

LA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA PARA EL MANEJO DE LOS
RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
(ANALISIS EN EL MUNICIPIO DE SAN PABLO – NARIÑO)

LUZ ENITH GONZALEZ ORTIZ
JOSE BOLIVAR BARRERA M.

Monografía presentada para optar el título de especialista en
DERECHO ADMINISTRATIVO

Asesor
EDGAR CABRERA RAMOS

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SOCIO JURIDICOS
ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO
SAN JUAN DE PASTO

2007

LA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA PARA EL MANEJO DE LOS
RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
(ANALISIS EN EL MUNICIPIO DE SAN PABLO – NARIÑO)

LUZ ENITH GONZALEZ ORTIZ
JOSE BOLIVAR BARRERA M.

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SOCIO JURIDICOS
ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO
SAN JUAN DE PASTO

2007

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

Artículo 1º del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966.
Emanado del Honorable Consejo Directivo de la
Universidad de Nariño.

NOTA DE ACEPTACION

APROBADA

Dr. EDGAR CABRERA RAMOS
Asesor

Dr. MARIO FERNANDO ORTEGA
Jurado

Dra. RUBY GOYES
Jurado

San Juan de Pasto. Febrero 23 de 2007

DEDICATORIA

Al apoyo incondicional de mis padres Rosita y José. A mi madre por su abnegado amor y a mi padre que desde el cielo me guío para convertir en realidad este anhelado sueño.

Luz Enith

CONTENIDO

	PAGINA
INTRODUCCION	15
1. MARCO TEORICO Y METODOLOGICO	
1.1. CONSIDERACIONES GENERALES	18
1.2. OBJETIVOS	18
1.2.1. Objetivo General	18
1.2.2. Objetivos Específicos	19
1.3. HIPOTESIS	19
1.3.1. Hipótesis General	19
1.3.2. Hipótesis Secundarias	19
1.4. METODOLOGIA	19
1.4.1. Método	19
1.4.2. Fuentes de información	20
1.4.2.1. Fuentes Primarias	20
1.4.2.2. Fuentes Secundarias	20
1.4.3. Estadística	20
1.4.3.1. Población	20
1.4.3.2. Tamaño de la muestra	21
1.4.4. Técnicas de análisis	21
2. DESCRIPCION GENERAL	23
2.1. ASPECTOS HISTORICOS GENERALES	23
2.1.1. DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA	24
2.1.1.1. Descentralización de competencias para el manejo de los recursos de salud	24
2.1.1.2. Reseña histórica de la descentralización en Colombia	24
2.1.1.3. Definición de la descentralización administrativa	25
2.1.1.4. Jurisprudencia sobre descentralización administrativa	25
2.1.2. SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	29
2.1.2.1. Reseña histórica	29
2.1.2.2. La Constitución de 1991 y la descentralización	30
2.1.2.3. Ley 60 de 1993	30
2.1.2.4. Acto Legislativo 01 de 2001	30
2.1.2.5. Ley 715 de 2001	31
2.1.2.6. Jurisprudencia sobre el Sistema General de Participaciones	32

2.1.3.	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	33
2.1.3.1.	Definición y reseña histórica	
2.1.3.1.1.	Origen del Derecho a la Salud	33
2.1.3.1.2.	Antecedentes del Derecho a la Salud en Colombia	36
2.1.3.2.	Nociones del Derecho a la Salud	38
2.1.3.3.	Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud	40
2.1.3.4.	Desarrollo legal del derecho a la salud	43
2.1.3.5.	Acceso de la población colombiana al Sistema General de Seguridad Social en Salud	47
2.1.3.6.	Seguridad Social en América Latina	48
2.1.3.7.	Jurisprudencia sobre Seguridad Social en Salud	51
2.1.3.7.1.	El derecho a la salud como derecho fundamental por conexidad	51
2.1.3.8.	Principales características de los regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud	53
2.1.3.8.1.	Régimen Contributivo	53
2.1.3.8.2.	Régimen Subsidiado	56
2.1.3.9.	Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS'S)	58
2.1.3.9.1.	Definición	58
2.1.3.9.2.	Naturaleza jurídica de la EPS'S	58
2.1.3.9.3.	Funciones de las EPS'S	59
2.1.3.10.	Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales –SISBEN	60
2.1.3.11.	Mecanismos jurídicos de protección del derecho a la salud	63
2.1.3.12.	Análisis de la Seguridad Social en Salud desde el punto de vista jurídico y económico	64
2.1.3.13.	Reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud	69
2.1.3.13.1.	Ley 1122 de 2007	71
2.1.3.14.	Movimiento Financiero del Sistema	72
2.1.3.14.1.	Flujo de recursos	72
3.	RESEÑA HISTORICA DEL MUNICIPIO	78
3.1.	Ficha Geográfica	78
4.	PRESENTACION, EVALUACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	81
4.1.	ASPECTOS MUESTRALES	81
4.2.	CONTRATACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE SAN PABLO	86

