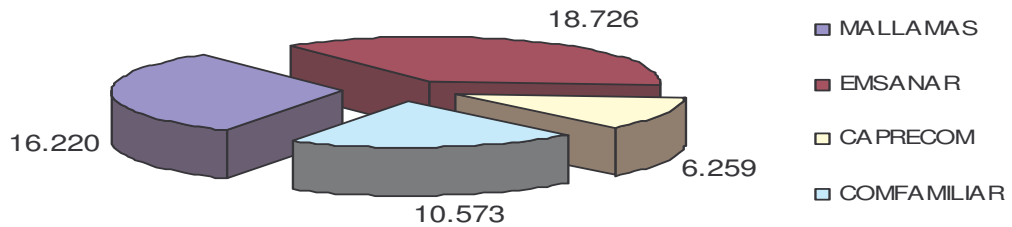
MALLAMAS
EMSANAR
CAPRECOM
COMFAMILIAR

Fuente: Esta investigación. Ipiales. Diciembre 2007.

Los recursos para la celebración de los contratos celebrados entre la dirección local de salud y las administradoras del régimen subsidiado provienen por medio de cinco fuentes específicas:

- Fondo de solidada y garantías (FOSYGA).
- Sistema general de participaciones (SGP).
- Recursos propios de la dependencia (DLS).
- Recursos de esfuerzo propio del municipio.
- Recursos logrados a partir de convenios.

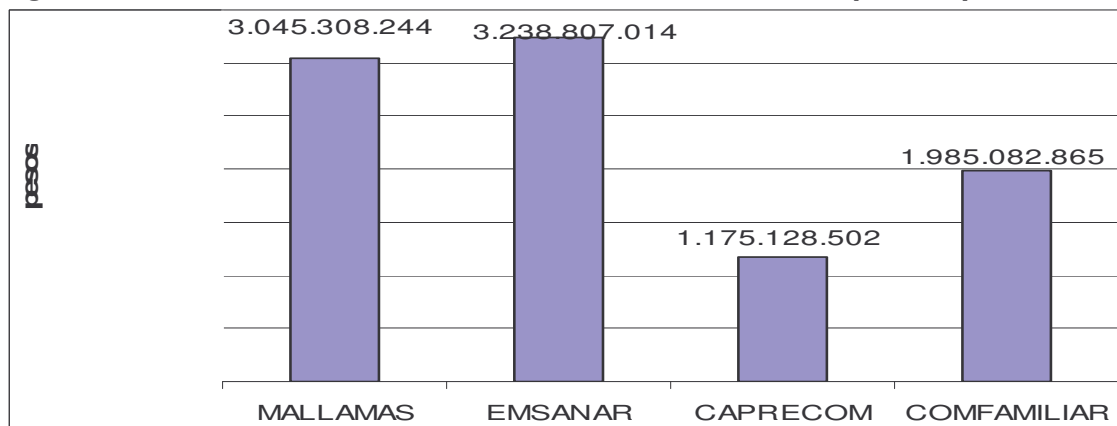
Grafico 11. Numero de afiliados al régimen subsidiado clasificados según administradora año 2007.



Fuente: Subdirección de Aseguramiento. Dirección local de salud. Ipiales. Diciembre 2007.

El estado de contratación pactado para el trimestre comprendido entre los meses de octubre a diciembre de año 2007, se estableció por un valor de 2.808.421.372 pesos en donde se estableció un nuevo contrato para el primer trimestre del año 2008 por el mismo valor, mas los nuevos incrementos de la UPC puesto que el numero de afiliados al régimen subsidiado permanecerá constante hasta tanto no se plantee un nuevo proyecto de ampliación de cobertura según las nuevas políticas del nuevo plan de desarrollo 2008-2012.

Grafico 12. Valor de los Contratos Realizados con las administradoras del régimen subsidiado en salud, Durante el año 2007. Municipio de Ipiales.



Fuente: Subdirección de Aseguramiento. Dirección local de salud. Ipiales. Diciembre 2007.

5.2.1. Situación financiera con las administradoras del régimen subsidiado año 2007. La dirección local de salud maneja con las ARS un cruce de cuentas donde al finalizar un periodo trimestral realiza la conciliación de las cuentas. Las cuentas por pagar de la dirección local de salud se dan por los recursos nacionales que aun no a girado a las administradoras del régimen subsidiado las cuales brindan el acceso en servicios de salud a sus afiliados.

Tabla 6. Cuentas por cobrar a las administradoras del régimen subsidiado en salud por concepto de prestación de servicios de la IPS a corte 31 de diciembre del 2008.

MALLAMAS	176.825.325
EMSANAR	320.611.927
CAPRECOM	45.705.746
COMFAMILIAR	166.969.138
TOTAL	710.112.136

Fuente: Subdirección de Presupuesto y Contabilidad. Dirección local de salud. Iphiales. Diciembre 2007.

Las cuentas por cobrar de la dirección local se originan por la prestación de servicios en salud que brindo a los afiliados de cualquiera de las administradoras del régimen subsidiado con la cuales mantuvo contrato, la prestación de servicio la realiza a través de la IPS municipal y demás centros de salud de su pertenencia.

Tabla 7. Estado de cuentas por pagar a las administradoras del régimen subsidiado a corte 31 de diciembre del 2008.

MALLAMAS	234.477.677
EMSANAR	280.546.287
CAPRECOM	84.526.115
COMFAMILIAR	135.863.831
TOTAL	735.413.910

Fuente: Subdirección Administrativa y financiera. Dirección local de salud. Iphiales. Diciembre 2007.

la deuda contraída al finalizar el año 2007 en el cruce de cuentas es a favor de las ARS y representado en 25 millones de pesos cifra casi insignificante comparada con el volumen financiero de contratos pactados en los cuatro años (2004-2007) que ascendió a los 32 mil millones de pesos así se puede afirmar con seguridad que existe un eficiente manejo control y auditoria de los contratos pactados con las administradoras del régimen subsidiado meta que fue planteada

dentro del plan de desarrollo comienzos del 2004 y que fue cumplida con éxito en casi un 100% puesto que se esperaba ejercer el cumplimiento de las responsabilidades tan grandes de la dirección local de salud con las ARS con el fin de que estas puedan reasignar los subsidios de forma inmediata a la población que requiera la atención.

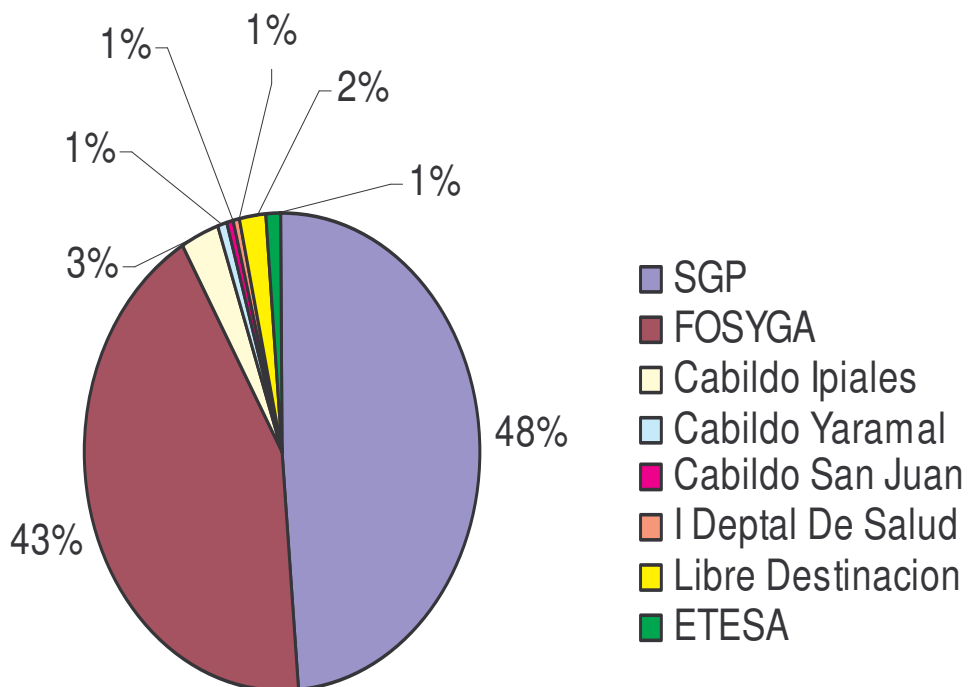
De parte de las administradoras del régimen subsidiado y sus afiliados se puede observar con los anteriores resultados que existe una demanda de los servicios de salud en los centros pertenecientes a la dirección local (710 millones) muy parecida a la cuentas por pagar de esta a las ARS (735.413.910), a pesar de la gran competencia que ejercen las nuevas IPS creadas por las administradoras del régimen subsidiado y particulares.

5.2.2. Fuentes de financiamiento del régimen subsidiado en salud del municipio de ipiales. El objetivo primordial de la dirección local de salud es gestionar recursos a nivel nacional departamental y por convenios, indispensables para la ampliación y mantenimiento del régimen subsidiado en salud lo cual se lo realiza por medio del suministro de carnets a beneficiarios los cuales se los afilia a una administradora del régimen subsidiado en salud contratada por la dirección local para que esta una vez administré los recursos trate al máximo de atender a la población afiliada que necesite la atención en servicios de salud.

Para el año 2007 la inversión en el régimen subsidiado para atender las necesidades de los afiliados en las diferentes administradoras del régimen subsidiado en salud correspondió a 9.444.831.971 donde la mayor participación en tema de financiamiento lo constituyen los aportes provenientes del sistema general reparticipaciones y del fondo de solidaridad y garantías respectivamente logrando constituir entre los dos un 91 % del financiamiento total.

Con un aporte minoritario de recursos se encuentran los recursos originados a partir de recursos propios de la institución además de los recursos que se logran obtener a partir de los convenios de cofinanciación en este caso entre los cabildos del municipio, Y el Instituto Departamental De Salud logrando sumar esta minoría un 9 % del financiamiento total.

Grafico 13. Fuentes De Financiamiento del Régimen Subsidiado en Ipiales Año 2007.



Fuente: Subdirección de Aseguramiento. Dirección local de salud. Ipiales. Diciembre 2007

5.3. COBERTURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE IPIALES AÑO 2007

El municipio de Ipiales dentro de las políticas que se ha propuesto para aumentar la cobertura en el régimen subsidiado, ha estado como meta trasladar al grupo de vinculados al régimen. A continuación se realiza una descripción del comportamiento resultado de las políticas sociales realizadas por el gobierno nacional departamental y municipal en pro de aumentar la cobertura.

Cuadro 3. Clasificación de la población afiliada al sistema general de seguridad social en salud en el municipio de Ipiales año 2007.

	PROYECCIONES CENSO 1993			CENSO 2005	PROYECCIONES CENSO 2005	
	2.003	2.004	2.005		2.006	2.007
TIPO DE REGIMEN						
REGIMEN CONTRIBUTIVO	26.137	27.227	27.227	27.227	27.980	27.980
OTROS REGIMENES ESPECIALES	2.811	2.880	2.880	2.880	2.880	2.880
REGIMEN SUBSIDIADO	32.890	37.441	41.982	42.528	42.935	51.337
% COBERTURA REGIMEN SUBSIDIADO	35	39	43	39	38	45
EVASORES	1.405	1.405	1.405	1.405	1.405	1.405
POBRES NO ASEGURADOS (vinculados)						
	31.610	27.037	23.599	23.599	36.330	29.632
TOTAL POBLACIÓN	94.888	96.029	97.136	109.865	111.568	113.279

Fuente: Subdirección de Aseguramiento. Dirección local de salud. Ipiales. Octubre 2007.

Analizando el planteamiento de las metas pactadas al iniciar la vigencia administrativa 2004-2007 se puede observar que el cumplimiento logrado ha alcanzado un incremento del 56 % en la ampliación del régimen subsidiado sobredimensionando de manera considerable la meta pactada que tan solo era del 6%. En consecuencia el número de personas vinculadas disminuyó. Cabe resaltar que este incremento se lo logró en gran parte por dictámenes de nivel nacional planteados por el ministerio de la protección social que proyecta la meta ambiciosa de cubrir para finales del 2009 una cobertura total del régimen subsidiado en el país en donde a través del aumento de las transferencias en salud a los entes territoriales, se los obliga a expandir la cobertura del régimen subsidiado para lo cual, se generó una reacción inmediata por parte del municipio de Ipiales que había tenido en comienzo una meta para los cuatro años de tan solo 1846 nuevos cupos.

Cuadro 4. Indicadores de incremento régimen subsidiado en salud municipio de Ipiales año 2007.

