

**EL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES DEL SECTOR SALUD EN LA  
IPS INDÍGENA DEL RESGUARDO DE MALES MUNICIPIO DE CÓRDOBA  
NARIÑO.**

**JULIO JEREMÍAS ARGOTTI PÉREZ**

**POSTGRADO EN DERECHO ADMINISTRATIVO  
UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
San Juan de Pasto  
2007.**

**EL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES DEL SECTOR SALUD EN LA  
IPS INDÍGENA DEL RESGUARDO DE MALES MUNICIPIO DE CÓRDOBA  
NARIÑO.**

**JULIO JEREMÍAS ARGOTTI PEREZ**

**Trabajo presentado con el fin de obtener el título de especialista en Derecho  
Administrativo.**

**POSTGRADO EN DERECHO ADMINISTRATIVO  
UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
San Juan de Pasto  
2007.**

**“Las ideas y conclusiones aportadas en este trabajo de grado, son de responsabilidad exclusiva de su autor”.**

**Artículo 1ª del acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966, emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.**

**NOTA DE ACEPTACIÓN.**

**APROBADO. 85**

-----  
**Dra. Rubiela Jaramillo López.**  
**Asesora.**

-----  
**Dra. Ruby del Carmen Goyes Pazos**  
**Jurado.**

-----  
**Dr. Luís Antonio Carvajal Argoty.**  
**Jurado.**

**San Juan de Pasto-N- febrero 9 de 2007.**

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.	
1. LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	11
1.1 Concepto de IPS	12
1.2 Naturaleza Jurídica	12
1.3 Principios de la IPS	12
1.3.1 Calidad	13
1.3.2 Eficiencia	13
1.4 Prohibiciones de las IPS	13
2. PARTICIPACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	15
2.1. Régimen Contributivo	15
2.2 Régimen Subsidiado	15
2.2.1 .La unidad de Pago por Capitación Subsidiada	16
2.2.2 Objetivos del Régimen Subsidiado	16
2.3 Población Pobre y Vulnerable	16
2.3.1 Subsidio a la Oferta	17
3. PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	18
4. VINCULACIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA A LOS REGIMENES	

DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	20
4.1. La financiación de la afiliación de los pueblos indígenas.	20
4.2 Valor por excepción de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para los Pueblos Indígenas.	20
4.3 Planes y Programas de la ley 100 de 1993 para las Comunidades Indígenas	21
4.4. Pagos Moderadores	22
4.4.1. Cuota Moderadora	22
4.4.2. Copago	22
4.5. Exención de la población indígena de cuotas moderadoras y copagos	23
5. LA IPS-I DEL RESGUARDO DE MALES MUNICIPIO DE CÓRDOBA-N	24
6. TIPOS DE CONTRATACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE LAS IPS	26
7. CONTRATACIÓN DE LA IPS-I DEL RESGUARDO DE MALES- MUNICIPIO DE CÓRDOBA-N.	27
8. PLAN DE MEJORAMIENTO IPS-I DEL RESGUARDO DE MALES- MUNICIPIO DE CÓRDOBA-N	32
9. RESPONSABILIDAD POR LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA IPS INDÍGENA	33
BIBLIOGRAFÍA	

## **RESUMEN.**

La ley 100 de 2001, con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableció como uno de sus muchos componentes, que la prestación de los Servicios de Salud podría hacerse a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, determinando para estas, su naturaleza jurídica, principios y prohibiciones. A la vez, el acceso a la salud sería para toda la población Colombiana, sin distinción de raza, edad, credo político o religioso y bajo los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, integralidad, unidad y participación, y a través de regímenes como el contributivo, subsidiado y población pobre y vulnerable (anteriormente vinculados).

Dentro de este contexto, a la población indígena se la hizo partícipe del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con su vinculación a través del Régimen Subsidiado y con ciertos beneficios puntuales, establecidos en el orden constitucional, legal y reglamentario.

Es por ello, que en este trabajo se trata el tema de los Recursos del Sector Salud, provenientes del Sistema General de Participaciones, en la IPS Indígena del Resguardo de Males-Municipio de Córdoba-Nariño desde el momento de su destinación, hasta su real aplicación en la prestación de los Servicios de Salud. Además, teniendo como base la obtención y utilización de aquellos recursos públicos, se ha planteado nuestro criterio frente a la responsabilidad disciplinaria que podría derivarse, por la administración de los ingresos que los Cabildos Indígenas obtienen por la prestación de Servicios de Salud, a través de sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas.

## **ABSTRACT.**

Law 100 of the 2001, white the implementation of the general system of social security in health, established like one of its many components, that the services of health could be done through the institutions of health service, determining for these, their legal nature, principles and prohibitions. Simultaneously, the access would be for all the Colombian population, and not taking into account the race, age or political or religious beliefs; under the principles and regimes established by the law.

Within this context, the indigenous population participates in the General System of Social Security in Health, through the subsidized Regimen and certain precise benefits, established in the constitutional, legal and statutory order.

For that reason, in this work the subject is the resources of the Health Sector, originated from the General System of Participation, for the Institution of health service indigenous "Resguardo de Males Municipio de Córdoba - Nariño" from the moment of its destination, to its real application of the Health Services.

In addition, this work determines the disciplinary responsibility that could be derived by the wrong administration of the income that the indigenous Town halls obtain by benefit of Services of Health.

## INTRODUCCIÓN.

Con el constituyente de 1991, se supera la antigua fórmula de Estado de Derecho para convertirse en un Estado Social de Derecho, no significando con ello, la desaparición de la concepción clásica de Estado sino, que se viene armonizar con la condición social del mismo, ya que encuentra el punto de fusión en la dignidad de la persona humana-

De esta forma, en este nuevo escenario, la seguridad jurídica proporcionada, en principio, por la legalidad se le añade ahora la efectividad de los derechos fundamentales que se desprenden de lo social, encontrándonos bajo un Estado cuyo propósito fundamental se encuentra en garantizar condiciones de vida dignas, traducándose esto en no solo restringir las libertades de los asociados sino, en ofrecer las oportunidades necesarias para vivir y desarrollarse, cuestión que conlleva a que el Estado no solo responda por su acción sino además por su omisión, puesto que su actuar está delimitado al cumplimiento de unos fines al interior de la sociedad.

Bajo este entendido, uno de los grandes cambios que se vislumbran a partir de 1991 es el abandono del carácter formal de los derechos, dando paso al sentido material de los mismos, construcción que implica un cambio en la concepción de la fundamentalidad de los derechos, de tal forma, que ésta no solo aparece a partir de la naturaleza de los mismos derechos, sino también atendiendo a las circunstancias particulares de cada caso concreto, en este sentido, el derecho constitucional a la seguridad social consagrado en el artículo 48, en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales acogen el carácter de fundamental por conexidad, fórmula que permite al Estado cumplir con sus propios fines.

De igual manera, la carta política bajo el artículo 48 consagró a la salud, además de ser un servicio público, como un derecho de carácter fundamental por su conexidad con la vida y la dignidad humana, bajo el cual queda amparada la población Colombiana, sin distinción de raza, edad, credo político o religioso y bajo los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, integralidad, unidad y participación y asumiendo a la categoría de un deber de cada ciudadano para mantener su estado de salud.

La ley 100 de 1993, reguló el Sistema de Seguridad Social Integral, dentro del cual se involucra el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el cual se garantiza la afiliación y prestación de los servicios de salud a la población a través de los regímenes contributivo, subsidiado y mediante el sistema de vinculados (actualmente subsidio a la oferta); la ley 715 de 2001 a su vez, establece normas

orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de salud entre otros; de igual forma la ley 691 de 2001 reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social y el Acuerdo No. 244 de 2003 del Consejo Nacional de Seguridad en Salud, constituye el marco actual sobre régimen subsidiado.