4.2.1.	Inversión de recursos del Sistema General de Participaciones –sector salud- en el Municipio de San Pablo	86
4.2.2.	Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado contratadas por el Municipio de San Pablo	88
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
5.1.	CRITICAS AL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, REGIMEN SUBSIDIADO	93
5.2.	CONCLUSIONES	94
5.3.	RECOMENDACIONES	95
5.3.1.	Propuesta de Política Pública	95
	BIBLIOGRAFIA	97
	ANEXOS	99

INDICE DE CUADROS

	PAGINA
CUADRO 1. Servicio médico hospital San Carlos y ARS	83
CUADRO 2. Dificultades Hospital San Carlos y/o ARS	84
CUADRO 3. Alternativas para mejorar la calidad del servicio de salud en San Pablo (N)	85

INDICE DE GRAFICOS

	PAGINA
GRAFICO 1. Índices de aceptación manejo de recursos	86
GRAFICO 2. Cifras de aseguramiento	89
GRAFICO 3. Usuarios por ARS	91

INDICE DE ANEXOS

PAGINA

ANEXO 1.	Encuesta para usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, régimen subsidiado, Municipio de San Pablo	99
ANEXO 2.	San Pablo (N): Determinación del tamaño de la muestra por áreas (urbano – rural)	100
ANEXO 3.	San Pablo (N): Determinación del tamaño de la muestra por cada una de las veredas del área rural	101

RESUMEN

ESTE TRABAJO INVESTIGATIVO SE BASÓ EN UN ANÁLISIS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, RÉGIMEN SUBSIDIADO, EN EL SECTOR URBANO Y RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO (N). PARA ELLO SE APLICÓ UNA METODOLOGÍA BASADA EN LA RECOPIACIÓN Y ANÁLISIS DEL MATERIAL EXISTENTE RELACIONADO CON EL OBJETO DE ESTUDIO, EL QUE SE COMPLEMENTÓ CON TRABAJO DE CAMPO COMO ENCUESTAS, ENTREVISTAS Y OBSERVACIÓN DIRECTA. LOS OBJETIVOS PROPUESTOS AL INICIAR EL TRABAJO FUERON: 1) ESTABLECER SI LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES TRANSFERIDOS AL MUNICIPIO DE SAN PABLO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD, RÉGIMEN SUBSIDIADO, DURANTE EL 1º DE OCTUBRE DE 2005 Y EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2006, FUERON INVERTIDOS ADECUADAMENTE EN SALUD. 2) DETERMINAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE SAN PABLO DURANTE EL MISMO PERIODO, Y, 3) DETERMINAR LA INEFICIENCIA DE LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. CON EL CUMPLIMIENTO DE ESTOS OBJETIVOS SE CONCLUYÓ QUE EL SERVICIO DE SALUD EN EL MUNICIPIO ES BUENO Y EXISTE ACEPTACIÓN DE LAS EPS'S. POR PARTE DE LOS USUARIOS QUIENES AL CONTRARIO DE NUESTRA HIPÓTESIS CREEN QUE SON ÚTILES DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD. EN CUANTO A LA INVERSIÓN DE RECURSOS DE DESTINACIÓN ESPECÍFICA PARA SALUD SE ESTABLECIÓ QUE DURANTE EL PERIODO DE ANÁLISIS SE DEJARON DE INVERTIR \$900.467 QUE EQUIVALEN A UN 2.67% DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA PARA ESTE FIN. PARA UN MEJOR ENTENDIMIENTO ESTE TRABAJO HACE UN RECUENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DESDE SUS ORÍGENES, SUS EVOLUCIONES Y LA RECIENTE REFORMA (LEY 1122 DE 2007). ASÍ MISMO SE SEÑALAN LAS TRANSFORMACIONES DEL SISTEMA DE TRANSFERENCIAS (SITUADO FISCAL A SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES) Y DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN COLOMBIA, INDICANDO SU PARTE NORMATIVA Y JURISPRUDENCIAL.