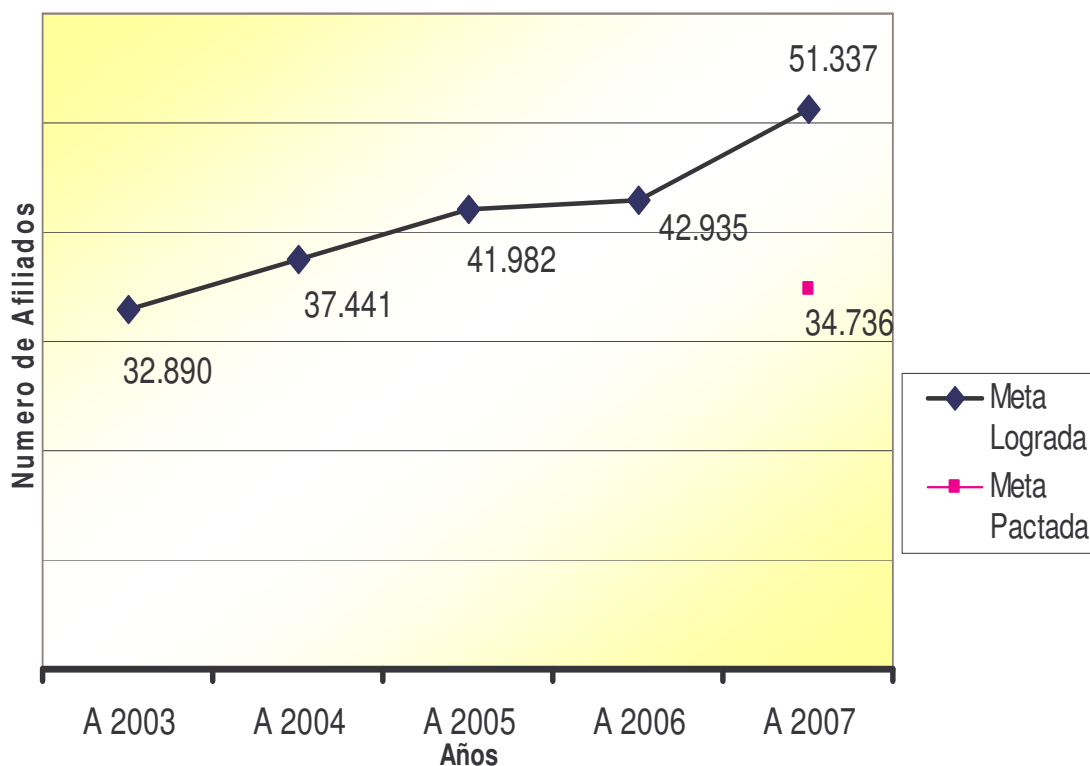
	Cupos al iniciar la vigencia	Meta pactada	Nuevos cupos logrados	Cupos actuales
	32.890	1.846	18.447	51.337
%INCREMENTO	0%	6. %	56.%	100.%

Fuente: Esta investigación. Ipiales. Noviembre 2007.

Sin embargo hay que tener presente un aspecto muy importante el cual esta dado en las proyecciones de población total que se venían manejando con base al censo del 1993 pues se preveía hasta el año 2005 una población total de 97.136 habitantes, posteriormente los resultados que arrojo el censo del 2005 mostraron datos muy alejados de la proyección, en consecuencia la población fue de 109.865 con una diferencia de 12.772 habitantes más de lo presupuestado los cuales también se lo debe anexar a la población vinculada que potencialmente puede acceder al régimen subsidiado a futuro

El anterior acontecimiento hizo que hablando en términos porcentuales la evolución de la población vinculada se disminuyera en tan solo el 6 % entre el 2003- y 2007 pues a pesar del buen desempeño porcentual que se venia manejando hasta el año 2005 en el aspecto de cobertura el censo actual hizo cambiar los resultados de una manera rotunda por el incremento de 12.729 personas mas. No obstante en términos de afiliación se lograron 18.447 nuevos cupos.

Grafico 14. Incremento de Personas Afiliadas al Régimen Subsidiado en el Municipio de Ipiales Vigencia 2004-2007.



Fuente: Subdirección de Aseguramiento. Dirección local de salud. Ipiales. Octubre 2007.

5.3.1. Distribución de subsidios en salud municipio de ipiales. En este aspecto se deben tener en cuenta primeramente los mecanismos y dependencias que emplea la dirección local de salud para la clasificación e identificación de los beneficiarios de subsidios en salud como a continuación se especifica:

Funciones de la subdirección de Aseguramiento. La subdirección de Aseguramiento es una de las principales divisiones de la dirección local de salud, esta es la encargada de ampliar y mantener la cobertura de afiliados al régimen subsidiado en salud y ejercer control sobre las administradoras de régimen con las cuales mantiene contratos para la prestación del servicio en salud, entre las funciones específicas podemos nombrar las siguientes.

Identificación de beneficiarios.. Este procedimiento se la realiza por medio de la participación de la dirección local de salud con el Sisben, este ultimo se encarga de realizar la recolección de información por medio de una encuesta que se realiza a las personas que soliciten ser beneficiarias de los subsidios en salud, donde se indaga sobre la situación socioeconómica de cada familia y de sus integrantes; a partir de ello el Sisben comienza el proceso de evaluación de cada uno de los posibles beneficiarios con el fin de incluirlos al sistema general de seguridad social en salud, donde luego de ser aceptados como potenciales beneficiarios se los clasifica como población vinculada.

- **Resultados obtenidos en la entrega de subsidios en salud.** En el aspecto de la distribución de subsidios en salud entre la población urbana y la población indígena se puede observar una equitativa proporción teniendo en cuenta que “aproximadamente el 91% de la población total indígena en Ipiales esta en la línea de pobreza”²⁶ y que por lo tanto el gobierno municipal debe mantener un mayor cuidado a este grupo de personas, además respaldado en el echo de que existen leyes indígenas que tratan al máximo de brindar mayor bienestar y protección a esta población teniendo en cuenta la vulnerabilidad que presentan; sin embargo en los últimos años se han dado fenómenos que afectan la equidad en la distribución de carnets de salud indígenas puesto que se ha presentado que muchas personas del área urbana que no pertenecen al los resguardos indígenas se han hecho censar de forma indebida con el fin de acceder a los beneficios en salud y demás privilegios que la población indígena posee.

Tabla 8: Cabildos Pertenecientes al Municipio de Ipiales.

Cabildo Ipiales
Cabildo Yaramál
Cabildo San Juan

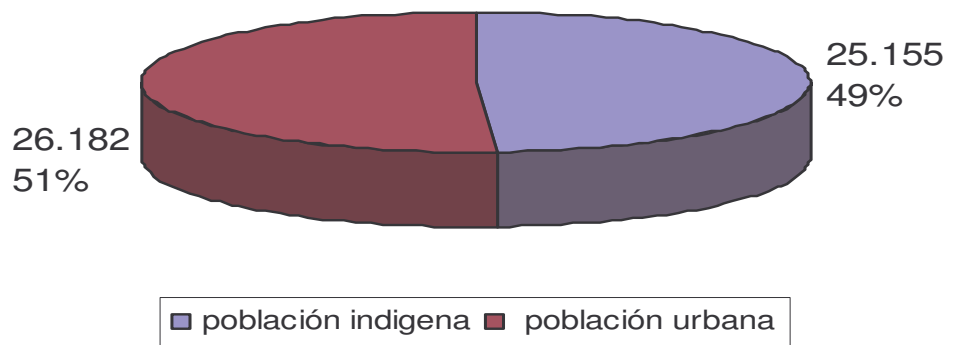
Fuente: Esta investigación. Ipiales. Septiembre 2007.

Dentro del área urbana donde se encuentra la población afiliada al régimen subsidiado en salud que sea diferente de indígena se puede observar una considerable redistribución en el nivel 1 que representa mayor grado de índice de necesidades básicas y vulnerabilidad en este caso se observa una eficiente equidad en la distribución del subsidio puesto que a medida que el nivel es bajo el numero de afiliados aumenta, sin embargo, existe un pequeño numero afiliados pertenecientes a los estratos 3 y 4 que no merecen gozar de este privilegio, en este aspecto la subdirección de aseguramiento de la Dirección Local de Salud

²⁶ SISBEN. Municipio de Ipiales. Informe 2007.

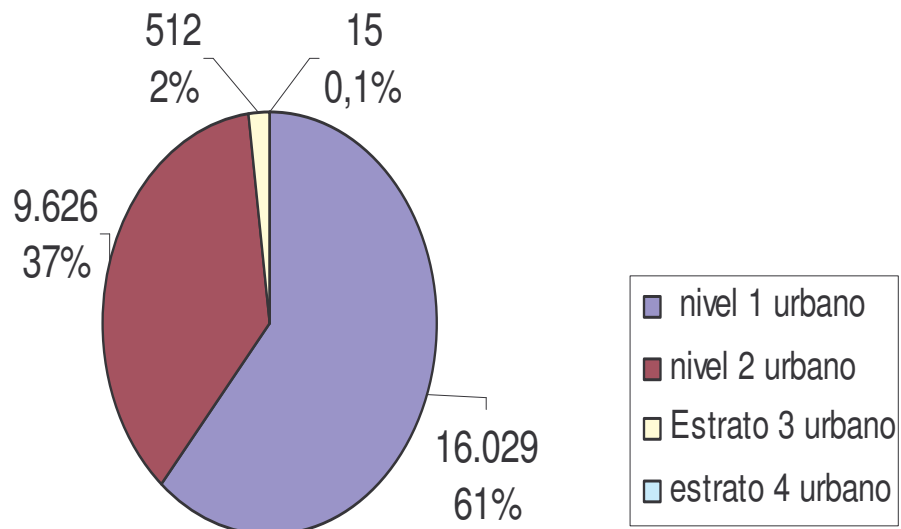
manifestó que se esta adelantando la depuración respectiva para reasignar estos subsidios a personas que verdaderamente lo merezcan

Grafico 15. Distribución total de población afiliada al régimen subsidiado en salud del municipio de Ipiales año 2007.



Fuente: Dirección Local de Salud Ipiales. Diciembre 2007.

Grafico 16. Población Urbana Afiliada al Régimen Subsidiado en Salud según Estrato Social del Municipio de Ipiales Año 2007.

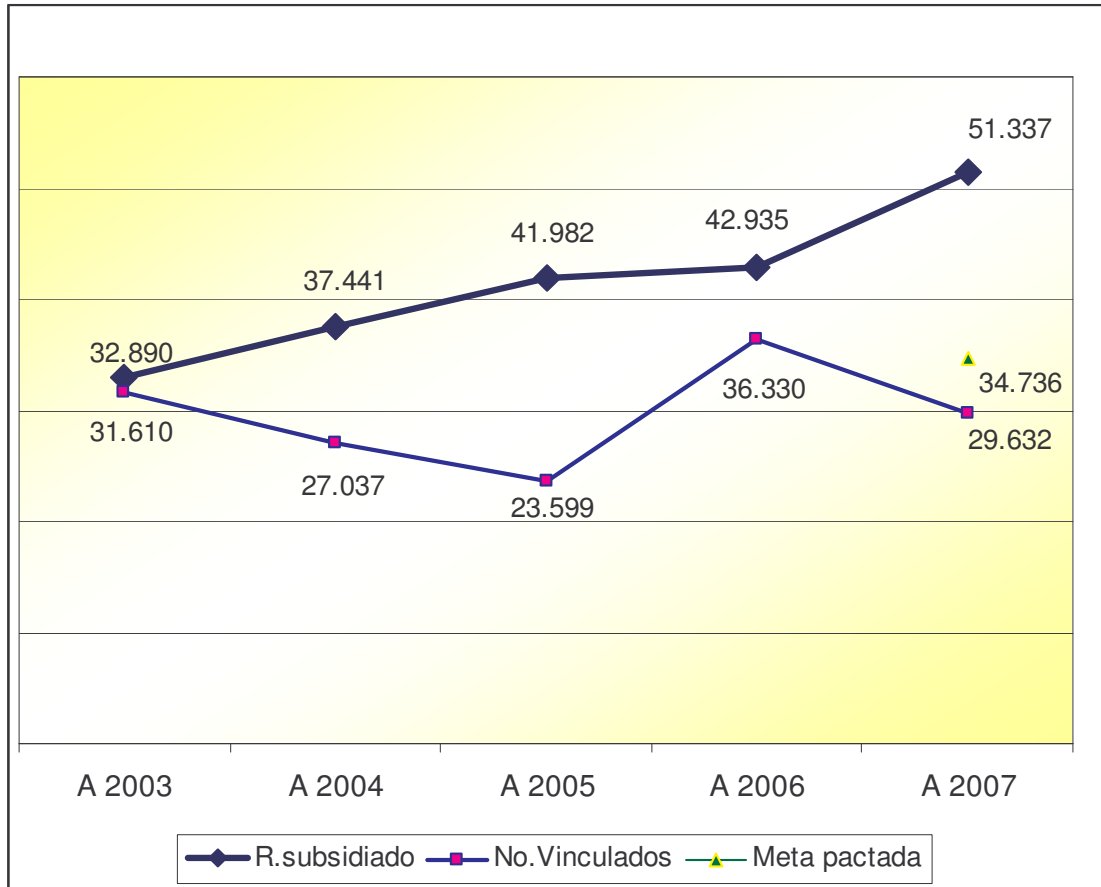


Fuente: Dirección Local de Salud Ipiales. Diciembre 2007.