Los servicios de salud se prestan a través de diferentes Instituciones y de distintos niveles, la prestación de estos en el primer nivel, es reservado a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sus actividades se encuentran sujetas a pagos por venta de servicios, a las entidades encargadas de administrar los recursos constitutivos de los subsidios y que para el caso que nos ocupa se trata una Administradora del Régimen Subsidiado, quien a su vez dependen de los pagos por parte de las entidades territoriales, de las transferencias que estas reciben del Régimen General de Participaciones, en tratándose del régimen subsidiado.

La institución Prestadora de Servicios de Salud del Resguardo de Males (Municipio de Córdoba-N), tiene como finalidad la prestación de los servicios de salud de primer nivel a la comunidad indígena del resguardo, quienes se encuentran dentro de los sectores más vulnerables de la población, siendo amparados por los recursos del régimen subsidiado.

Es entonces, que se hace necesario tratar separadamente aspectos como: el carácter legal de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del resguardo de Males (Municipio de Córdoba-N), el sistema de contratación con la administradora del régimen subsidiado, de donde se desprende su sostenibilidad económica, las posibles falencias en la prestación de los servicios de salud y el alcance de la responsabilidad frente a la legislación disciplinaria, por el manejo de los recursos obtenidos por la venta de servicios.

Amén de determinar los recursos que efectivamente percibe la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del resguardo de Males (Municipio de Córdoba-N), de aquellos orientados al sector salud y provenientes del Régimen General de Participaciones, tomamos como marco de referencia la última contratación efectuada por la referida Institución con la entidad promotora de salud Mallamas EPS Indígena, a través de los contratos de Prestación de Servicios de Salud Nos. 217-06 y 218-06, con vigencia de 01 de octubre de 2006 a 31 de marzo de 2007, para una población de 10.129 afiliados.

Creemos oportuno, para llegar al cabal cumplimiento de los objetivos del trabajo, considerar aspectos puntuales del Sistema General de Seguridad Social, que guarden relación con el tema planteado y que nos permiten una clara y específica concepción de los Servicios de Salud a que tienen derecho y que son cubiertos por el Sistema General de Participaciones en el Sector Salud, a parte de la población cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguen de otros sectores de la colectividad.

## 1. LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD-IPS.

Con la expedición de la ley 100 de 1993 que implementa el sistema de seguridad social en salud, se pretendió entre otros aspectos, garantizar el acceso a la salud de aquellos que carecían de capacidad de pago, haciéndolo factible a través del sistema denominado Régimen Subsidiado, situando a los sectores más vulnerables, entre ellos el indígena como beneficiarios directos de estos recursos.

En relación con las comunidades indígenas, se ha legislado aún de una manera un tanto limitada, permitiendo que los Servicios de Salud los prestaran a través e sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas, llevando a efecto sus contrataciones por intermedio de sus representantes legales que para el efecto son los respectivos Gobernadores del Cabildo, quiénes contratan directamente con las Administradoras del Régimen Subsidiado.

Sin embargo y a pesar de la caracterización de especial de la legislación indígena, sus Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, su creación es el producto del ejercicio de una función pública, y en lo referente a su constitución y el marco legal para el cumplimiento de su objeto, se encuentra legalmente establecido, que deben llenar con todas las exigencias contempladas en la normatividad de carácter general expedida por el Ministerio de Salud y ahora de la Protección Social, teniendo como génesis los lineamientos de la ley 100 de 1993, con las normas que la han modificado, reglamentado y complementado y que en lo pertinente regla:

*“art.185. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** Sun funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.*

*Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de*

*servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de*

*Servicios de Salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.* (Subrayas fuera del texto).

### **1.1 CONCEPTO DE IPS.**

Como corolario de lo anterior podemos decir entonces, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son toda entidad de carácter oficial, privadas, mixtas o comunitarias, legalmente organizada para la prestación de los Servicios de Salud y cuyo marco funcional comprende prestar a los afiliados y beneficiarios, dentro del contexto de sus lineamientos legales y contractuales los Servicios de Salud en el nivel de complejidad correspondiente, además, de los planes obligatorios y complementarios., siendo adscritas o por fuera de las respectivas Empresas Promotoras de Salud. También puede definirse como todo establecimiento que se ha organizado o constituido para la Prestación de Servicios de Salud.

### **1.2 NATURALEZA JURÍDICA**

En el contexto legal que rige la prestación de los servicios de salud, a través de estas entidades, en nuestro actual ordenamiento legal (ley 100/2003), se les ha catalogado como:

- Oficiales
- Privadas
- Mixtas
- Comunitarias o Solidarias

### **1.3. PRINCIPIOS DE LA IPS**

Como principios básicos de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, sea cual fuere su naturaleza, y en desarrollo de sus actividades o en la prestación de los servicios deben observarse:

**1.3.1 Calidad.** *“Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.”*

**1.3.2 Eficiencia.** *“Entendida como la mejor utilización social y económica de los*

*recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles, para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.”*

Debe observarse además, que en términos generales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud oficiales o del sector público, pueden poseer autonomía administrativa, técnica y financiera, obviamente, que esta situación sólo es predicable de aquellas, cuando se hayan constituido en Empresas Sociales del Estado, y dentro de sus respectivos niveles de complejidad de atención.

#### **1.4 PROHIBICIONES DE LA IPS.**

Estas entidades se encuentran sujetas a expresas prohibiciones, como:

- Acuerdos o convenios entre IPS.
- Entre asociaciones o sociedades científicas
- Profesionales y o auxiliares del sector salud,

Siempre y cuando, esas actividades vayan orientadas, a situaciones como Impedir, restringir o falsear el mercado de la libre competencia en el contexto del mercado de la Prestación de los Servicios de Salud; adelantar acciones encaminadas a impedir, restringir o interrumpir la Prestación de los Servicios de Salud.

No obstante lo anterior, el juego de la libre competencia, creemos no siempre puede cumplirse, por cuanto es dable evadirlo amén de procurar beneficiar a una Administradora del Régimen Subsidiado.

Veamos el caso de la contratación para la Prestación de los Servicios de Salud a las Comunidades Indígenas, de acuerdo a lo establecido por la ley 691 de 2001 en su artículo 17:

**“ESCOGENCIA DE LA ADMINISTRADORA.** *Cada comunidad indígena, por el procedimiento que ella determine, y en acta suscrita por las autoridades propias, seleccionará la institución administradora de los recursos del sistema subsidiado, a la cual deberá afiliarse o trasladarse la totalidad de los miembros de la respectiva comunidad*

*Cualquier hecho conducta manifiesta orientada a distorsionar la voluntad de la comunidad, para la afiliación o el traslado de que trata el presente artículo, invalidará el contrato respectivo y en este evento se contará con 45 días hábiles para el traslado.”*

Esta facultad de orden legal, hace que siendo potestativo de las autoridades propias de los respectivos Cabildos Indígenas, la decisión de trasladar o afiliar la totalidad de los beneficiarios del régimen subsidiado, o dicho de otra manera, tienen el respaldo legal para escoger la Administradora de Régimen Subsidiado que prefieran a nombre y en representación de las respectivas comunidades beneficiarias del sistema.

Es consecuencia lógica, que la respectiva administradora beneficiada con la administración de los recursos, contrate la prestación de los Servicios de Salud con la Prestadora del respectivo Cabildo Indígena, dejando por fuera de la contratación o en menor proporción a instituciones del mismo nivel de complejidad que puedan existir en el medio, o cuando menos otorgando preferencias en la contratación con aquellas.

Es que no puede perderse de vista, que esta facultad legal en última instancia se centra en el Gobernador del respectivo Cabildo, quien a su vez es el representante legal de la Corporación, y de la respectiva Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena.

## 2. PARTICIPACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Los regímenes a través de los cuales la población puede participar del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se encuentra normados por la ley 100 de 1993, y consisten:

### 2.1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

Para la persona que recibe Servicio de Salud de parte de una Empresa Promotora de Salud, en razón de encontrarse afiliada por tener un patrono o cotizar como trabajador independiente o ser beneficiario del afiliado.

Cobija a toda la población que tiene capacidad económica de pago o para cotizar, y a sus familiares que de acuerdo con la ley, estén habilitados para ser inscritos.