5.3.2. Población vinculada. A este grupo de población pertenecen las personas que a pesar de que están debidamente identificadas y encuestadas y además de ello si ameritan ser beneficiarios, aun no pertenecen al régimen subsidiado por ende se los clasifica como vinculados, la atención que se presta a este grupo se la realiza por medio de la certificación expedida por el Sisben donde se especifica el nivel al que se encuentra clasificado según el puntaje de la encuesta, si el puntaje esta entre 1 y 100 puntos pertenecerán al nivel 1, si el puntaje posee un rango entre 101 y 200 se los clasifica como nivel 2.

Los rubros que se utilizan para atender a la población perteneciente a este grupo dentro de la dirección local de salud se los maneja a través de la sub. Cuenta de atención a la oferta en lo no cubierto. No obstante el gobierno tiene un compromiso pendiente con esta población pues debe lo más pronto posible ingresarlos al los beneficiarios del régimen subsidiado.

Grafico 17. Cobertura Régimen Subsidiado Municipio De Ipiales vigencia 2004-2007.



Fuente: Subdirección de Aseguramiento. Dirección local de salud. Ipiales. Octubre 2007.

5.3.3. Calidad en la prestación de los servicios de salud. Desde el punto de vista de la calidad del servicio de salud a la que acceden los usuarios beneficiarios del régimen subsidiado y vinculados (pertenecientes al Sisben se encuentra que a pesar de que existen 19 instituciones prestadoras de servicios de salud entre hospitales, IPS s y centros de salud en el municipio de los cuales 13 son públicos y 6 privados, estos no abastecen de la manera más eficiente la atención de Los beneficiarios, esto tiene su fundamento en que principalmente los centros de salud ubicados en el sector rural poseen una deficiencia en la capacidad instalada en cuanto a talento humano de médicos, enfermeras, promotoras y adicionalmente la infraestructura en equipos médicos y de laboratorio obstaculiza una oportuna prestación del servicio por lo que los usuarios se ven en la obligación de trasladarse o ser remitidos las instituciones prestadoras del servicio ubicadas en la zona urbana, principalmente en el hospital

civil de Ipiales, y la IPS municipal (institución prestadora de servicios) donde se puede observar un problema muy grave en esta última puesto que existe un congestionamiento de y desabastecimiento en la atención que obliga a la entrega de citas que demoran hasta más de un mes.

Tabla 9. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas en el municipio de Ipiales año 2007.

NOMBRE INSTITUCIÓN	UBICACIÓN GEOGRÁFICA
Hospital civil de Ipiales	SECTOR URBANO
IPS Ipiales	
El charco	
Puénes (Club de Leones)	
La victoria	SECTOR SEMI URBANO
San Juan	
Las lajas	
Loma de zuras	SECTOR RURAL
Teques	
Cutuáquer	
Hierba buena	
Las cruces	
Chaguáipe	

Fuente: Esta investigación. Ipiales. Octubre 2007.

Tabla 10. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PRIVADAS EN EL MUNICIPIO DE IPIALES Año 2007.

NOBRE INSTITUCION	UBICACION GEOGRAFICA
Salucop	SECTOR URBANO
IPS ACIZI	
IPS Emsanar	
IPS Guáitara	
Clínica Unicám	
Clínica Las Lajas	

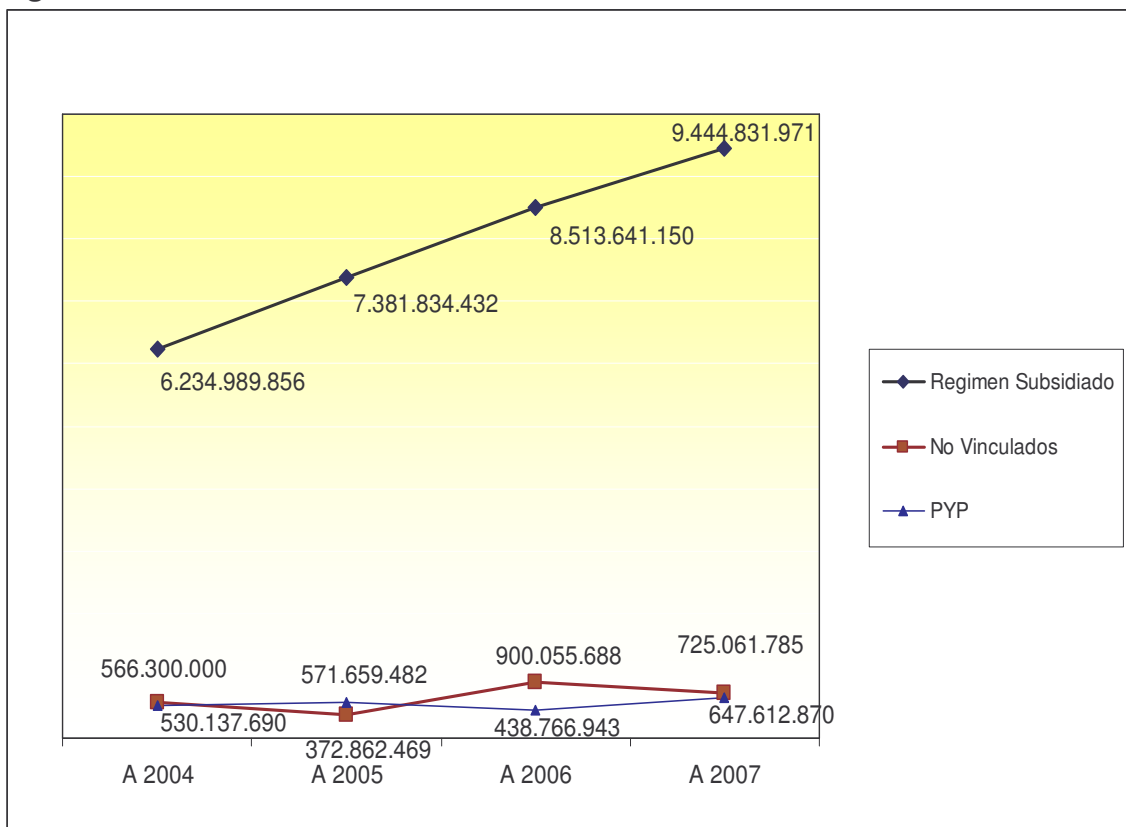
Fuente: Esta investigación. Ipiales. Octubre 2007.

Por tal motivo en un principio fue que se planteó dentro del plan de desarrollo la construcción del hospital de primer nivel, sin embargo en la vigencia tan solo se logró la adquisición del lote, mas no hubo la puesta en marcha del proyecto mucho menos se logró ponerlo a disposición del público. Lo que habría generado si se hubiera logrado esta meta una disminución del congestionamiento tan

grande que se observa diariamente y en consecuencia se hubiese podido lograr una mejor calidad de la prestación del servicio.

A ello se le debe adicionar la situación por la que atraviesan los vinculados puesto que mediante dictamen municipal los pertenecientes a este grupo Deben ser atendidos única y exclusivamente a través de la institución prestadora de servicios IPS municipal y centros de salud conexos a ella excepto en el caso de urgencias o remisiones estos pueden ser atendidos en otra institución. Ello trae consigo el origen de una gran desventaja puesto que si observamos la situación del régimen subsidiado, este puede ser atendido directamente en cualquier institución prestadora de servicios de salud ya sea de primer según o tercer nivel, cosa distinta que ocurre con los vinculados los cuales únicamente por remisión que sea de fuerza mayor estos pueden ser atendidos en un hospital de segundo o tercer nivel que posea mejor datación y calidad.

Grafico 18. Gastos de Inversión en el Sector Salud municipio Ipiales vigencia 2004-2007.



Fuente: Subsecretaria administrativa y Financiera, Dirección Local de Salud. Ipiales Diciembre 2007.

Lo anterior corrobora la afirmación de que existe una inequidad en la distribución de los ingresos destinados a la prestación de servicios en salud de la población más vulnerable del municipio de Ipiales teniendo en cuenta que si bien la inversión en el régimen subsidiado tiene su argumento en la ampliación de la cobertura, la población de vinculada percibe una inversión ínfima teniendo en cuenta que esta población representa el 26 % del total a nivel del municipio lo cual se vera reflejado de alguna manera en una prestación de servicios ineficiente a esta población.

Cuadro 5. Subsidio per. Cápita trimestral para población de vinculados.

	2.004	2.005	2.006	2007
Población pobre no asegurada (vinculados)	27.037	23.599	36.330	29.632
Gastos de inversión oferta	566.300.000	372.862.258	900.055.688	725.061.218
Total subsidio por trimestre	20.945	15.800	24.774	24.469

Fuente: Esta investigación. Ipiales. Diciembre 2007.

Descentralización de la IPS municipal. Acogiéndose a los linimientos dispuestos en la ley 1122 DEL 2007 donde se establece que los centros de salud de carácter centralizado en los municipios deben constituirse ahora como empresas sociales del estado y por lo tanto deben descentralizarse de los entes territoriales a los que pertenecen.

En este aspecto, a partir del primero (1) de diciembre del 2007 y antecedido de un proceso que se venia manejando meses anteriores, el municipio de Ipiales se acogió a esta norma y por lo tanto la IPS municipal junto con los demás centros de salud municipales pasaron a convertirse en su conjunto como una empresa social del estado tanto en su parte urbana, semirural y rural, en consecuencia ahora deberá tener un su propio NIT ya que antes se manejaba el NIT de la alcaldía municipal además se elige un gerente el cual estará apoyado por una junta directiva en la toma de decisiones de la nueva empresa.

A partir de los anteriores argumentos la empresa social del estado deberá empezar a ser autosuficiente desde el punto de vista de los recursos de financiamiento tanto en el aspecto de pagos de nominas como mantenimiento y fortalecimiento institucional por lo tanto, en este caso se hacen presentes las políticas fijadas por el gobierno actual encaminadas a la descentralización y el

camino hacia la privatización de instituciones estatales con el fin de disminuir la carga fiscal pero que de alguna manera, y en este caso por tratarse al igual que la educación de sectores vulnerables y que impactan sobre la sociedad podrá traer consigo consecuencias como la alza de precios en la atención, medicamentos hospitalización etc.

5.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA EN LA PRUEBA DE CAMPO SOBRE LA OPINIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE IPIALES

A partir de las información recolectada en la prueba de campo con el fin de obtener información primaria de la población sobre el concepto que merecen las políticas adelantadas en el sector salud en los últimos años y su evolución, se ha permitido establecer una serie de variables indispensables que establecen de alguna manera consecuencias o causas dadas. A continuación se procede a realizar una discriminación de cada uno de los comportamientos generados por dichas variables indagadas.

5.4.1. Nivel de satisfacción en la afiliación a los subsidios en salud. Para la realización del análisis, es fundamental iniciar el proceso secuencial con la etapa donde comienza a hacerse efectivo el acceso al sistema general de seguridad social en salud para los beneficiarios, en este caso del régimen subsidiado o Sisben, en este orden de ideas se estableció la satisfacción que tienen los beneficiarios con respecto a la afiliación de su carnet subsidiado a las diferentes empresas administradoras del subsidio, en dicho escenario, se observa una ponderación a favor de la satisfacción la cual esta explicada fundamentalmente por el argumento de que existe cierto grado de eficiencia en la entrega de autorizaciones por parte de dichas empresas para que los beneficiarios accedan a la prestación del servicio en salud.

Otra de las afirmaciones encontradas en esta etapa consiste en que la población que argumento esta respuesta a favor esta dada por que en este sentido dicha población establece una relación directa entre la calidad de las aseguradoras y la calidad en que la atención del servicio de salud es prestada, es decir asocian demasiado la gestión con la prestación del servicio como tal y lo generalizan en los aspectos indagados.

Así por ejemplo los beneficiarios del régimen subsidiado pertenecientes a la empresa emsanar afirmaron en gran porcentaje estar satisfechos con la afiliación a esta EPS.S donde se puede abstraer que este argumento es valido por que

esta empresa origina una etapa completa en el acceso a los servicios de salud la que va desde la administración de los subsidios en salud hasta la prestación directa del servicio como tal a sus afiliados pues posee su propia institución prestadora de servicios en salud lo que genera en el beneficiario una mayor agilidad en el acceso, tramites y papeleos, y hasta reclamos puesto que ya no van estar con la incertidumbre de donde presentar el reclamo o bien en la IPS o bien en la ARS pues ahora con la prestación del servicio completo van a tener mayor certeza de donde acudir a realizar gestiones o tramites.

No obstante lo mismo ocurre con la caja de compensación familiar y mallamas esta ultima aunque no tiene sus propias IPS, mantiene contratos con dos instituciones prestadoras de servicio indígena la cuales han tratado de brindar la mayor satisfacción posible como es el caso de la IPS Guátara la cual se encuentra en una área geográfica estratégica dado que esta ubicada en un sector rural y como la mayoría de los afiliado a la empresa mallamas son indígenas esto facilita mejor el acceso para la población afiliada. Caprecóm establece contratos con diferentes instituciones prestadoras del servicio como la IPS ESE.

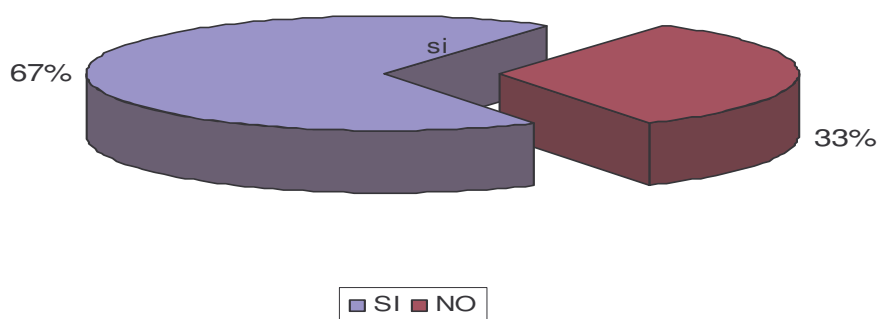
En si se puede observar un cierto grado de satisfacción que prevalece, sin embargo la población que afirma no estar satisfecha tiene la valides de su argumento en tres principales factores, el primero consiste en que las aseguradoras limitan la libertad de escogencia en el acceso a la prestación del servicio dado por la inconsistencia en el portafolio de servicios compuesto por las instituciones prestadoras del servicio disponibles puesto que algunas personas prefieren acceder en una determinada institución prestadora del servicio ya sea por mayor comodidad en la cercanía, mejor eficiencia y calidad o mayor nivel de especialización pero la aseguradora a la que pertenecen no lo permite lo cual genera inconformismo.

En segundo lugar se apoyan en el argumento de que la entrega de medicamentos no es satisfactoria y que algunos de ellos no los cubre el subsidio, pero en este aspecto hay que tener en cuenta lago que no puede apoyarse en la opinión sino que debe estudiarse primero las limitaciones que tiene el plan obligatorio de salud que establece hasta que punto puede cubrir el subsidio por lo tanto la valides de este argumento de la población queda sometido a políticas estatales. En tercer lugar ocurre algo similar al anterior el problema esta relacionado con las remisiones medicas pues o bien son negadas, o bien son efectuadas a otras instituciones que no son del agrado de los beneficiarios.

Con los problemas encontrados anteriormente en la población subsidiada el municipio de Ipiales se puede llegar a la siguiente reflexión que se polemiza en

dos campos, o bien existe ineficiencia en las aseguradoras administradoras del subsidio, o bien son las limitaciones que establece el pos o incluso la ley 1122 del 2007 en el tema de contrataciones con las instituciones prestadoras del servicio.

Grafico 19. Satisfacción de los beneficiarios con la empresa donde están afiliados al régimen subsidiado.



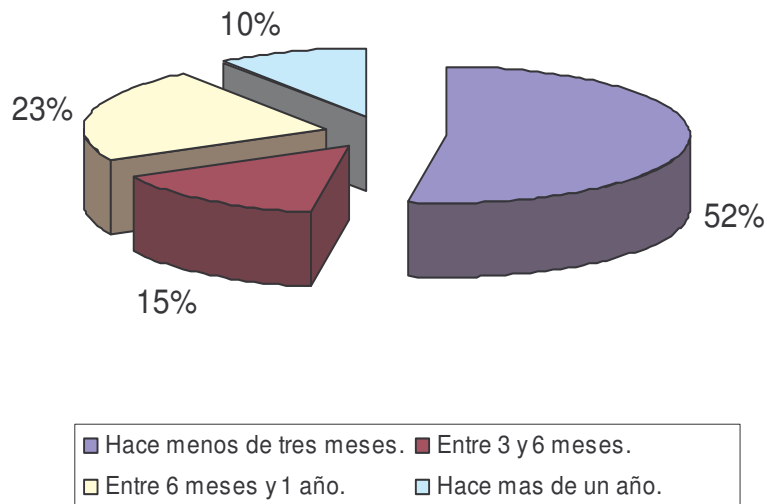
Fuente: Esta investigación. Ipiales. Marzo 2008.

5.4.2. Impacto del subsidio en salud sobre la calidad de vida de los beneficiarios. Existen variables fundamentales que pueden determinar el acceso de bienes y servicios básicos para la satisfacción de necesidades básicas, una de ellas es el ingreso y este puede afectar positiva o negativamente el disponer o no de acceder servicios específicamente como la salud puesto que se debe apartar una parte de ingreso para cubrir situaciones imprevistas en el estado de salud, sin embargo cuando el ingreso es muy limitado esas necesidades quedan a la deriva pues no se podrá acceder a la medicina curativa peor aun a la medicina con fines preventivos, es decir la salud se ubicará en función del ingreso de un individuo; para ello es muy necesario la existencia de subsidios en salud para las personas más pobres como se lo estableció en un principio en la ley 100 de 1993. en ese orden de ideas, en el municipio de Ipiales se ha adelantado un proceso de cobertura en subsidios en salud que ha ido evolucionado, y al indagar en la población sobre si ha mejorado la calidad de vida desde el momento que accedió a los subsidios en salud, el 82% tiene una afirmación satisfactoria donde ello se ve explicado por que ahora con el subsidio entregado la población puede disponer de esa parte de ingreso para otras necesidades básicas como la alimentación la cual precisamente actúa como

consecuencia directa en el estado de salud que una persona pueda tener así con una mayor alimentación se podrá tener menor probabilidad de enfermarse.

Otro de los aspectos positivos que se puede encontrar en el municipio de Ipiales esta en que al tener un respaldo por medio de un subsidio, ahora los beneficiario no solo pueden acudir a la medicina curativa sino que se observa un amplio acceso a la medicina preventiva por medio de los programas de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades dentro de los subprogramas que manejan la dirección local de salud en conjunto con las administradoras del régimen subsidiado e instituciones prestadoras deservicios en salud como son las jornadas de vacunación, los programas de nutrición y apoyo a la población infantil, los subprogramas de prevención del cáncer de útero, la planificación, etc. Lo anterior se ve corroborado en que el 52 % de la población beneficiaria de los subsidios a acudido a la prestación de los diferentes servicios en salud en los últimos 3 meses donde reobserva una alta respuesta y una mejor atención a su estado de salud; Cosa contraria que ocurriría de no haber gozado de un subsidio como lo afirmo un beneficiario al manifestar que sin el subsidio, la única vez que se acudía a los centros de salud era cuando se daba una urgencia mayor.

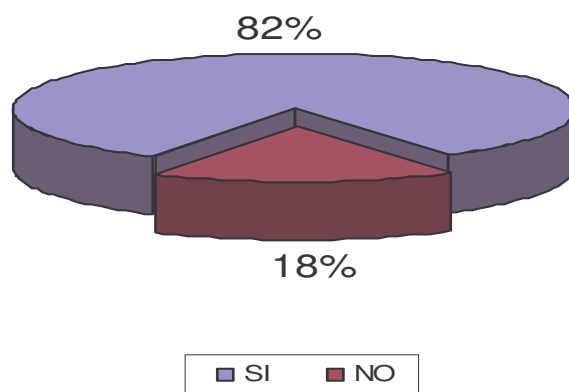
Grafico 20. Frecuencia de acceso a los servicios de salud por parte de los beneficiarios de subsidios,



Fuente: Esta investigación. Ipiales. Marzo 2008.

Con respecto a la población que manifiesta inconformismo desde el momento en que accedió como beneficiario del régimen subsidiado, se encuentra que esta respuesta se apoya en el hecho de que en el momento del acceso a los beneficios de salud, no existe una total voluntad y disposición de distribuir los beneficios de forma justa por las distintas instituciones encargadas ya sea del servicio o del subsidio lo cual genera descontento desde el punto de vista de esta población.

Grafico 21. Ha mejorado su calidad de vida desde el momento que accedió como beneficiario del régimen subsidiado o Sisben.



Fuente: Esta investigación. Iphiales. Marzo 2008.

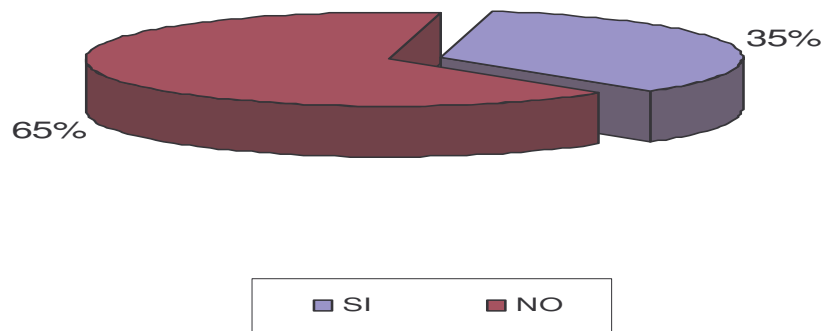
5.4.3. Problemas suscitados entorno al conocimiento de los beneficiarios sobre el sistema general de seguridad social en salud. Para que exista una eficiencia y eficacia en el buen desempeño que pueda prestar el sector salud sobre la población que requiera por derecho el acceso de estos beneficios indispensables en cada uno de los individuos, no solo debe existir una disponibilidad de los servicios como tal, para ello también es indispensable que exista un proceso en conjunto que debe estar dado por la integración por cada uno de los agentes involucrados, proceso que va desde la disponibilidad y acompañamiento del estado, pasando por la eficiencia en la distribución de los recursos, la prestación del servicio hasta llegar al fin único que es la satisfacción de necesidades de los que lo requieran.

Para que lo anterior se obtenga de la mejor manera es fundamental que los beneficiarios directos tengan un conocimiento sobre los derechos y deberes que adquieren al formar parte del sistema general de seguridad social en salud con el fin de que puedan estar atentos en caso de que sus derechos sean atentados además de los deberes a los que se ven encomendados.

En el municipio de Ipiales se observa que la gran parte de la población no tiene un conocimiento sobre sus derechos y deberes que tienen como beneficiarios; este hecho se fundamenta como uno de los grandes problemas que enfrenta la evolución de la salud en el municipio puesto que se transmite en un sector que esta dependiente únicamente de las disposiciones que los oferentes de los subsidios y de la prestación dispongan ya que como no existe un control por parte de los beneficiarios pues no saben hasta donde llegan sus derechos; así las disposiciones y dediciones en salud se tornan de carácter unilateral, haciendo que los beneficiarios estén a la expectativa de las voluntades que dispongan las administradoras de los subsidios o prestadoras del servicio como si se estuviera mendigando un derecho que ley les corresponde.

Se observa que el 65% de los beneficiarios de los subsidios, no tienen conocimiento de los derechos y deberes que poseen, se encuentra que esta población ni siquiera tiene una idea sobre diferenciar una administradora del régimen subsidiado (ARS) de una institución prestadora de servicios en salud (IPS), adicionalmente se observa que el 35% de la población manifiesta tener conocimiento sobre sus derechos y deberes, sin embargo se debe tener en cuenta cual es el grado de conocimiento o es decir que tanto saben de la seguridad social en salud como por ejemplo el plan obligatorio de salud que contiene los principales beneficios que poseen en beneficios de prestación, cuotas moderadoras o copagos que deben pagar por la prestación de un servicio en salud, o incluso como se efectúa la distribución de recursos entre la entidades según capitación.

Grafico 22. Conocimiento que tienen los beneficiarios sobre los derechos y deberes que poseen.

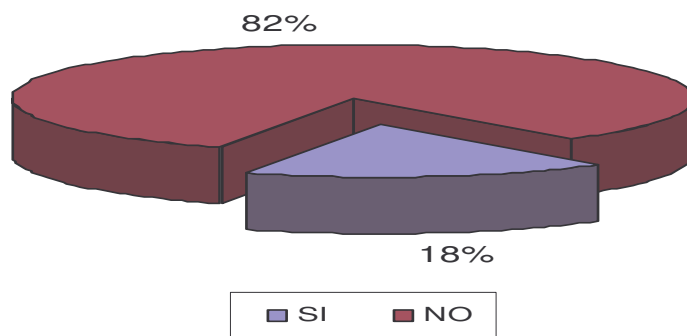


Fuente: Esta investigación. Ipiales. Marzo 2008.

Para solucionar el anterior problema se deben buscar la causas o fuentes que originen este eslabón donde se pueden involucrar a los mismos beneficiarios por no mostrar un interés sobre el conocimiento que deberían adquirir sobre sus derechos y deberes, sin embargo se puede afirmar que existe un problema estructural el cual esta a cargo de las entidades involucradas la cuales no han mostrado un interés por capacitar a los beneficiarios sobre como funciona el sistema general de seguridad social en salud, incluso se puede hablar de que este problema se trasmite a todos los sistemas de afiliación como los regimenes especiales, el régimen contributivo, y obviamente el régimen subsidiado y vinculados.

En el municipio de Ipiales se observa según la opinión de los beneficiarios de los subsidios en salud que no ha existido una capacitación o inducción encaminada a brindar el conocimiento que deben tener los individuos desde el momento en que se constituyen como beneficiarios sobre como deben tratar de maximizar sus beneficios en salud. Idea que esta presente dentro de la racionalidad económica. Es como si una persona adquiriera un nuevo artefacto electrónico sin instrucciones de manejo, garantía, ni contraindicaciones.