*“Art. 202. Definición. El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema de Seguridad Social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual o familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador.”*

### 2.2 RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Para aquellos que reciben los Servicios de Salud, por parte de una Administradora del Régimen Subsidiado, en razón de no tener capacidad de pago.

También puede entenderse como el conjunto de normas que rigen el ingreso de las personas sin capacidad de pago y su núcleo familiar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Afiliación que puede hacerse mediante al pago total o parcial de la unidad de pago por capitación subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad.

*“art. 211. Definición. El Régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley.”*

**2.2.1 .La unidad de Pago por Capitación Subsidiada:** *“Es la suma que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce a las Administradoras del Régimen Subsidiado, por el pago del seguro de afiliación por persona/año, lo cual le da derecho a recibir las atenciones contenidas en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud Subsidiado, establecido en el Sistema de Seguridad Social en Salud.”*

**2.2.2 Objetivos del Régimen Subsidiado.** Dentro del marco conceptual del Régimen Subsidiado, se han establecido como objetivos de este:

- que la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago, entre ellos las **COMUNIDADES INDÍGENAS**, tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Velar por que el Consejo Nacional de Seguridad social en Salud, diseñe un programa a fin de que los beneficios constitutivos del Régimen Subsidiado, logren el plan obligatorio de salud del Régimen Contributivo.
- Procurar y velar por el desarrollo equilibrado del Sistema de Seguridad Social en Salud en su Régimen Subsidiado, equilibrio que debe procurarse entre los actores como: Administradoras del Régimen Subsidiado, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los USUARIOS.
- Garantizar a los beneficiarios del subsidio en salud, diferentes opciones a fin de poder elegir libremente la Administradora del Régimen Subsidiado entre las diferentes administradoras de este; sin perder de vista la excepción a la cual pueden acudir las comunidades indígenas.
- Garantizar que las Instituciones Prestadoras del Servicios de Salud, cumplan con el lleno de los requisitos de Garantía de Calidad establecidos por el Ministerio de la Protección Social, actualmente reglados por el Decreto 1011 de 2006, *“ Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”*

### **2.3 POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE (ANTERIORMENTE LLAMADOS VINCULADOS).**

La población pobre y vulnerable es aquella que se enmarca dentro de las características de pobreza y vulnerabilidad y que transitoriamente se encuentra al margen del Sistema de Seguridad Sociales Salud. La atención de esta población se encuentra a cargo del Estado, quien cumple su función a través de las Instituciones Públicas, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta.

**2.3.1 Subsidio a la Oferta.** *“Se encuentra constituido por el aporte económico que se hace a las entidades Públicas Hospitalarias o Privadas con quien se contrate por parte del Estado, amén de que se preste la atención de las personas de escasos recursos que aún no se encuentran o no han ingresado al Sistema de Seguridad Social en Salud.”*

### 3. PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.

Las comunidades indígenas, entraron a ser beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social a través de la ley 691 de 2001: *“Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.”*, así lo establece en su artículo primero, siendo puntual en su aplicación específica para estas comunidades:

**“APLICACIÓN.** *La presente ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia, entendiéndose por tales la definición dada en el artículo el artículo primero de la Ley 21 de 1991”.*

Sin embargo, el ordenamiento legal en comento, en forma expresa regló, el concepto o la definición que debe tenerse de estas comunidades, para ser beneficiarias del Sistema de Seguridad Social, en el contexto del Régimen Subsidiado. La aludida ley 21 de 1991, es aquella: *“Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989.”* En su artículo primero establece:

*“1. El presente Convenio se aplica:*

*a) A los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial;*

*b) A los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.*

*2. La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio.*

*3. La utilización del término "pueblos" en este Convenio no deberá interpretarse en el sentido de que tenga implicación alguna en lo que atañe a los derechos que pueda conferirse a dicho término en el derecho internacional."*

Sin embargo y no obstante lo anterior, se puede encontrar e identificar en algunos entes territoriales donde existen resguardos indígenas, a quiénes son beneficiarios y participan de este régimen especial, siendo que legalmente no se encuentran amparados por la norma citada y muchos cuyas características se ajustan a esta normatividad se encuentran por fuera del sistema.

Desafortunadamente no existen en la legislación indígena, verdaderos mecanismos de control para la identificación plena de esta población, y es que con la escasa y dispersa legislación existente, muchos aspectos, entre otros el registro en los respectivos censos, se encuentra al arbitrio de sus autoridades propias y no son pocos los casos, de la inclusión en los censos indígenas, de población que únicamente persigue beneficios puntuales que legalmente les han sido asignados a estas comunidades. Creemos que el legislador, se ha quedado corto en la implementación y reglamentación de verdaderos mecanismos de orden legal, encaminados a que los beneficios, entre otros aspectos los establecidos en el Sector Salud para los pueblos indígenas, sean exclusivamente para ellos, y no como actualmente ocurre, que en muchos casos, son obtenidos por integrantes de colectividades ajenas a aquella.

#### **4. VINCULACIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA A LOS REGIMENES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

Los integrantes de las comunidades indígenas, se vinculan al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Régimen Subsidiado, exceptuándose aquéllos que poseen capacidad de pago, pues así lo regla el artículo 5º de la ley 691 de 2001:

*“**VINCULACIÓN.** Los miembros de los Pueblos Indígenas participarán como afiliados al Régimen Subsidiado, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, excepto en los siguientes casos:*

- 1. Que esté vinculado mediante contrato de trabajo.*
- 2. Que sea servidor público.*
- 3. Que goce de pensión de jubilación.*

*Las tradicionales y legítimas autoridades de cada Pueblo Indígena, elaborarán un censo y lo mantendrán actualizado, para efectos del otorgamiento de los subsidios. Estos censos deberán ser registrados y verificados por el ente territorial municipal donde tengan asentamiento los pueblos indígenas.”*

##### **4.1 FINANCIACIÓN DE LA AFILIACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS:**

Según lo reglado por el artículo 12 de la ley en antes mencionada, se hace a través de los siguientes aportes.

- Recursos del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud.
- Con aportes del Fosyga, subcuenta de solidaridad;
- Con recursos de los Entes Territoriales, y
- Con aportes de los Resguardos Indígenas.

##### **4.2 VALOR POR EXCEPCIÓN DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC) PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS.**

En lo referente al valor de la unidad de pago por capitación, como beneficio exclusivo para los pueblos indígenas, esta parte de la normatividad indígena anteriormente relacionada, permite que previa solicitud de los representantes de las comunidades y previo el lleno de los requisitos que permiten establecer las

condiciones que lo ameriten, esta pueda ser fijada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, hasta en un cincuenta por ciento (50%) por encima de la unidad de pago por capitación normal, atendiendo a criterios como:

- Dispersión geográfica
- Densidad poblacional
- Dificultad de acceso
- Perfiles epidemiológicos
- Traslados de Personal

#### **4.3 PLANES Y PROGRAMAS DE LA LEY 100 DE 1993 PARA LAS COMUNIDADES INDÍGENAS.**

De otra parte, para estas comunidades indígenas procede la aplicación de los principios generales de orden Constitucional y legal del Sistema General de Seguridad Social en Salud, haciéndolas beneficiarios de los planes y programas de la ley 100 de 1993, como lo establece el artículo 6 de la ley 691 de 2001, así:

- Plan Obligatorio de Salud.
- Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (conforme se define en el Acuerdo 72 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).
- Plan de Atención Básica.
- Atención Inicial de Urgencias.
- Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos.