Grafico 23. Capacitación que han recibido los beneficiarios del régimen subsidiado o Sisben con respecto a sus derechos y deberes.



Fuente: Esta investigación. Ipiales. Marzo 2008.

La capacitación en este aspecto debe construirse como un servicio mas que deben prestar las instituciones involucradas como las administradoras de los subsidios, o será a caso que a estas empresas no les conviene que los beneficiarios tengan un conocimiento sobre sus derechos o como se manejan los recursos? Tal vez este tipo de capacitaciones no les convenga puesto que verán afectadas sus ganancias o rentabilidad. Igual circunstancia puede pasar con las instituciones prestadoras directas del servicio.

El anterior problema encontrado se generaliza de forma secuencial pues es una consecuencia que traspasa sus defectos a otros campos que se constituyen incluso como etapas de buen funcionamiento del sector salud como se lo aprecia a continuación.

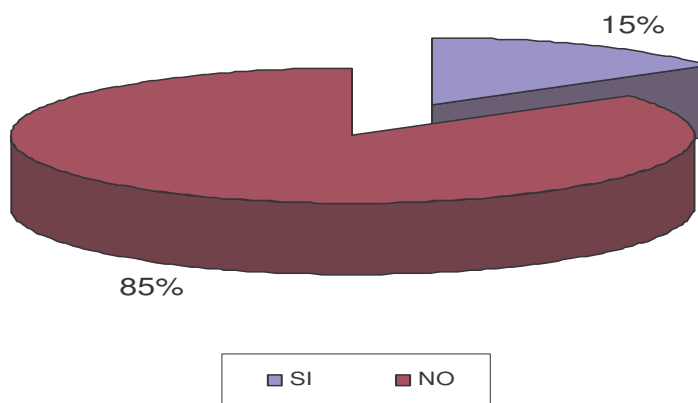
- **Los beneficiarios como entes de control en el municipio de Ipiales.** A pesar de que en el sector salud existen organismos de control que mantienen periódicamente una supervisión de las instituciones que participan en la distribución de los recursos en salud como es el caso de la superintendencia nacional de salud, y el CRES, la participación de los usuarios y beneficiarios es

fundamental, dentro de este aspecto se observa que en el municipio de Ipiales existe un alto grado de indiferencia por parte de los beneficiarios de los subsidios en salud con respecto a adelantar actividades de control y vigilancia en pro de mejorar la calidad del sector salud en el municipio.

El anterior fenómeno puede estar explicado por dos razones: la primera razón tiene su esencia en el anterior problema encontrado pues se observa que los beneficiarios al no tener un conocimiento sobre sus derechos que tienen como beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud, no tienen un respaldo con el cual vayan a argumentar sobre las consistencias o injusticias que observan alrededor del sector salud, por lo tanto muestran cierta indiferencia a esta clase de actividades. No obstante existen pequeños comités de usuarios veedores sin embargo se observa que dichas actividades las limitan a la vigilancia meramente de la prestación del servicio en salud que prestan instituciones como los centros de salud sin tener en cuenta que existen otras entidades como las administradoras del régimen subsidiado o la dirección local, este hecho puede representar inconsistencias y confusiones a la hora de tratar de encontrar el problema pues no se sabrá de donde proviene su raíz, esto dado por la limitación de la vigilancia que ejercen.

En segundo lugar se observa que el problema también está dado por el desconocimiento que tiene los beneficiarios sobre a donde pueden presentar las distintas quejas o reclamos; en el estudio se encontró que el 60% de los beneficiarios cuando se ven enfrentados a conflictos y descontentos, se dirigen a presentar sus quejas a las oficinas de atención al usuario de las instituciones prestadoras del servicio, el 31% a las oficinas de atención al usuario de las administradoras del régimen subsidiado, y tan solo el 8% se dirige a presentar sus reclamos a la mayor dependencia del sector salud en el municipio como es la dirección local de salud, lo cual debería ser lo contrario puesto que las IPS o ARS pueden actuar a modo de sus propios intereses o simplemente con apatía, cosa que no ocurriría con la dirección local de salud que actúa como supervisora directa en pro de defender los beneficios de los afiliados, tampoco se observa que exista un conocimiento sobre el mayor ente que está a cargo de la vigilancia a nivel nacional como lo es la superintendencia nacional de salud.

Grafico 24. Participación de veeduría o vigilancia del régimen subsidiado por parte de los beneficiarios.



Fuente: Esta investigación. Ipiales. Marzo 2008.

5.4.4. Opinión sobre el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Dentro del municipio de Ipiales se observa que el desarrollo de actividades encaminadas a la capacitación en lo relacionado a actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, ha sido desarrollado de una forma más pertinente y eficiente por la dirección local de salud la cual por medio de las subdirecciones de salud pública y el PAB (plan de atención básica), ha tratado en lo posible de llegar a todos los lugares de la población total tanto a nivel geográfico como según tipo de población (población infantil, adolescentes, adultos y adultos mayores). Se observa que la dirección local de salud del municipio de Ipiales, ha realizado de manera permanente y oportuna actividades de capacitación en todos los sectores como se ha podido observar, dichas capacitaciones han sido realizadas en las instalaciones de la entidad como también se han realizado capacitaciones en colegios, sector rural, espacios públicos, etc.

Lo anterior se ve corroborado en los resultados encontrados donde la población que manifiesta que en el municipio si ha habido capacitación enfocada a dichas actividades que es del 38 %, atribuyen esta gestión directamente al municipio por medio de la dirección local de salud.

En contrapartida se observa que existe una negligencia por parte de las aseguradoras del régimen subsidiado puesto que se observa que la gestión

tendiente a desarrollar estos objetivos ha sido muy limitada y si tenemos en cuenta que con la nueva implantación de la ley 1122 de 2007 se delega a estas instituciones las funciones específicas de adelantar los programas de promoción y prevención; no se ha logrado aun obtener resultados satisfactorios por parte de las ARS, no obstante se observa que la empresa mallamas se ha esforzado por tratar de informar por medios de comunicación capacitaciones radiales en procura de mantener la salud de la población objetivo.

Con lo anterior tampoco es que se quiera afirmar que si ha habido una buena capacitación en el aspecto de la salud ya que a nivel general se observa que el 62 % de la población esta insatisfecha en este aspecto.

Para lograr obtener resultados positivos dentro de los programas que se ejecuten en el municipio en lo relacionado a las actividades de promoción y prevención es fundamental para la iniciación del proceso, la utilización de medios masivos de información con el fin de dar a conocer sobre los espacios, los procedimientos y las formas metodológicas que se van a adelantar en materia de dichos programas, para luego pasar a la segunda etapa que consiste en ejecutar la acción, es decir la realización del objetivo como por ejemplo el desarrollo de una conferencia sobre la prevención del cáncer de cuello uterino.

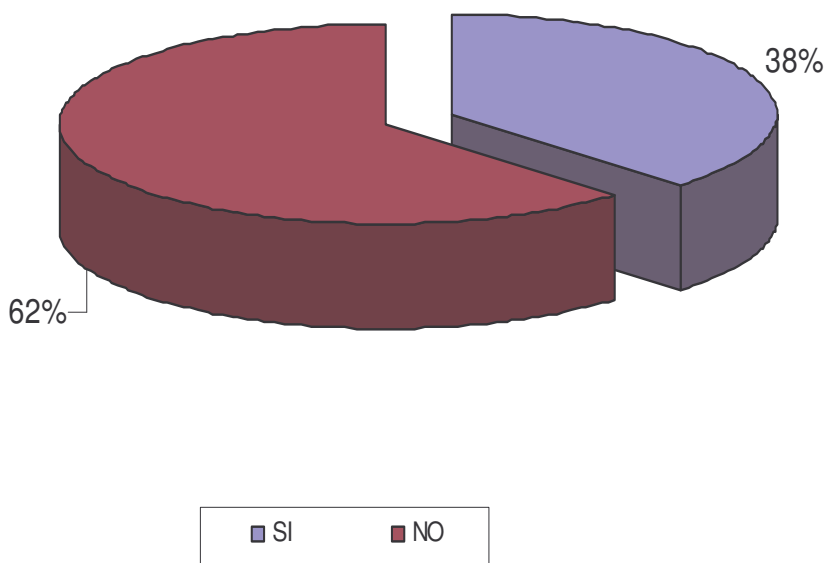
Dentro del municipio de Ipiales se ha encontrado problemas en la información y capacitación sobre los programas que debe adelantar el sector salud, dichos problemas pueden estar ubicados en cualquiera de las dos etapas mencionadas ya sea en la publicación o en la ejecución,

Por una parte se encuentra una escasa gestión en las administradoras del régimen subsidiado en adelantar estas actividades, a pesar de que es una función que esta delegada directamente a estas por medio de la ley 1122 del 2007.

De otro lado al no haber una gestión oportuna, a las instituciones prestadoras de servicios les queda más complicado realizar estas acciones pues para ello es fundamental el apoyo financiero por capitación que reciben los beneficiarios en lo referente a programas P Y P, y los que deben ser enviados por las administradoras a estas instituciones. Adicionalmente los entes encargados de la vigilancia deben realizar fiscalizaciones o interventorías con el fin de que si existe la respectiva financiación de los programas estos se apliquen verdaderamente.

Finalmente, se debe tener en cuenta que para la realización de las actividades de promoción y prevención deben intervenir todos los actores involucrados dentro del sector tanto desde la gestión de la dirección local de salud, las administradoras del régimen subsidiado, y las instituciones prestadoras de servicios en salud las cuales previamente deben llegar a acuerdos sobre como se debe adelantar la logística de las actividades; en el municipio de Ipiales

Grafico 25. Opinión de los beneficiarios con respecto a si ha habido capacitación con respecto a las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.



Fuente: Esta investigación. Ipiales. Marzo 2008.

5.4.5. Evaluación sobre la gestión y eficiencia en el sector salud por parte de las administraciones municipales.

◆ **Administración municipal periodo 2004-2007.** Dentro del presente informe se pretende además del informe realizado sobre las gestiones que se han realizado en el sector salud durante el periodo 2004-2007. También realizo una abstracción sobre la opinión que tienen los beneficiarios de subsidios en salud con respecto a las políticas que el gobierno municipal que finalizo el diciembre del 2007 realizo en pro de el acceso a la salud.

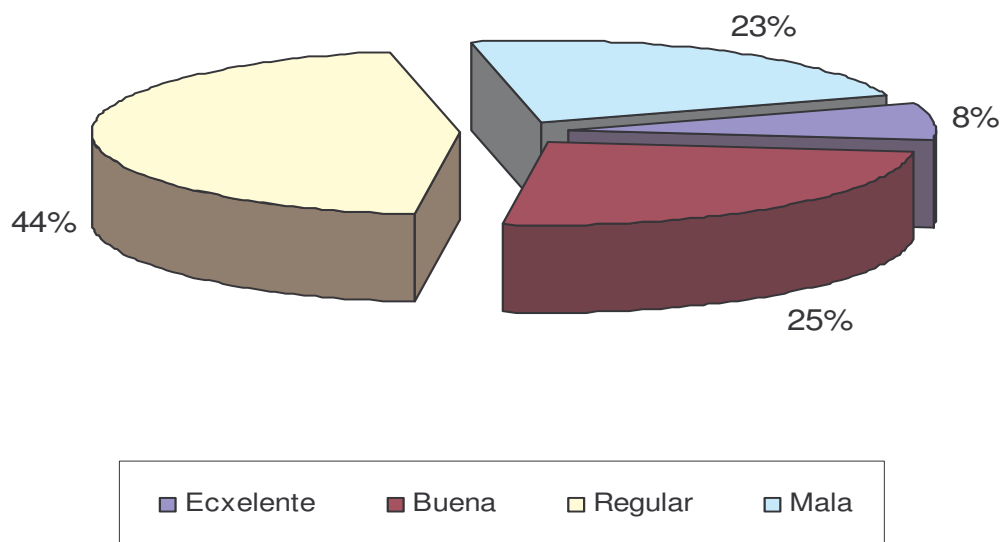
Dentro de este esquema se observa que existe dentro del municipio una ponderación regular sobre las políticas realizadas por la anterior administración municipal. Dentro de los argumentos que se obtuvo y que soportaron esta opinión se encuentran los siguientes:

Se encuentra que los beneficiarios tienen esta concepción basados principalmente en la prestación directa de los servicios en salud en donde al encontrar barreras al acceso y a la atención ponderan esta opinión sobre el total de las gestiones realizadas en el sector salud durante el periodo 2004-2008. las opiniones encontradas en la opinión sobre la prestación de los servicios en salud se la analizara de forma más profunda mas adelante.

Otro de los argumentos encontrados radica en que parte de la población que califica la gestión como regular se da por que las personas pertenecientes al la población de vinculados manifiestan estar en gran desventaja con las personas pertenecientes a la personas del régimen subsidiado en el aspecto del acceso al servicio de salud lo cual esta en ventajas sobre la escogencia de mejores instituciones prestadoras del servicio con niveles más altos de atención, además de las remisiones que se entregan solo en los casos más urgentes y las barreras que imponen a la entrega de medicamentos cirugías exámenes, e implementos como lentes y prótesis.