Al respecto de estos programas debe observarse, que algunos de ellos además de la regulación general, poseen regulación específica o especial en tratándose de población indígena. Es el caso del Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual se encuentre reglado por la Resolución No. 4288 de 1996 del Ministerio de Salud. Sin embargo, tanto en su formulación como en su implementación dentro de las comunidades indígenas, debe observarse además, lo establecido en la ley 691 de 2001, en su artículo 10, que al efecto establece:

***“PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA.*** *La ejecución del P.A.B., será gratuita y obligatoria y se aplicará con rigurosa observancia de los principios de diversidad étnica y cultural y de concertación.*

*Las acciones del P.A.B., aplicables a los Pueblos Indígenas, tanto en su formulación como en su implementación, se ajustarán a los preceptos, cosmovisión y valores tradicionales de dichos pueblos.....*

*En la ejecución del P.A.B., se dará prioridad a la contratación con las autoridades*

*de los Pueblos Indígenas, sus organizaciones y sus instituciones creadas explícitamente por aquellas comunidades para tal fin.”*

De la misma manera, la citada legislación para miembros de los pueblos indígenas, prevé como **EVENTOS CATASTRÓFICOS**, el desplazamiento forzado, el cual puede ser por causas naturales o también con base en hechos generados por la violencia social o política.

En los eventos en los cuales deban realizarse actividades y procedimientos, que no se encuentren cubiertas dentro del marco de los programas y procedimientos anteriormente relacionados, estos serán realizados en las Instituciones Públicas o las Privadas con quienes tenga contrato el Estado y su pago se hará con cargo a los recursos del subsidio a la oferta.

#### **4.4. PAGOS MODERADORES.**

La ley 100 de 1993 en su artículo 187, define los pagos moderadores en los siguientes términos:

*“De los pagos Moderadores. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicaran con el exclusivo objeto de racionalizar el uso del servicio del sistema En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de salud. “*

Como consecuencia de la normativa expuesta, aún los beneficiarios del régimen subsidiado, se encuentran obligados a cancelar aportes, ya fuere bajo la modalidad de cuotas moderadores o copagos.

**4.4.1. Cuota Moderadora.** *“Son sumas de dinero que cancelan los afiliados y beneficiarios cada vez que utilizan los servicios y su objetivo es regular la utilización de los servicios de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por la EPS. “(Inciso 17, art. 4º del decreto 1938 de 1944 y art. 1º del Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad en Salud).*

**4.4.2. Copago.** *“Son los aportes en dinero, cancelados exclusivamente por los beneficiarios, que corresponden a una parte del valor del servicio teniendo como finalidad ayudar a financiar al sistema.” (Inciso 16, art. 4º del decreto 1938 de 1944 y art. 2º del acuerdo 340 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud).*

#### **4.5 EXENCIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS.**

Los aportes que bajo la modalidad de cuotas moderadoras y copagos, para acceder a la obtención de los servicios de salud, ya fuere para regular la utilización de los servicios o como pago de parte del valor del servicio, no son cobrados a la población indígena beneficiaria del régimen subsidiado.

La exención, tiene su asidero legal en lo previsto por el artículo 20 de la ley 691 de 2001, cuando establece:

*“Los servicios de salud que se presten a los miembros de pueblos indígenas del régimen subsidiado estarán exentos del cobro de cuotas moderadoras y copagos”.*

Exención además establecida en el Acuerdo 260 de febrero 4 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”, así:

*“Para la población indígena e indigente debidamente verificada, la atención será gratuita y NO pagarán copago,....”*

El desarrollo e implementación de los algunos de los programas del Sistema de Seguridad Social en Salud, como la regulación de algunos beneficios para las comunidades indígenas, se han establecido como garantía al **Principio de la diversidad étnica y cultural**, considerado con el carácter de constitucional en el artículo 7º del Ordenamiento Superior, cuando establece:

*“El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana.”*

Con fundamento en el aludido principio, el artículo 3º de la ley 691 de 2002, dice: Se debe respetar su estilo de vida, sus referentes culturales y ambientales y de esta forma, se procurara el desarrollo armónico de la población indígena.

*“....., es principio aplicable el de la diversidad étnica y cultural; en virtud del cual, el sistema practicará la observancia y el respeto a su estilo de vida y tomará en consideración sus especificidades culturales y ambientales que les permita un desarrollo armónico a los pueblos indígenas.”*

## **5. LA IPS-I DEL RESGUARDO DE MALES MUNICIPIO DE CÓRDOBA-NARIÑO.**

La Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Resguardo de Males, Jurisdicción del Municipio de Córdoba-Nariño, se creó mediante Acuerdo S/N de 21 de mayo de 2000, expedido por el respectivo Cabildo de Indígenas.

Para aquel entonces el Instituto Departamental de Salud de Nariño, profirió el respectivo Acto Administrativo, a través del cual ordenaba la clasificación y registro, en el Registro Especial Departamental, de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Resguardo de Males del Municipio de Córdoba (N), a través de la Resolución No. 777 de 2 de agosto de 2003, que al respecto dijo:

**“INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO.  
RESOLUCIÓN NÚMERO 777**

(- 2 ago. 2000)

*Por la cual se clasifica a una entidad que presta servicios de salud y se ordena su inscripción en el Registro Especial Departamental.*

**EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

*En uso de sus atribuciones legales y en especial las contenidas por la Resolución número 14707 de 1991 emanada del Ministerio de Salud, y*

**CONSIDERANDO.**

*Que la ley 10 de 1990 y su Decreto Reglamentario número 1760 del mismo año, ordena clasificar a las entidades que presten servicios de salud de acuerdo con su complejidad*

.....

*Que el Ministerio de Salud mediante Resolución No. 14707 de 1991 organizó el registro especial de las personas naturales y jurídicas que prestan servicios de salud y a la vez estableció un formulario para la determinación del nivel de atención*

*Por lo expuesto,*

**RESUELVE.**

**ARTICULO PRIMERO:** *Clasificar a la entidad CENTRO DE SALUD INDÍGENA DEL RESGUARDO DE MALES – MUNICIPIO DE CÓRDOBA, entidad*

*pública,.....,.....en el nivel I de atención.....*

**ARTICULO TERCERO:** *Como consecuencia de la clasificación de que trata el artículo primero de esta resolución, se ordena la inscripción de la entidad CENTRO DE SALUD INDÍGENA DEL RESGUARDO DE MALES MUNICIPIO DE CÓRDOBA entidad pública CON CARÁCTER ESPECIAL.....”*

Como claramente se desprende del soporte legal de reconocimiento de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Resguardo de Males-Municipio de Córdoba (N), esta se encuentra reconocida como **ENTIDAD PÚBLICA**, y en consecuencia tanto en su funcionamiento, como en su administración, debe y tiene que sujetarse a los lineamientos y parámetros constitucionales y legales de cualquiera Prestadora de Servicios de Salud de carácter público, con excepción claro está, en la implementación de algunos Servicios de Salud, que le son propios a las comunidades indígenas y que son prestados únicamente por estas Instituciones de Salud.

## 6. TIPOS DE CONTRATACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE LAS IPS.

La contratación y forma de pago que las Empresas Promotoras de Salud efectúen con las respectivas Instituciones Prestadoras de Servicios, se harán en la forma que más se ajuste a sus necesidades e intereses, según lo prevé el decreto 723 de 1997, y se podrá hacer bajo las siguientes modalidades:

- **Por capitación:** Contratar la prestación de los servicios, de unas actividades determinadas, para una determinada población beneficiaria, por un monto total, donde la IPS asume el riesgo. Pero el pago es indiferente de que se soliciten o no los servicios, es decir, la Prestadora cumple el objeto del contrato, con poseer la disponibilidad de los servicios contratados.
- **Pago por conjunto de atención integral (protocolos):** Se contrata la venta de servicios por paquete integral.
- **Por actividad.** La contratación se hace en base a la prestación de servicios que se facturen, y por ellos se paga.
- **Combinados.** Puede contratarse la prestación de los servicios que ofrecen las prestadoras, con la concurrencia o combinación de los diferentes tipos de contratación.

## 7. CONTRATACIÓN DE LA IPS-I DEL RESGUARDO DE MALES-MUNICIPIO DE CÓRDOBA-N.

Descendiendo al estudio de los recursos que percibe la Institución Prestadora de Servicios de Salud del Resguardo de Males Municipio de Córdoba (Nariño), del Sistema General de Participaciones, destinados al Sector Salud, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en base a los Contratos de Prestación de Servicios de Salud, debemos puntualizar que en general estas entidades indígenas para efectos de esta clase de contratación, son consideradas como parte de la **RED PÚBLICA**, así lo establece el artículo 25 de la ley 691 de 2001:

***“DE LA CONTRATACIÓN CON IPS PÚBLICAS.*** Para efectos, de la contratación que de manera obligatoria deben efectuar las administradoras del régimen subsidiado con las IPS públicas, se entenderá como parte de la red pública, a las IPS creadas por las autoridades de los Pueblos Indígenas.”

Siendo estas entidades consideradas como parte de la red pública, la contratación debe hacerse, de conformidad con el párrafo del artículo 22 de la Ley 344 de 1996, la que determina: “ que las administradoras del régimen subsidiado destinarán para la contratación de servicios de salud con prestadores de carácter público, como mínimo, el 40% del monto total de sus ingresos recibidos por concepto de unidad de pago por capitación subsidiada y destinados efectivamente a la prestación de servicios de salud.”

Al respecto de la contratación con las Prestadoras de Salud Indígenas, puntualiza el Honorable Consejo de Estado – Sala de Consulta y Servicio Civil, en concepto de agosto de 2002:

*“El artículo 51 de la ley 715 de diciembre 21 de 2001 y demás normas que regulan la prestación del servicio de salud a las comunidades indígenas permiten que las IPS creadas por los pueblos indígenas, pueden contratar con las administradoras del régimen subsidiado el 40% del valor de la unidad de pago por capitación subsidiada, para la prestación de dicho servicio en los municipios o distritos de los cuales hagan parte el respectivo resguardo indígena. Si a tal acuerdo se llega mediante las estipulaciones contractuales que exige el artículo 83 de la ley 715 de 2001 y en concordancia con las leyes 691 de 2001 y 100 de 2003”.*

No obstante la existencia de la normatividad aludida en el aparte conceptual traído a comento, existen Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, como la objeto de estudio, cuya estructura no cubre la totalidad de los Servicios que se permite a una Prestadora de Servicios de Salud del primer nivel.

Consecuencia lógica, los montos de los recursos del sector asignados, que debían ser captados en las proporciones legales establecidas, no son adquiridos por estas Instituciones de Salud.

Es que además, el trámite de administración, quizá innecesario a través de las Administradoras del Régimen Subsidiado, cuya existencia posee una muy limitada comunidad de defensores, hace que los recursos empiecen a limitarse desde el momento de su destinación.

Para considerar el tema de la Contratación de la Prestación de los Servicios de Salud de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena, tendremos en cuenta los siguientes aspectos:

- Población Indígena.
- Indígenas beneficiarios del régimen subsidiado.
- Contratos de prestación de servicios de Salud.
- Contrato IPS 217-06.
- Contrato IPS 218-06

- **Población Indígena.** Según certificación expedida por el Gobernador del Cabildo de Indígenas del Resguardo de Males-Municipio de Córdoba (Nariño), el dieciséis (16) de enero de dos mil siete (2007), la comunidad del respectivo resguardo a treinta y uno (31) de diciembre de dos mil seis (2006), es de dieciocho mil noventa y siete (18.097) indígenas.

No obstante la certificación aludida, que se constituye en un documento público, habida cuenta de que los documentos expedidos por la autoridad indígena en ejercicio de sus funciones poseen este carácter, encontramos una gran disparidad con el total de la población del Municipio, dentro del cual se encuentra el respectivo resguardo indígena y como tal su comunidad.

Datos de población establecidos en las referencias estadísticas del último censo realizado en el Municipio de Córdoba (N), entre el veintiséis (26) de enero de dos mil seis (2006) y seis (6) de marzo de dos mil seis (2006), Censo General de Población del año 2005, realizado por el Departamento Nacional de Estadística, establece:

Total Población.	13.463
97.5% población indígena	13.126
1.5% población no indígena	202
0.1% afrocolombiano y otros.	135

Los cifras reflejan, una disparidad de cuatro mil seiscientos veintiún (4621) habitantes del Municipio pertenecientes a población indígena, entre los censos efectuados por el Departamento Nacional de Estadística y el que posee el Cabildo

de Indígenas del Resguardo de Males-Municipio de Córdoba (N), para el mismo periodo. Esta situación nos conduce a plantearnos varias hipótesis entre otras:

Es factible que quizá en el censo realizado por el Departamento Nacional de Estadística en el Municipio en el referente poblacional, no captó la totalidad de la población indígena, o que el resguardo indígena posee una población fluctuante, que en el momento del empadronamiento no se encontraba dentro de su territorio, o que aparezca censada en el cabildo y resida en otro Municipio, pero sea cual fuere la razón, de plano uno de los dos datos estadísticos del referente poblacional no es real.

Sin embargo sea cual fuere el motivo de la disparidad de los datos estadísticos en el referente poblacional del Municipio, y teniendo en cuenta los datos de la población indígena, esto nos demuestra que de un total de dieciocho mil noventa y siete (18.097) indígenas, la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Resguardo e Males-Municipio de Córdoba (N), solo capta el cincuenta y seis por ciento (56%), de su población, bien por que no es beneficiaria del régimen subsidiado o es atendida por otra Institución Prestadora de Servicios de Salud, siendo que la contratación se hace para la prestación de Servicios de Salud a: diez mil ciento veinte nueve indígenas (10.129).

**- Indígenas beneficiarios del régimen subsidiado.-** Teniendo como fuente de información los datos sobre la población que deberá ser atendida por la Institución Prestadora de Servicios de Salud del Resguardo de Males, en base a la contratación realizada con la Entidad Promotora de Salud Mallamas EPS Indígena, tenemos que los afiliados son: diez mil ciento veinte nueve indígenas (10.129).

**- Contratos de prestación de servicios de Salud.** Antes de entrar al análisis puntual de cada uno de los contratos de prestación de servicios ya referenciados, considero pertinente establecer, el monto total de las unidades de pago por capitación subsidiada que percibe la Administradora del Régimen Subsidiado, y que para el sub-examine se trata de la Entidad Promotora de Salud Mallamas EPS indígena.

**Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.** *“Es el valor fijo que se entrega a la Administradora del Régimen Subsidiado, por el pago del seguro de afiliación por persona/año. Lo cual le da derecho a recibir las atenciones contenidas en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud subsidiado, establecido en el Sistema de seguridad social en salud.”*

**- Valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPCs):** en el caso que nos ocupa y para el periodo de contratación en análisis, el valor se encuentra establecido en: doscientos dieciséis mil quinientos cuarenta y un pesos con ochenta centavos (\$216.54180).

- **Número de afiliados:** El monto que se entrega a la Administradora del Régimen Subsidiado, por concepto de las Unidades de Pago por capitación subsidiadas, es sobre diez mil ciento veintinueve afiliados (10.129).

- **Valor total por afiliación de la Población Indígena.-** Se encuentra constituida por lo que se entrega a la Administradora del Régimen Subsidiado, amén de que esta contrate la atención en salud para diez mil ciento veintinueve indígenas (10.129), por un valor de doscientos dieciséis mil quinientos cuarenta y un pesos con ochenta centavos (\$216.541-80), que es el valor de la unidad de Pago por Capitación Subsidiada, constituyendo un total de: dos mil ciento noventa y tres millones, trescientos cincuenta y uno mil ochocientos noventa y dos pesos (\$2.193.351.892).

La cantidad en antes anotada, es lo que el Sistema de Seguridad Social en Salud, desembolsa para pagar la afiliación de los indígenas beneficiarios del régimen subsidiado que son atendidos por la Institución Prestadora de Servicios de Salud del resguardo de Males, por un año e atención dentro del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), el cual se lo define como:

*“El paquete de servicios de salud, a que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado, incluye acciones de promoción y prevención, atención de consulta externa, hospitalaria de menor complejidad, atención a la madre gestante y al menor de un año, y atención para enfermedades de alto costo.”*

- **Valor del periodo contratado.** Como la contratación se hace por un periodo de seis meses (6), comprendido entre el primero de octubre de dos mil seis (2006) al treinta y uno (31) de marzo de dos mil siete (2007), es decir sobre el cincuenta por ciento (50%), del valor total que debe pagar el Sistema de Seguridad Social en Salud, se contrata sobre un total de: mil noventa y seis millones, seiscientos setenta y cinco mil novecientos cuarenta y seis pesos (\$1.096.675.946).