Con respecto a la población que afirma la gestión de la administración municipal que termino en el 2007 como buena se obtiene que esta ponderación se da principalmente por la ampliación en cobertura del régimen subsidiado en salud, sin embargo se obtiene que al sector salud todavía le queda el reto de lograr una cobertura total en la población pobre, este puede ser uno de los factores por lo cuales aun no se puedo llegar a la excelencia en la gestión del sector.

Grafico 26. Opinión de los beneficiarios sobre la gestión en salud realizada por la administración municipal anterior.



Fuente: Esta investigación. Ipiales. Marzo 2008.

◆ **Evaluación de la administración municipal 2008.** En el presente trabajo se realiza además un informe sobre las gestiones adelantadas hasta el momento por la dirección local de salud de la mano con la alcaldía municipal de Ipiales tendientes a mejorar el sector salud de su población. Donde se trata de establecer si existe una relación directa proporcional entre las gestiones realizadas por el ente municipal, y la opinión que merecen hasta el momento dichas acciones.

Con respecto a si ha mejorado la eficiencia y gestión del sector salud en la actual administración, se observa que predomina una buena referencia que tiene la población sobre la actual administración municipal que equivale al 42% de la población que recibe subsidios en salud.

En este orden de ideas se encuentra que el resultado encontrado puede estar explicado por las gestiones realizadas en los primeros tres meses de nueva administración municipal donde interactuó la dirección local de salud con la

alcaldía municipal de Ipiales; entre las principales gestiones adelantadas encontramos las siguientes:

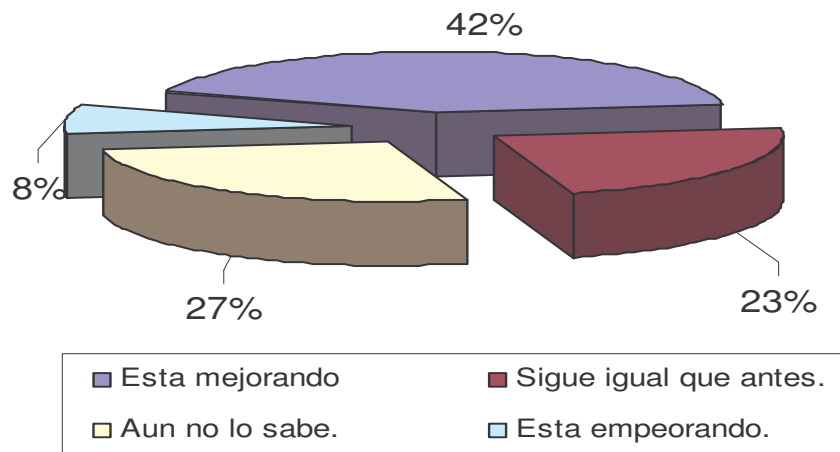
1. Desarrollo del programa de seguridad alimentaría en el cual se estableció la entrega de un complemento alimenticio a base de quinua a 2050 niños y 200 embarazadas de escasos recursos, la entrega se la realizo por medio de 6 paquetes de este complemento a cada beneficiario de forma periódica, el cual contuvo una variedad de alimentos a base de quinua desde coladas hasta dulces a base de este cereal rico en vitaminas. El anterior objetivo fue cumplido con el fin de disminuir la mortalidad infantil y mejorar la nutrición de los beneficiarios más necesitados lo cual como ya se menciona actúa como variable fundamental del estado de salud.
2. Rehabilitación y capacitación de 1800 personas clasificadas como discapacitados físicos y mentales en el municipio. Gestión realizada por medio de un convenio entre la dirección local de salud, Fundáne y la alcaldía municipal.
3. Programa de VH S.I.D.A el cual consiste en la realización de un control y Seguimiento para prevenir la propagación del virus.
4. Celebración mundial contra la tuberculosis en el cual se adelantó una serie de capacitaciones en distintos espacios tanto radiales como presénciales, con el fin de orientar a la comunidad sobre como prevenir y enfrentar esta enfermedad.
5. Jornadas de capacitación orientadas a mejorar el manejo de plaguicidas.
6. Jornadas de vacunación antirrábicas en caninos y felinos.
7. desarrollo de actividades de Inspección por parte de la subdirección de salud publica de la dirección local de salud, orientado a supervisar el control de roedores y artrópodos en establecimientos públicos. Lo anterior con el fin de mejorar la salud publica del municipio.
8. Celebración del día de la mujer donde se adelantaron masivas jornadas en mejorar la salud oral, jornadas de citologías y control del cáncer de útero y ceno.

9. además se adelanto una actividad muy importante en lo relacionado con el tema principal de estudio del trabajo el cual consistió en una nueva ampliación de carnets de régimen subsidiado en salud a las personas pobres del municipio, la ampliación se realizo en el mes de marzo del 2008 y esta vez fue de 2.221 nuevos carnets, donde se observa una buena gestión y eficiencia teniendo en cuenta que hasta esa fecha la nueva administración municipal no cumplía ni siquiera los tres meses de haber entrado .en funcionamiento. Lo anterior tiene su fundamento en que dentro los objetivos planteados por la nueva administración municipal se tiene como meta la entrega total de 8.000 nuevos carnets durante el año 2008 lo cual se lo adelantara en forma trimestral en el municipio y según las disposiciones del ministerio de la protección social.

De igual manera guarda consistencia con la metas pactadas para el año 2008 por parte del plan departamental de desarrollo y el instituto departamental de salud donde se ambiciona que para este año se entregaran aproximadamente 90.000 nuevos carnets del régimen subsidiado con el fin reincrementar el porcentaje de personas afiliadas al sistema general de seguridad social en salud, pues así se pasara del 89% al 93% de cobertura total en el departamento.

Adicionalmente existe dentro del estudio, un porcentaje del 27% que afirma que aun no puede dar una opinión sobre los resultados de gestión, lo anterior explicado por que la administración municipal que inicio en el año 2008 lleva a penas 3 meses en el momento de la recopilación de la información lo cual hizo que estas personas no tengan aun conocimiento sobre lo hasta el momento adelantado, sin embargo se puede asegurar con certeza de que la opinión a favor sobre si la gestión ha mejorado va ha ir creciendo paulatinamente pues parte de la población que aun no lo sabe va optar por dicha opinión según la tendencia observada.

Grafico 27. Opinión de los beneficiarios sobre si ha mejorado la gestión en salud en el municipio de Ipiales en la actual administración municipal.



Fuente: Esta investigación. Ipiales. Marzo 2008.

En el caso de la población que afirma que la eficiencia y gestión esta empeorando es muy baja con respecto a las más predominantes; Síntoma que puede estar explicado por la prestación de algunas instituciones prestadoras de servicios como se abordara mas adelante.

Estrategias que la dirección local de salud plantea como instrumentos en pro de mejorar el sector en el municipio. Dentro de la nueva administración municipal a través de la dirección local de salud se han planteado una serie de proyectos o estrategias encaminadas a evolucionar en el corto mediano y largo plazo mejorar la situación del sector en el municipio. Como por ejemplo el direccionamiento de un plan estratégico visión 2011 con el cual se pretende dar un mejor funcionamiento de todos los actores involucrados en el sector salud, además de los siguientes:

- ♦ Mejoramiento en la contratación con las administradoras del régimen subsidiado a través de una redistribución más oportuna sobre los recursos financieros que necesitan para atender a los afiliados. Además de la aplicación de mayor interventora sobre el actuar de estas empresas.

- ◆ Fortalecimiento del observatorio del delito el cual tiene como función recopilar información sobre los casos de muertes violentas en el municipio, y a partir de esos datos establecer las causas fundamentales de estos hechos para luego establecer estrategias que permitan contrarrestar la presencia de este problema social sobretodo teniendo en cuenta que el municipio posee índices muy altos de suicidio.

- ◆ Fortalecimiento en programas de salud mental encaminados a disminuir hechos violentos donde se abordaran temas como la violencia intrafamiliar, y el suicidio, lo anterior se lo adelantara por medio de charlas en instituciones públicas, etc.

- ◆ Vigilancia sobre la planta de sacrificio de animales matadero municipal con el fin de garantizar la calidad de los cárnicos que consume la población.

- ◆ Vigilancia y control del agua potable con el fin de garantizar la mejor calidad a la hora del consumo.

- ◆ Ampliación de la cobertura del régimen subsidiado como ya se lo observo anteriormente.

- ◆ Realización de actividades de información por medio de estrategias de utilización de medios masivos de comunicación, publicidad, radial televisiva y escrita la cuales den a conocer los calendarios de actividades que realiza la dirección local de salud.

5.5. LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE IPIALES

la satisfacción que puedan tener los beneficiarios en el sector salud es el resultado de un proceso integrado por las acciones que realizan todos los agentes involucrados en garantizar a los usuarios el máximo de satisfacción donde al existir algún factor que desestabilice dicho proceso, la secuencia se vera alterada, y así los resultados finales que la adquisición del bien o servicio genere no tendrán un punto optimo de satisfacción.

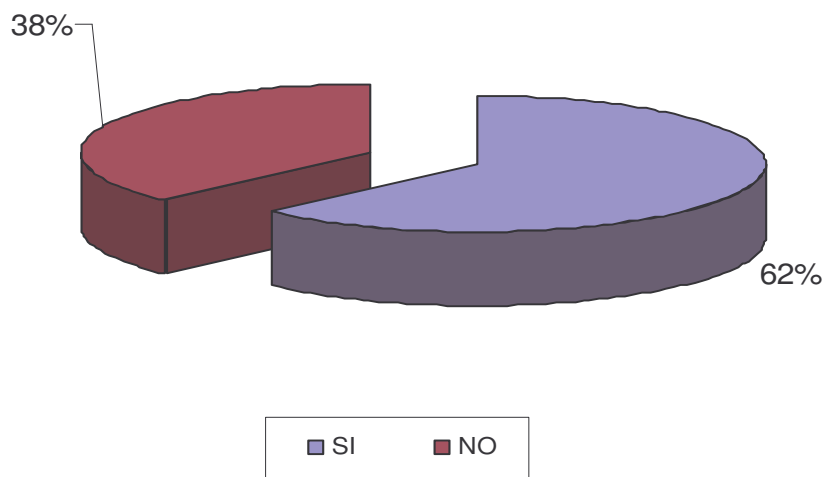
Partiendo de lo anterior, se observa que el mayor problema encontrado en el municipio de Ipiales con respecto a la salud, los constituye la prestación directa de servicios en salud. Donde se observa que en esta etapa surgen varios problemas los cuales modifican rotundamente la gestión que pueda tener el sector salud es decir esta etapa actúa como el mayor ponderador de los resultados que se obtuvo incluso bajo las mejores gestiones que se logren en las demás etapas del proceso evolutivo de este sector.

En este sentido se observa que más de la tercera parte de la población que recibe subsidios en salud se encuentra insatisfecha con el servicio que recibe, los argumentos son demasiados y se ubican en cada una de las etapas de el proceso de la prestación.

Para el análisis de los datos recopilados en este punto es necesario establecer que se deben clasificar las instituciones prestadoras de servicios en salud según su naturaleza ya sea privada o empresa social del estado departamental o municipal puesto que se observan diferencias en estas tres clases según su prestación del servicio.

En este orden de ideas se observa que los problemas son más agudos en la empresa social de estado del municipio que esta compuesta por la IPS E.S.E y sus centros de salud pertenecientes, puesto que el 77% del total de los beneficiarios que afirman estar insatisfechos precisamente acceden a esta institución, el 33% restante utilizan otras instituciones distintas privadas, o el hospital civil de Ipiales.

Grafico 28. Satisfacción de los beneficiarios del régimen subsidiado y Sisben con respecto a la institución donde son atendidos.



Fuente: Esta investigación. Iphiales. Marzo 2008.

5.5.1. Problemas encontrados en la prestación de los servicios en salud.

Los argumentos encontrados, por los cuales los beneficiarios se encuentran en desacuerdo guardan cierto grado de similitud o simetría lo cual da conocer de que la existencia de los problemas se encuentra distribuida de forma proporcional en todas las etapas de la prestación directa de los servicios en salud puesto que en los 5 problemas tenidos en cuenta se obtiene un promedio que gira entorno al 18% promedio. A continuación se realiza una discriminación de cada uno de ellos:

♦ **Con respecto a la entrega de citas.** El mayor problema encontrado en la prestación de servicios en salud que presentan los beneficiarios de subsidios en salud lo constituye la entrega de citas con el 28% lo anterior se da por causas como la muy limitada capacidad instalada en planta y equipo como también por la deficiencia en la cantidad de recurso humano para atender una gran demanda del servicio sobretodo en las instituciones donde hay mayor acudimiento. En consecuencia el numero de citas diarias que se entrega en estas instituciones no abastece dicha demanda por lo que los usuarios deben esperar hasta más de un mes para acceder a las citas. La mayor demanda de citas médicas se dan en consulta externa y consulta odontológica y los problemas de este tipo guardan mayor preponderancia en la IPS municipal principalmente en su sede principal. En cuanto al origen de este problema puede estar a nivel interno de la instituciones

por no establecer una capacidad instalada para atender una demanda estimada o potencial de servicios, y a nivel externo esta dado por la ineficiencia de las administradoras del régimen subsidiado a la hora de realizar contratos para la prestación de servicios con instituciones que no son capaces de ofrecer los servicios de forma oportuna.