La cantidad referenciada (\$1.096.675.946), constituye el 100% del pago que el Sistema de Seguridad Social en Salud, hace a la Administradora del Régimen Subsidiado, para que de ella contrate la atención en salud que esta debe garantizar a los diez mil ciento veintinueve afiliados (10.129) en el período de seis meses.

Como la contratación se hiciera bajo la modalidad de capitación, en dos contratos sobre el 15% del valor de la unidad pago por capitación subsidiada, para cada uno de ellos, lo que de suyo implica, que la Institución Prestadora de los Servicios de Salud Indígena del resguardo de Males-Municipio de Córdoba (N), percibe el 30% de la unidad de pago por capitación subsidiada, por la atención en salud que debe prestar a sus 10. 129 afiliados, en una suma equivalente a doscientos veintinueve millones, dos mil setecientos ochenta y cuatro pesos (\$229.002.784-00) y el 70%

equivalente a la suma de: setecientos sesenta y siete millones, seiscientos setenta y tres mil cientos sesenta y dos pesos (\$767.775.940-00) queda en manos de la

Empresa Promotora de Salud, encargado de la administración de los aportes del Régimen Subsidiado, de los cuales obviamente deberán financiarse entre otras cosas, atenciones de otros niveles de complejidad que cubre el plan obligatorio de salud subsidiada; pero es de notoriedad pública, que los beneficiarios para acceder a ellos deben recurrir, en muchos casos a mecanismos de orden legal, como la tutela, y no siempre se cumplen con la oportunidad requerida, lo que hace fallida la pretensión del legislador, cuando pretendió implementar entre otras cosas la eficiencia y calidad en la prestación de los Servicios de Salud.

En el referente de la prestación de los servicios por la IPS-I, es nuestro criterio que con una contratación como la descrita, con un monto poblacional de afiliados como el referenciado, en una población indígena que permanentemente y lo que mas requiere son servicios asistenciales, y con el recurso humano de carácter profesional vinculado a ella, no cubre la totalidad de los requerimientos de los servicios de atención que solicitan los usuarios, con flagrante vulneración de los principios de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Es que no puede perderse de vista, que la rentabilidad de una institución prestadora de servicios de salud, cuyos ingresos dependen de una contratación a través del sistema de capitación, conlleva en algunos de los casos como el sub-examine, que entre mas restringida sea la atención que se preste sobre los servicios que se debe suministrar en base a la contratación, mayor es su ingreso por la venta de aquellos; siendo que el control que debe hacerse, entre otras instituciones, por las administradoras del régimen subsidiado es mínimo, o ninguno.

## 8. PLAN DE MEJORAMIENTO IPS-I DEL RESGUARDO DE MALES- MUNICIPIO DE CÓRDOBA-NARIÑO.

8.1 Aspectos a mejorar	8.2 Acciones de mejoramiento	8.3 Tiempo	8.4 Recursos	8.5 Seguimiento
8.1.1 Inadecuada infraestructura de la IPS.	8.2.1 Proyecto de construcción IPS en base al Decreto 1011 de 2006.	8.3.1 Un (1) año.	8.4.1 Recursos propios y cofinanciados. Ministerio de la Protección Social y Ente Territorial.	8.5.1 Veeduría ciudadana Comité de Participación Ciudadana D. L. de S. Córdoba. I.D.S.N.
8.1.2 Nombramiento Director carente de perfil profesional.	8.2.2 Nombrar Director con perfil decreto 785 2005.	8.3.2 Inmediato	8.4.2 Propios.	8.5.2 D. L. de S. I.DSN.
8.1.3 No existencia de procesos claros para contratación de medicamentos	8.2.3 Constituir Comité de Compras.	8.3.3 Inmediato		8.5.3 I.D.S.N
8.1.4 Inexistencia de procesos de Contratación de Venta de Servicios con ARS.	8.2.4 Contratación con personal de salud capacitado en el tema de IPS Indígena.	8.3.4 Próxima Contratación	8.4.4 Propios	8.5.4 I.SN.
8.1.5 Baja participación ejecución del PAB del Municipio.	8.2.5 Participación adecuada Resolución 4288 de 1996 y circular externa 18 de 2004 para indígenas	9.3.5 Próximo año.		8.5.5 IDSN DLS
8.1.6 Inadecuada gestión en recobro de cuentas al ente territorial y ARS.	8.2.6 Aplicación del Decreto 050 de 2003 para flujo de recursos.	8.3.6 Inmediato	8.4.6 Inmediato	8.5.6 IDSN

## **9. RESPONSABILIDAD POR LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA IPS INDÍGENA.**

Oportuno se hace, en el contexto de los planteamientos hasta ahora esbozados, el tratamiento de este aspecto de responsabilidad, desde la perspectiva de la ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único), en el manejo o administración de recursos públicos por parte de los Cabildos Indígenas, cuando estos se adquieren por la venta de Servicios Salud, a través de sus respectivas Instituciones Prestadoras de Servicios. Para el caso que nos ocupa, se tratará el aspecto puntual de los recursos del Sector Salud, que el resguardo Indígena obtiene en base a los contratos de prestación de Servicios de Salud.

El inciso 2º del artículo 25 de la ley en antes referenciada, establece:

*“Los indígenas que administren recursos del estado serán disciplinados conforme a este Código.”*

En primer término debemos puntualizar, que por ordenamiento legal, la administración de los recursos que se transfieren del Sistema General de Participaciones, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud a los respectivos cabildos, para financiación del régimen subsidiado en el sector indígena, lo hace el correspondiente ente territorial donde se encuentra el respectivo resguardo, a través del Alcalde.

De otra parte se encuentra clara y legalmente establecido que para la perspectiva del derecho disciplinario, los indígenas son particulares, en ejercicio de una función pública, al administrar recursos del estado o públicos. Veamos lo que ha dicho al respecto la Corte Constitucional:

*“Por consiguiente, resulta razonable la aplicación del régimen disciplinario a los indígenas que manejan recursos del estado, pues allí en su condición de particulares serán sujetos pasivos de la acción disciplinaria,....”* (Sentencia C-127 de 2003 Magistrado Ponente Dr. Alfredo Beltrán Sierra).

No obstante, la Corte Constitucional en la aludida Sentencia C-127/2003, ha condicionado la responsabilidad disciplinaria de los indígenas en el evento de la administración de recurso del Estado o públicos, al hecho de que éstos hayan sido previamente capacitados por este, pues así lo dice:

*“...Así las cosas, resulta claro para la Corte Constitucional que, conforme a la Constitución Política la inclusión como destinatarios de la ley disciplinaria de los indígenas que administren recursos del Estado, no vulnera el artículo 246 de la*

*Carta Política, ni tampoco su artículo 1 como lo sostiene el actor. La norma contenida en el artículo 25 de la Ley 754 de 2002, por este aspecto, coloca a quienes siendo indígenas administren recursos públicos en la misma situación de cualquier colombiano que se encuentre en esa hipótesis, sin que ser destinatarios de la ley disciplinaria signifique decisión anticipada sobre responsabilidad alguna de carácter disciplinario, pues ella se rige por los principios y las reglas establecidas en el código disciplinario, y muy especialmente en su artículo 28 (...)*

*(...) Por consiguiente, resulta razonable la aplicación del régimen disciplinario a los indígenas que manejen recursos del Estado, pues allí en su condición de particulares serán sujetos pasivos de la acción disciplinaria, siendo ello concordante con lo dispuesto en el artículo 53 del Código Disciplinario Único que señala como sujetos disciplinables a los particulares que administren recursos del Estado y establece el régimen aplicable a los mismos..."*

*"(...) el inciso segundo del artículo 25 de la ley 734 de 2002, no vulnera los derechos constitucionales de los indígenas al incluirlos como destinatarios de la ley disciplinaria, siempre y cuando, tal como lo señalan el Interviniente y el Ministerio Público, el Estado capacite y asesore a las autoridades indígenas, para que se produzca una comprensión de cada una de las cláusulas del contrato, a través del cual administrarán recursos públicos y las consecuencias de su infracción".*

Como primera medida, en nuestro criterio, el alcance que debe dársele a la posición Jurisprudencial en referencia, no sería aquel de una aplicación de contexto gramatical, donde pueda aludirse que por el hecho de que un indígena no asistido a una capacitación puntual, pueda evadir la responsabilidad disciplinaria, convirtiendo esta situación en prerrogativa general de impunidad.

Creemos, que se debe considerar independientemente cada caso en particular, siendo que existen integrantes de las comunidades indígenas y en particular quiénes los representan, cuyos niveles de educación, son muy superiores a los requeridos para el desempeño de muchos cargos del sector público.

Es que en nuestro medio, quienes se encuentran incluidos dentro de las respectivas comunidades indígenas, la mayoría de ellos cuando no la totalidad, en ningún momento conservan condiciones sociales, culturales y económicas que los distinguan del conglomerado general como lo requiere el la ley 21 de 1991, en su artículo primero:

*"A los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial."*

Quienes realmente se encuentran dentro del contexto descrito por la norma en comento, en su gran mayoría, jamás han tenido acceso a la administración de recursos del estado o recursos públicos.

Es entonces, que cuando se trate de avocar el conocimiento de la posible irregularidad en la administración de los recursos públicos, debe considerarse en primer término la concurrencia de las características exigidas por la ley 21 de 1991 en su artículo primero, además de las capacidades cognitivas (considerar el nivel educativo) del posible destinatario de la acción disciplinaria, y que sea la estimación primigenia de estos componentes, la que pueda poner en movimiento la concepción Jurisprudencial de la Corte Constitucional y no el elemental formalismo de haber o no concurrido a una determinada capacitación.

En el referente del manejo de los recursos del sector salud, debe tenerse en cuenta las permanentes capacitaciones que se ofrecen por los entes de control como los Institutos Departamentales de Salud, y el hecho de no asistir o no querer hacerlo, no se puede convertir en causal de justificación de un comportamiento reprochable; además de las asesorías jurídicas con que cuentan muchas corporaciones indígenas, como las respectivas instituciones prestadoras de servicios de salud y aún las que les ofrecen las administradoras del régimen subsidiado.

Es que no debe perderse de vista, lo señalado por la Corte Constitucional en sentencia T-496 de 1996, cuando dijo;

*“El fuero indígena tiene límites, que se concretarán dependiendo de las circunstancias de cada caso”.*

Llevando los anteriores criterios al caso que nos ocupa, tenemos entonces que partiendo de la base de que la institución prestadora de servicios de salud indígena, fue reconocida y clasificada desde su creación como entidad pública, pues así lo dice el Acto Administrativo expedido por el Instituto Departamental de Salud, en la Resolución No. 777 de 2 de agosto de 2000, a través del cual se ordeno la clasificación e inscripción de la de la IPS de marras,

***“ARTICULO PRIMERO:*** *Clasificar a la entidad CENTRO DE SALUD INDÍGENA DEL RESGUARDO DE MALES – MUNICIPIO DE CÓRDOBA, entidad pública reconocida mediante Acuerdo del Cabildo Indígena del Resguardo de Males Municipio de Córdoba del 21 de mayo de 2000.....”*

Situación que permanece constante, pues su carácter de entidad pública no ha cambiado con la legislación vigente; en consecuencia el trato o la óptica con la cual debe mirarse la administración y ejecución de los recursos públicos, que obtiene a través de la venta de servicios, es aquella aplicable a las prestadoras de servicios de salud de orden público.

Debe observarse al respecto que desde el momento mismo cuando se legisló para la prestación de los servicios de salud a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (ley 100 de 2003) hasta la actualidad, no existe reglamentación especial para las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas, por fuera de lo reglado por el sistema general de seguridad social en salud. Al respecto nos parece oportuno traer a colación, el concepto emitido por la Oficina Jurídica y de Apoyo Legislativo del Ministerio de la Protección Social, de 19 de agosto de 2005, remitido a la Subdirección de Seguridad Social del Instituto Departamental de Salud de Nariño:

*“Las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud a que hace mención su oficio, en su condición de entidades prestadoras de servicios de salud deberán cumplir con los requisitos Generales del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud regulado por el Decreto 2309 de 2002 y en la Circular 015 de 2003. **DEBIENDO INDICARSE QUE NO EXISTE UNA REGLAMENTACIÓN ESPECIAL PARA LAS IPS INDÍGENAS.** (Mayúsculas y negrilla fuera del texto).*

De otra parte el Honorable Consejo de Estado – Sala de Consulta y Servicio Civil, en concepto de agosto de 2002, ha dicho:

*“De acuerdo con ése régimen jurídico especial, los resguardos indígenas mientras no se constituyan en entidades territoriales, de conformidad con la ley de ordenamiento territorial, son beneficiarios del sistema general de participaciones de los recursos que la Nación transfiere a las entidades territoriales para atender los servicios de salud, según lo establece la ley, de acuerdo con la reforma constitucional prevista en el acto legislativo 01 de 2001. Para la sala resulta claro, que la IPS-I creadas en los resguardos indígenas que hagan parte de la jurisdicción de un municipio o distrito, son IPS-I del orden municipal o distrital pese a que no son creadas como entidades descentralizadas por el municipio o distrito, esto es empresas sociales del Estado. Las IPS-I son de esos órdenes por que el régimen jurídico especial que regula los asuntos indígenas así lo permite.*

*Es decir, son de orden municipal o distrital por el ámbito de su competencia, no por la forma como se establecen pues estas tienen existencia legal distinta a las demás entidades descentralizadas municipales o distritales incluidas las IPS y las empresas sociales del Estado reguladas por la ley 100 de 1993 (Subrayado fuera del texto).”*

Si bien es cierto como se colige del concepto en antes relacionado, su creación, o su origen sea distinto con la prestadora de servicios de salud del orden municipal, lo es únicamente, por el organismo o ente creador, la una en el respectivo cabildo, la otra por el ejecutivo legalmente autorizado para ello o por el respectivo concejo municipal.

Sin embargo no puede desconocerse, que para la realización del objeto para el cual son creadas, es decir, la prestación de los servicios de salud, deben cumplir los mismos requisitos establecidos por un ordenamiento legal común, y sin el concurso de aquellos, no es dable predicar la existencia jurídica, para desarrollar su objeto que es la base legal de su existencia, y que no son otros que los establecidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la normatividad existente.

Vale decir, la facultad legal para poder prestar los servicios de salud, tiene su origen en la ley 100 de 1993 y las normas que la regulen, modifiquen o complementen y no en ninguna disposición especial que regle la legislación indígena.

Consecuencia de lo anterior y bajo estos parámetros, a estas entidades (instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas), para el ejercicio de su marco funcional, actualmente, se les exige la concurrencia de los requisitos del Decreto 1011 de abril 3 de 2006, así lo dice la citada disposición legal, siendo que no hace distinción alguna, en lo referente a las prestadoras de servicios de salud indígenas:

**ARTÍCULO 1o.- CAMPO DE APLICACIÓN.** *Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.*

Más aún, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas, deben habilitarse de acuerdo a las disposiciones en comento, no existe disposición especial para estas, y además es requisito indispensable para poder ejercer su actividad de venta de Servicios de Salud; proceso que consiste al decir del artículo 6º del citado decreto:

**“SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.** *Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.”*

Sobre la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Resguardo de Males Municipio de Córdoba-Nariño, y en relación con su actual situación jurídica, en certificación de 17 de septiembre de 2006, expedida por el Subdirector de Seguridad Social del Instituto Departamental de Salud de Nariño, se dice:

*“En cumplimiento al decreto 2309 de 2002, derogado por el decreto 1011 de 3 de abril de 2006, se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Salud como IPS desde el 14 de abril de 2003.....”*

*Respecto al tiempo de vigencia de habilitación, en el momento se acoge al periodo de transición contemplado en el artículo 55 del decreto 1011 y artículo 10 de la resolución 1043 de 2006.”*

Las normas referenciadas en la constancia aludida establecen, decreto 1011/06

**ARTÍCULO 55:- TRANSICIÓN.** *Todos los Prestadores de Servicios de Salud que al momento de entrar en vigencia el presente decreto estén prestando servicios de salud, tendrán el plazo que defina el Ministerio de la Protección Social para presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la autoridad competente, fecha a partir de la cual caducarán los registros anteriores.*

*Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la inscripción el prestador no podrá continuar la operación. “*

Resolución 1043 de 2006.