◆ **Con respecto a la entrega de medicamentos.** El segundo problema encontrado radica en la entrega de medicamento con el 20% con respecto a este hecho, la población afirma que la entrega de medicamentos o bien se realiza de manera incompleta o simplemente no se entrega ninguno, y la explicación que tiene sobre ello consiste en que dichos suministro no cubre el carnét. Ahora bien; si se efectúa la entrega de medicamentos estos son antibióticos o analgésicos que generalmente se consigue en el mercado a bajo costo como el Acetaminofen, Diclofenaco o Ibuprofeno, en contrapartida si se habla de medicamentos más costosos las barreras que se imponen a la entrega son demasiadas y al final no se entrega o si se entrega la cantidad suministrada no es la suficiente para cubrir un tratamiento o curación. Dentro de esta polémica surgida desde el punto de vista de los beneficiarios “se debe analizar muy cuidadosamente el plan obligatorio de salud por cada uno de los involucrados”²⁷ con el fin de hacer cumplir sus derechos además de conocer hasta que puntos tiene el cubrimiento de esta entrega de bienes pues puede darse la posibilidad de que dicho problema surja de diferentes fuentes externas como la limitaciones del plan obligatorio de salud y no de la institución que presta el servicio como muchas veces se piensa.. Con respecto a la localización específica del este problema se encuentra que este permanece presente en la mayoría de instituciones prestadoras de servicios en salud y/o administradoras del régimen subsidiado las cuales autorizan esta entrega y al no darse de la manera oportuna, los beneficiarios sitúan el problema en cualquiera de las dos clases de instituciones.

◆ **Con respecto a la atención brindada.** En tercer lugar el problema ponderado por los beneficiarios se encuentra en lo relacionado a la atención que brindan las instituciones prestadoras de servicios en este aspecto se debe realizar una evaluación del proceso puesto que la atención esta compuesta por varias etapas que va desde la atención que prestan los funcionarios de la parte administrativa, los funcionarios que prestan servicios auxiliares hasta la prestación asistencial prestada por los médicos y enfermeros, pues se hallan rezagos en varias partes de la etapa.

²⁷ Según dictámenes de ministerio de la protección social, actualmente se adelanta un proceso de modificación del POS donde ahora las enfermedades que requieran de atención de alto costo como el S.I.D.A, el cáncer y otras enfermedades terminales tendrán un plan obligatorio de salud POS de manejo especial e independiente de las demás.

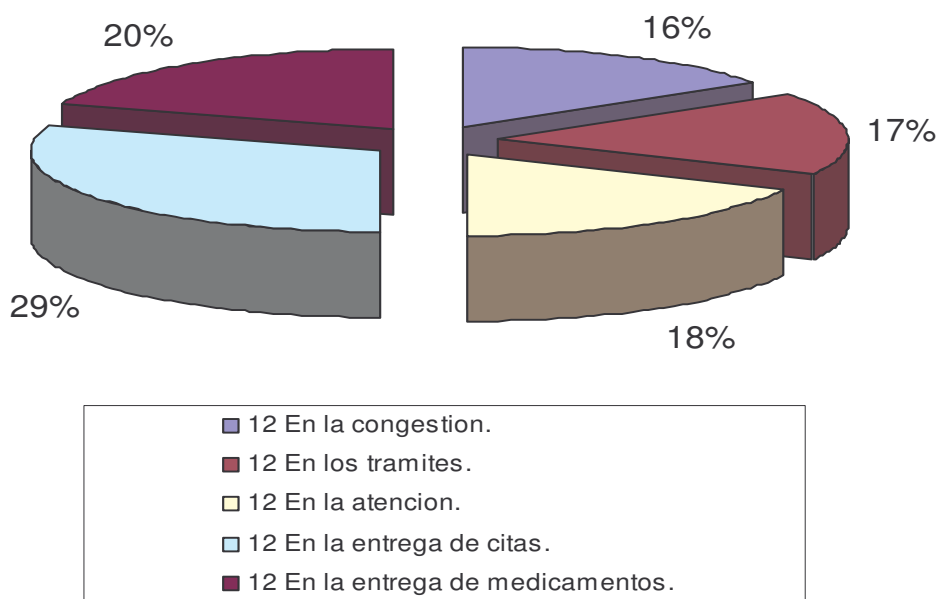
En este orden de ideas se obtuvo que este problema representa el 18% de la participación en los rezagos encontrados, entre las excusas planteadas por los beneficiarios afirman que primero existe una mala atención desde los administrativos donde se observa una mala voluntad en algunos casos a la hora de hacer posible el acceso a los servicios como si el acceso fuera mendigado, en segundo lugar se observa que existe una deficiencia en la capacidad con que el recurso humano presta la atención de los servicios lo cual acoge desde lo administrativo hasta lo asistencial. En tercer lugar existen deficiencias en los equipos e instrumentos médicos es el caso de los laboratorios clínicos donde se encontró según las afirmaciones que en muchas ocasiones se manda a repetir exámenes médicos pues los resultados son inconsistentes. El anterior conjunto de obstáculos fue encontrado en todas las instituciones prestadoras de servicios pero principalmente en la institución prestadora de servicios municipal. El anterior obstáculo se constituye un rezago netamente interno a nivel de estas instituciones donde no se puede relacionar ambientes al exterior de ellas pues deben lograr una mayor eficiencia y mejor escogencia del recurso humano que necesitan como insumo y allí es donde se debe entrar a realizar las funciones de vigilancia y supervisión por las entidades respectivas.

◆ **Con respecto a los trámites y papeleos.** Los tropiezos a la hora de recibir los beneficiarios los servicios en salud también se frecuentan en los tramites y papeleo que se necesitan para acceder a la prestación donde la población afirma que se deben adelantar demasiadas gestiones incluso a la hora de recibir atención que no necesita mayores trabas como en el caso de consultas externas o por urgencias, pero el problema se vuelve mayor en casos de que se requieran medicamentos costosos o intervenciones de alto costo o remisiones puesto que se debe acudir a las administradoras del régimen subsidiado como normalmente ocurre o en algunos casos a la dirección local pero incluso varios beneficiarios han acudido a la personería municipal cuando no es posible la solución del conflicto. El anterior problema proviene tanto a nivel interno como externo de las instituciones prestadoras del servicio pues si no se presenta a la hora de realizar procesos como el de facturación se presenta al hora de dar las autorizaciones las administradoras del régimen subsidiado. Adicionalmente todas las instituciones prestadoras de servicio no fueron ajenas a este rezago aunque en algunas en menor proporción. Lo anterior dado por la ausencia de sistemas eficientes de logística organización e información que entre la instituciones involucradas permita que los beneficiarios realicen el acceso de la forma más sencilla posible.

Esto debe mejorar en el corto plazo puesto que si tenemos en cuenta que dada la composición de los beneficiarios de subsidios en salud, dentro de el pertenece un gran numero de personas como las de la tercera edad a las sus condiciones físicas y/o cognitivas les impiden realizar de alguna manera el diligenciamiento de estos tramites además de personas que por el bajo grado de escolaridad o

incluso en estado de analfabetismo les queda difícil la realización de dichos tramites.

Grafico 29. Problemas percibidos por los beneficiarios de subsidios, a la hora de acceder a la prestación de los servicios en salud.



Fuente: Esta investigación. Ipiales. Marzo 2008.

◆ **Con respecto a la congestión.** La congestión al momento de intentar acceder a los servicios en salud es otro de los problemas frecuentes en el municipio de Ipiales y se ubica como el 16% del total de los encontrados. La explicación se da por el exceso de personas a la hora de necesitar el servicio, donde comienza por el gran volumen de turnos que se ofrece lo cual conlleva a la conformación de largas filas que el tiempo de espera se demasiado, entre la causa se encuentra que se da por el motivo de que la población que accede al servicio generalmente se concentra en algunas instituciones prestadoras del servicio lo anterior se observa en la atención de la población de vinculados la cual como debe hacer uso únicamente de la IPS municipal ESE y sus centros de salud perteneciente en el sector urbano, semiurbano y rural no tiene otra opción mas que agrandar el numero usuarios en espera. No obstante se observa que generalmente la mayoría de esta población tiende a acudir a la sede principal sin

tener en cuenta que existen los centros de salud alternos donde se pudo observar que la congestión es muy menor a la presentada en la sede principal.

Sin embargo se observa que en las Instituciones prestadoras de servicio privadas ya sea de propiedad de las administradoras del régimen subsidiado o por contrato. la congestión no constituye como un problema agudo.

Para la solución de lo anterior debe ser necesaria la redistribución de la población que accede a los servicios en salud y por parte de los beneficiarios principalmente los vinculados hacia la utilización de los centros de salud que observen que presentan una menor congestión.

Debido al problema anterior se planteó en la administración municipal que finalizó en diciembre del 2007 la construcción de un hospital de primer nivel con el fin de disminuir la congestión que afecta principalmente a la población de vinculados, sin embargo el proyecto no se logró ejecutar lo cual hubiese logrado una disminución de este problema, en la actual administración municipal actual este proyecto, aun es tenido en cuenta y se espera que sea ejecutado lo más pronto posible, es una de las mayores expectativas que tiene la población del municipio de Ipiales en lo que tiene que ver a la capacidad instalada en el sector salud en el municipio de Ipiales.

6. CONCLUSIONES.

- ◆ El envío de los recursos destinados a la salud por parte del gobierno central es distribuido oportunamente así se puede apreciar que el sector salud en el municipio de Ipiales al igual que en el resto del país recibe la importancia que merece teniendo en cuenta la relación de impacto que esta puede lograr en el campo del bienestar social y económico.

- ◆ El municipio de Ipiales a través de un eficiente recudo de ingresos fiscales como también ingresos por prestación de servicios, logro aportar de forma oportuna hacia la cofinanciación de este sector principalmente en la financiación de atención a la población de vinculados.

- ◆ Según los proceso de descentralización que sufrió con la IPS municipal y la disminución de ingresos que captaba por sanidad portuaria, ahora la institución deberá manejar sus recursos de forma más eficiente con el fin de evitar generar un déficit al interior lo cual no solo afectara sus recursos sino que además ello podrá repercutir sobre el total de las finanzas publicas del municipio.

- ◆ La institución prestadora de servicios en salud IPS municipal ahora ESE deberá en enfrentar un nuevo proceso en la captación de recursos con altos niveles de eficiencia puesto que fue acogida por las políticas nacionales de descentralización encaminadas a disminuir la carga fiscal, ojala estas modificaciones en el sector no afecten los ingresos de los usuarios más pobres a través de copagos o cuotas moderadoras; Y ojala estas políticas no se trasladen así como sucedió en el sector salud no se apliquen en el sector de la educación como el gobierno lo ambiciona excusándose en que deben ser más eficientes y auto sostenibles financieramente y sin embargo y paradójicamente los recursos destinados a la guerra crecen cada año.

- ◆ Al finalizar la vigencia administrativa 2004-2007 se observa que la situación financiera de contratación entre la dirección local de salud y las administradoras del régimen subsidiado da a conocer que existe una eficiente redistribución de recursos por parte de dicha entidad a las EPS.S. Así se puede apreciar que la dirección local dio cabal cumplimiento a la redistribución de los recursos de forma inmediata teniendo en cuenta que estos procesos deben ser los más ágiles posible pues se esta hablando de un subsidio de necesidad inmediata para las personas de escasos recursos.

◆ La cobertura lograda del régimen subsidiado en el municipio de Ipiales sobrepasó las metas planteadas inicialmente, por lo tanto se apreció una buena gestión por parte del ente territorial para expandir el número de beneficiarios de los subsidios en salud, sin embargo esto no solo se debe atribuir a las gestiones del municipio ya que se observa que es una política a nivel nacional. En la administración municipal 2008 se espera que las gestiones encaminadas a incrementar la cobertura del régimen subsidiado aumenten teniendo en cuenta que se habla de 29 mil personas que aun no están afiliadas al régimen subsidiado.

◆ La distribución de subsidios en salud en el municipio durante la anterior administración municipal se logró de forma equitativa entregando estos beneficios en salud a la población de las áreas urbanas y rurales con mayor índice de necesidades básicas insatisfechas.

◆ La entrega de subsidios en salud sobre la población más vulnerable ha impactado de manera directa proporcional sobre sus ingresos al ocurrir esto los individuos tendrán mayor disponibilidad para utilizar dichos recursos sobre otras necesidades básicas orientadas a mejorar su calidad de vida.

◆ Se observa que en el municipio existe un muy alto desconocimiento por parte de la población sobre sus derechos y deberes que posee como beneficiario del régimen subsidiado, esto tiene como causa la falta de capacitación por parte de las instituciones involucradas en el sector salud del municipio, problema que se agudiza puesto que al ignorar estas herramientas, los derechos de los beneficiarios como ocurre frecuentemente se ven vulnerados tanto por las administradoras del régimen subsidiado como por las instituciones prestadoras del servicio en donde varias de ellas buscan la rentabilidad por encima del beneficio que dispongan brindar a sus afiliados o usuarios.