**“ARTÍCULO 10º.- INSCRIPCIÓN.** *Los Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente, previo proceso de verificación, no necesitarán realizar una nueva inscripción y su certificación continuará vigente hasta tanto la entidad territorial realice una nueva visita de verificación conforme a los estándares establecidos en la presente Resolución y se pronuncie sobre la confirmación o revocatoria de la habilitación.*

*Aquellos Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia del Decreto 1011 de 2006, estuvieran inscritos y verificados sus servicios, la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, deberá pronunciarse sobre la certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en los términos de la normatividad vigente para la época y se adoptará el procedimiento indicado en el inciso anterior.*

*Los prestadores que no obtengan la certificación, deberán inscribirse nuevamente para su verificación, de acuerdo al Decreto 1011 de 2006.*

*Los Prestadores de Servicios de Salud, que efectuaron la inscripción y no se les practicó la visita de verificación y, por ende no obtuvieron la certificación de habilitación, independiente de la responsabilidad de las funciones de las entidades territoriales, deberán inscribirse nuevamente para su verificación conforme al Decreto 1011 de 2006.”*

La totalidad de la legislación hasta ahora relacionada en el decurso del tema, nos conduce a afirmar el tratamiento de entidad pública que debe darse a una Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena, y como tal es consecuencia de orden legal, que los recursos que percibe por la venta de servicios, son recursos públicos.

Nótese que estas entidades se encuentran inscritas en el registro especial de Prestadoras de Servicios de Salud, además de su habilitación como IPS, bajo los parámetros de legislación ordinaria, como el caso del Decreto 1011 de 3 de abril de 2006 y la Resolución 1014 de 2004.

En consecuencia, deben observarse los parámetros del Decreto 785 de 2003, (*Por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y de requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la ley 909 de 2004*), siendo puntual y de obligatorio cumplimiento, la existencia de acuerdo a la normativa referenciada, de los manuales de funciones y competencias laborales, de donde se debe colegir, los requisitos que deben cumplir o que deben concurrir en quines presten sus servicios laborales en aquellas; por cuanto, si bien es cierto no existe una legislación especial indígena, que establezca, los requisitos mínimos que deben acreditar quienes presten su concurso laboral en estas entidades, ello no implica la ausencia de normatividad al respecto, por cuanto la aplicable es la legislación ordinaria en comento.

Lo anterior por cuanto es frecuente encontrar en la dirección de una Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígena, y en Municipios de cuarta, quinta o sexta categoría un funcionario o contratista, carente o con perfil profesional distinto al exigido para el desempeño funcional de estas direcciones, tal es el caso de profesionales de las ciencias jurídicas, ciencias sociales, o económicas entre otras; además de otros funcionarios desarrollando actividades, cuando no concurren en ellos los requisitos mínimos legales, que son de obligatorio cumplimiento, y para los cuales la normatividad en antes mencionada, estableció términos perentorios a partir de los cuales, no se podrá ejercer cargo o función pública, sin el lleno de los requisitos establecidos para cada caso en particular, so pena de incurrir en la vulneración de los respectivos regímenes que lo prohíben.

Decreto 785 de 2005. **"ARTICULO 22. REQUISITOS PARA EL EJERCICIO DE LOS EMPLEOS QUE CONFORMAN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** *Para el desempeño de los empleos correspondientes al sistema de seguridad social en salud a que se refiere el presente decreto, se deberán acreditar los siguientes requisitos:*

**22.3 Director de Hospital y Gerente de Empresa Social del Estado de primer nivel de atención.** *Para el desempeño del cargo de Gerente de una Empresa Social del Estado o de Director de Institución Prestadora de Servicios de Salud,*

*del primer nivel de atención, se exigirán los siguientes requisitos, establecidos de acuerdo con la categorización de los departamentos y municipios regulada por la Ley 617 de 2000 y demás normas que la modifiquen o adicionen:*

*22.3.3 Para las categorías tercera, cuarta, quinta y sexta se exigirá como requisitos, título profesional en el área de la salud y experiencia profesional de un (1) año, en el sector salud.”*

El incumplimiento de la normatividad en comento, trae consigo en lo correspondiente la flagrante inobservancia de la normatividad del Código Disciplinario Único (ley 734 de 2002).

Como corolario tenemos entonces, que la administración, y ejecución de los recursos de la institución prestadora de servicios de salud indígena, debe y tiene que sujetarse a los lineamientos generales de la administración de recursos públicos y como tal, quienes se encuentren encargados de su administración y ejecución, como quienes presten sus servicios a ellas, se encuentran sujetos a los regímenes disciplinarios vigentes.

No obstante lo anterior, debemos observar, que las prohibiciones actualmente vigentes, por las modificaciones que se hicieron al artículo 49 de ley 617 de 2000 a través de la ley 821 de 2003, no serían aplicables a los indígenas, habida cuenta de que aquellas tienen destinatarios específicos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Política de Colombia.
  
- Ley 100 de 1993.
- Ley 715 de 2001.
- Ley 691 de 2001
- Ley 821 de 2003
  
- Decreto 785 de 2005
- Decreto 1011 de 2006
  
- Resolución No. 1043 de 2006 – Ministerio de la Protección Social.
- Acuerdo No. 244 de 2003 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
  
- Sentencia C-127 de 2003 - Corte Constitucional.
- Sentencia T-496 de 1996 – Corte Constitucional.
  
- Concepto de agosto de 2002 – Consejo de Estado – Sala de Consulta y Servicio Civil.
  
- ESCOBAR VELEZ, Edgar Guillermo y SALAZAR MEJÍA, Fernando. “La Jurisdicción Especial Indígena y el Sistema Judicial Nacional”. Primera Edición. Bogotá D.C.: Señal Editora, 2004. 350p.
  
- ESTRADA, Álvarez Jairo. Constitución del Modelo Neoliberal en Colombia. Primera edición. Bogotá D.C.: Ediciones AURORA, 2004. 219p.
  
- GÓMEZ VARGAS, John Harol. “Legislación Indígena Colombiana”. Primera Edición. Bogotá D.C.: Ediciones Antropos Ltda, Diciembre de 2002. 220p.
  
- MINISTERIO DEL INTERIOR, Dirección General de Asuntos Indígenas. “Legislación en beneficio de los pueblos indígenas de Colombia”, Primera Edición. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia, Marzo 2001. 382p.
  
- PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Grupos y Asuntos Étnicos. La diversidad Étnica en Colombia, alcances y desarrollo. Primera Edición. Bogotá D.C.: Servigraphic Ltda, Marzo 2004. 484p.
  
- ROLDAN ORTEGA, Roque y GÓMEZ VARGAS, John Harol, “Fuero Indígena Colombiano”, Primera Edición. Bogotá D.C.: Ediciones y suministros LCB Ltda. 1994. 365p.

- SANCHEZ BOTERO, Esther y JARAMILLO SIERRA, Isabel Cristina. "La Jurisdicción Especial Indígena"..Primera Edición. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia, Marzo 2000. 159p.

- VILA CASADO Iván, "Nuevo Derecho Constitucional". Primera Edición. Bogotá D.C : Ediciones Jurídicas, GUSTAVO IBÁÑEZ Ltda, 2004. 490p.