◆ Existe un alto grado de confusión por parte de los beneficiarios cuando se sienten menospreciados o vulnerados en sus derechos y al ocurrir esto crean una mala referencia sobre la totalidad de los procesos que suceden en el sector salud en el municipio. Lo anterior dado por que no diferencian con certeza cada uno de los procesos en la distribución de recursos en salud

◆ La capacitación en lo pertinente a actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades se observa que estas funciones solo han sido cumplidas responsable y eficientemente por la dirección local de salud y en contrapartida las administradoras del régimen subsidiado han demostrado una

total apatía, y se tenemos en cuenta que con la ley 1122 del 2007 estas funciones son directamente delegables a ellas se entra ya en incumplimiento e ineficiencia en el manejo de recursos recibidos con destinación de promoción y prevención.

◆ Las políticas de ampliación de cobertura en el régimen subsidiado han sido eficientes, sin embargo no ha habido una correspondencia con los índices de calidad en la prestación del servicio donde se encontraron en los 5 problemas planteados, grandes rezagos así se puede detallar que según el origen de estos rezagos que suceden tanto al interior como al exterior de la entidades prestadoras de servicios en salud sobretodo en las instituciones prestadoras de servicios en salud publica como es el caso de la IPS municipal que según lo abstraído existen problemas de congestión, atención, entrega de citas. Etc. No obstante se encontró que otras instituciones privadas si demostraron un buen desempeño. Así observa que existe dentro del sector salud en el municipio de Ipiales un problema en la estructura de los procesos del sector salud los cuales salen a la luz en la última etapa de la prestación del servicio.

◆ Se observa que existen grandes diferencias en la prestación de servicios en salud que recibe la población afiliada al régimen subsidiado frente a la población de vinculados, donde esta ultima no se siente satisfecha con la prestación que recibe dado que única y exclusivamente debe acceder a la institución publica municipal.

◆ En cuanto al problema específico de la congestión que sufren varias entidades prestadoras del servicio se observa que el problema no esta condicionado tanto por el acceso de demanda sino más bien por la mala distribución de los beneficiarios en el total de la instituciones que prestan el servicio del municipio, no obstante es necesario la construcción del hospital de primer nivel para mejorar la calidad y el acceso siempre y cuando la capacidad instalada en planta y equipo sea optimo y que cumpla con altos estándares de calidad de igual manera que con recurso humano disponible con especialización y ética profesional puesto que fue una de las ausencias por la que varios beneficiarios se sintieron insatisfechos dado por la mala atención en la prestación del servicio.

◆ En cuanto a la dirección local de salud se pudo apreciar tanto en el tiempo que se participo en esta institución donde se analizo y se colaboro con la evaluación interna, además del método de indagar en la población general. Que dicha institución actuó de la forma más oportuna y eficiente posible, en las funciones para las que tiene su esencia y razón de ser creada. No obstante si se concibieron síntomas de insatisfacción en los beneficiarios pero cabe aclarar que

se dieron por las falencias que tuvo la prestación directa de los servicios en salud donde esta institución si debió haber actuado como mediadora optando por la posibilidad de generar mayor equidad y respeto por los derechos y deberes que merecen tanto los actores administradores de los recursos como los oferentes disponibles en la prestación del servicio y los demandantes de ellos.

◆ Finalmente se puede observar que dentro del esquema total del proceso que debe realizar de manera funcional el sector salud en el municipio, aun falta una integración participativa y dinámica donde intervengan todos los actores o instituciones incluyendo los beneficiarios directos, pues al existir altercaciones en alguno de ellos, el proceso de eficiencia se vera alterado y los resultado no llegaran a un punto optimo en el ultimo fin que es la satisfacción directa del beneficio adquirido.

7. RECOMENDACIONES

◆ Dentro del municipio de Ipiales es indispensable y urgente dentro de los proyectos que tiene el sector salud principalmente la dirección local, crear planes de trabajo orientados a adelantar jornadas de capacitación a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud que incluye los beneficiarios al régimen subsidiado, la población de vinculados, incluso los afiliados al régimen contributivo y especiales, con el fin de que estos puedan conocer sobre cuales son los derechos y deberes que como beneficiarios poseen con el fin de que mantengan una posesión activa y dinámica en pro de mejorar su propio beneficio y la evolución de los procesos evolutivos de la salud en el municipio, lo anterior teniendo en cuenta que con la implantación de la nueva ley 1122 del 2007 que reemplazo la ley 100 de 1993 se puede apreciar el funcionamiento de todo el sector salud que actúa sobre el país, y donde se da a conocer sobre todos las modificaciones beneficios que brinda la seguridad social en salud como herramienta indispensable para utilizar los ciudadanos.

Por ejemplo: Una de las estrategias como alternativa para el desarrollo de este objetivo puede ser la capacitación que se pueda dar de forma anticipada antes de la entrega de los carnets del régimen subsidiado sobre los potenciales no vinculaos que van a ser beneficiarios por medio de capacitaciones dinámicas con las cuales el ciudadano al recibir este carnét, se sienta satisfecho con un beneficio integral donde sepa cuales son los beneficios que tendrá a partir de ese momento y para enfrentar situaciones de injusticia a las que son susceptibles en varia ocasiones,

◆ Otra de las propuestas consiste en que la dirección local de salud no solo debe limitarse a la aplicación de encuestas de satisfacción en la prestación de los servicios en salud o satisfacción sobre la administradora del régimen subsidiado a la cual se esta afiliado, sino que además debe realizarse un estudio el cual acoja todos los aspectos del sector salud en el municipio desde involucrar evaluaciones que arrojen resultados sobre la misma dirección local para observar el concepto que merecen la población en general sobre su gestión realizada, hasta evaluar cual es la eficiencia verdadera con la que se benefician los ciudadanos sobre todas las actividades que esta institución adelanta. Así la propuesta se la podrá adelantar como una consulta ciudadana sobre el sector salud en el municipio.

◆ Finalmente como propuesta muy importante dentro del trabajo de grado esta la creación en el municipio de Ipiales de la defensoría del usuario o defensor del usuario puesto que es un mandato incluido dentro de la ley 1122 del 2007. el cual debe aplicarse en los entes territoriales y en el municipio hasta ahora esta ausente, Dicho ente depende de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo.

Con la puesta en marcha de la defensoría, los usuarios de los servicios en salud en el municipio podrán tener un mayor respaldo cuando vean atentados sus derechos puesto que como se lo observo en el estudio de campo, la mayoría de la población en el municipio presenta sus quejas o reclamos ante las oficinas de atención al usuario de una administradora de régimen subsidiado o institución prestadora del servicio las cuales por lo general tratan de buscar excusas que se ajusten al su propio beneficio con argumentos que no solucionan las expectativas del usuario, con la figura de defensoría del usuario los ciudadanos ya sabrán donde realmente es efectivo realizar los reclamos correspondiente pues el defensor tendrá como función conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud. Sobre todo teniendo en cuenta ese respaldo tan grande como lo es la superintendencia nacional de salud como ente encargado de hacer vigilancia.

BIBLIOGRAFÍA.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE IPIALES, Plan de desarrollo 2004-2007 Ipiales merece lo mejor. Acápite sociocultural-salud.

CAMPOS, Jazmín; RIVERA, Magda y CASTAÑEDA, Martha Yanira. (2004). El malestar de la salud en Colombia. Economía colombiana. Edición 303.

CNSSS. Informes de Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Disponibles en Colombia. Ley 100 de 1993.

COMISIÓN MEXICANA DE MACROECONOMÍA Y SALUD. Macroeconomía y salud invertir en salud para el desarrollo económico. Informe de la. México, 2001

GES. Macroeconomía y salud en Colombia. Observatorio de la seguridad social. No. 10 (2005)

GES. Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996 – 2005. Observatorio de la seguridad social. No. 13 (2006)

IÑIGUEZ., Antonio. Economía de la Salud Febrero, 2005

RAMÍREZ, Manuel; GUERRA, José; RIVERA, David y ZAMBRANO, Andrés. Una aproximación de la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida. Borradores de Investigación. N° 72, Julio de 2005

ROMERO ROMERO, Enrique. Presupuesto y contabilidad pública, 2ª. Edición.

SEMINARIO SOBRE LA REORMA A LA LEY 100 DE 1993. Memorias del primer seminario sobre la reforma a la ley 100 de 1993. Ipiales Dirección local de salud, 2007.

SIERRA, Enrique y PADILLA, Oswaldo. Ecuador crisis y crecimiento.

SACHS, Jeffrey. Organización Mundial de la Salud proyecto. Reporte de la comisión de salud y macroeconomía (2002).

VARGAS YARA, Gustavo. Hacia un concepto de equidad. Cuadernos de economía Universidad Nacional de Colombia. 2002

ZEA, Jairo Humberto (2004). Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en el entorno nacional. Nuevos Tiempos. Volumen 10.

ANEXOS.

A. Encuesta.

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA.**

FORMATO DE ENCUESTA. OBJETIVO: conocer la opinión que tienen los afiliados al régimen subsidiado y Sisben, con respecto a las políticas que el gobierno y las empresas administradoras del régimen subsidiado han adelantado en el sector salud en el municipio de Ipiales.

BARRIO DONDE HABITA. _____

I. CON RESPECTO A LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO O SISBEN:

EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN SALUD LO OBTIENE POR MEDIO DE:

A. CARNÉT RÉGIMEN SUBSIDIADO. ____ **B.** VINCULADOS. ____

ESTRATO SOCIOECONOMICO. 0 ____ 1 ____ 2 ____

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE SU CARNÉT DE SALUD ESTA AFILIADO.

MALLAMAS. ____

CAPRECOM. ____

COMFAMILIAR. ____

EMSANAR. ____

PREGUNTAS:

1. ¿ESTA SATISFECHO CON LA EMPRESA DONDE SU CARNET DE SALUD ESTA AFILIADO? SI__ NO__

¿PORQUE? _____

2. ¿HA MEJORADO SU CALIDAD DE VIDA DESDE EL MOMENTO QUE LE ENTREGARON EL CARNET DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO O SISBEN? SI. ____ NO. ____

¿PORQUÉ? _____

3. ¿CUANDO USTED TIENE ALGÚN RECLAMO, A QUIEN LO PRESENTA?

-
4. ¿USTED PARTICIPA COMO VEEDOR DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO O SISBEN CUANDO OBSERVA ALGUNA IRREGULARIDAD O INJUSTICIA?
SI.____ NO.____

¿COMO?_____

5. ¿ES CONOCEDOR SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENE COMO BENEFICIARIO DE LOS SUBSIDIOS EN SALUD?
SI.____NO.____

6. ¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN, SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENE USTED COMO BENEFICIARIO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO O SISBEN? SI.____ NO.____

7. ¿LE PARECE QUE EN EL MUNICIPIO HA HABIDO UNA BUENA INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES?
SI____ NO____

¿PORQUÉ?_____

8. ¿COMO CALIFICARÍA LA GESTIÓN DEL SECTOR SALUD REALIZADA POR LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL QUE FINALIZO EL DICIEMBRE PASADO?

A EXCELENTE.____ B BUENA. ____ C REGULAR. ____ D
MALA. ____

¿PORQUÉ?_____

9. SEGÚN USTED, ¿COMO SE ENCUENTRA LA GESTIÓN Y EFICIENCIA DEL SECTOR SALUD EN LA ACTUAL ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL?

A. ESTA MEJORANDO.____ B. SIGUE IGUAL QUE ANTES.____ C. AUN LO NO SABE.

D. ESTA EMPEORANDO.____

¿PORQUE?_____

II. CON RESPECTO A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD:

¿CUAL ES EL CENTRO DE SALUD, HOSPITAL O CLÍNICA DONDE FRECUENTEMENTE USTED RECIBE ATENCIÓN EN SALUD? _____

10. ¿SE ENCUENTRA SATISFECHO CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO QUE RECIBE? SI. _____ NO. _____

¿PORQUÉ?_____

11. ¿CUANDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE HIZO USO DE SU CARNÉT PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD COMO CONSULTAS, CONTROL, CIRUGÍAS LABORATORIO, ETC.?

- a. HACE MENOS DE TRES MESES.____
- b. ENTRE 3 Y SEIS MESES.____
- c. ENTRE SEIS MESES Y UN AÑO.____
- d. HACE MÁS DE UN AÑO.____

12. ¿EN QUE ETAPA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN SALUD HA TENIDO MAYORES PROBLEMAS? (PUEDE SELECCIONAR MAS DE UNA OPCIÓN)

A. EN LA CONGESTIÓN _____ B. EN LOS TRÁMITES O PAPELEOS. _____ C. EN LA ATENCIÓN._____

D. EN LA ENTREGA DE CITAS.____ E. EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS._____

13. ¿CREE USTED QUE DENTRO DEL MUNICIPIO SE NECESITA MAYOR NUMERO DE CENTROS DE SALUD O SIMILARES? SI _____ NO _____

¿PORQUE?_____