ABSTRACT

THIS INVESTIGATIVE WORK WAS BASED ON AN ANALYSIS OF THE GENERAL OF SOCIAL SECURITY IN HEALTH, SUBSIDIZED RÉGIME, IN THE URBAN AND RURAL SECTOR OF DE MUNICIPALITY OF SAN PABLO (N). FOR IT WAS APPLIED A METHODOLOGY BASED ON THE SUMMARY AND ANALYSIS OF THE RELATED EXISTENT MATERIAL IN ORDER TO STUDY, THE ONE THAT WAS SUPPLEMENTED WITH FIELD WORK LIKE SURVEYS, INTERVIEWS AND DIRECT OBSERVATION. GOALS PROPOSED WHEN THE WORK WAS BEGUN WERE: 1) TO SETTLE DOWN IF THE RESOURCES OF THE GENERAL SYSTEM OF PARTICIPATIONS TRANSFERRED TO THE MUNICIPALITY OF SAN PABLO FOR THE HEALTH ATTENTION, RÉGIME SUBSIDIZED DURING OCTOBER 1^o -2005 AND SEPTEMBER 30- 2006 WERE INVESTED APPROPRIATELY IN HEALTH. 2) TO DETERMINE THE QUALITY OF HEALTH IN THE SAN PABLO MUNICIPALITY DURING THE SAME PERIOD, AND, 3) TO DETERMINE THE "INEFICIENCIA" OF THE PROMOTER COMPANIES OF HEALTH OF THE RÉGIME SUBSIDIZED INSIDE GENERAL SYSTEM OF SOCIAL SECURITY IN HEALTH. WITH THE EXECUTION OF THESE OBJECTIVES IT WAS CONCLUDED THAT THE SERVICE OF HEALTH IN THE MUNICIPALITY IS GOOD AND EXISTS ACCEPTATION OF THE EPS'S BY PART OF THE USERS WHO ON THE CONTRARY OF OUR HYPOTHESIS THEY BELIEVE THAT THEY ARE USEFUL INSIDE OF THE SYSTEM OF HEALTH. AS FOR THE INVESTMENT OF RESOURCES OF SPECIFIC DESTINATION FOR HEALTH SETTLED DOWN THAT DURING THE PERIOD OF ANALYSIS THEY WERE STOPPED TO INVEST \$ 900.467 THAT ARE EQUAL TO 2.6% OF THE SOCIAL SECURITY IN HEALTH FROM THEIR ORIGINS EVOLUTIONS AND RECENT REFORMATION (LAW 1122 OF 2007). ALSO THE TRANSFORMATIONS ARE POINTED OUT THE TRANSFERENCIAS SYSTEM (LOCATED FISCAL TO GENERAL SYSTEM OF PARTICIPATIONS OF THE PROCESS OF DESCENTRALIZATION IN COLOMBIA, INDICATING THEIR NORMATIVE, ART AND "JURISPRUDENCIAL".

INTRODUCCION

Importantes cambios han ocurrido en el sector salud en los últimos años. A partir de la nueva Constitución se entiende la Seguridad Social como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado desarrolla para proporcionar una mayor cobertura.

Es así como en desarrollo del Art. 48 Constitucional, el Congreso expidió la Ley 60 y la Ley 100 de 1993, luego el acto Legislativo 01 de 2001 y la Ley 715 de 2001 para implementar el desarrollo a la seguridad Social en salud, la cual más adelante por vía jurisprudencial fue considerada como un derecho fundamental por conexidad con el derecho a la vida. Al considerar a la salud como un Servicio Público se le ha reconocido como una de las labores inherentes al Estado, es decir se convierte en una labor prioritaria y permanente.

Toda esta serie de cambios fueron de gran importancia, pues en la Constitución de 1.886 el tema de seguridad social no existía, solo en la reforma de 1.936 se introduce el concepto de asistencia pública como función del Estado y se debía prestar a quien no tuviera otros medios de subsistencia, no tuviera a quien exigirla y se hallare incapacitado para trabajar.

La Nación Colombiana desarrolla todas sus políticas publicas dentro del contexto de Estado Social de Derecho en donde incursiona el régimen subsidiado de salud en el marco de la constitución de 1991, con un modelo de prestación del servicio público de la salud dando preeminencia al usuario y focalizando a los sectores más desprotegidos de la población procediendo para ello a descentralizar los recursos financieros en orden a efectivizar el nuevo esquema. Así se define la seguridad social como un servicio público permanente y un derecho colectivo, público universal e irrenunciable para todos los ciudadanos.

Así en ese marco aparece la Ley 100 de 1993 que establece el nuevo sistema general de seguridad social en salud denominado régimen subsidiado, al cual tienen acceso los ciudadanos que no tienen capacidad de pago para cubrir el monto total de las cotizaciones a su cargo.

Últimamente la expedición de la Ley 1122 de Enero 9 de 2007 que reformó la Ley 100 de 1993 realizó una serie de ajustes al sistema general de seguridad social en salud teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

Como un desarrollo de esa normatividad, este trabajo examinó el contexto en el que la seguridad social en salud, régimen subsidiado, ha sido aplicada en el Municipio de San Pablo durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2005 y el 30 de septiembre de 2006 siguiendo para ello los periodos de contratación con las ARS (hoy EPS.S). Las transformaciones del sistema de seguridad social en salud serán analizadas desde varios puntos de vista, así:

- Recursos del sistema General de Participaciones transferidos al Municipio de San Pablo para atención en salud durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2005 a 30 de Septiembre de 2006

Se distribuyen de acuerdo a los censos que permiten la focalización de la población pobre por atender, la cual a partir del año 2004, de conformidad con el artículo 49 de la Ley 715 de 2001, debe calcularse con base en la población identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN, que defina el CONPES y la base de datos afiliados a la seguridad social en salud y al sector salud definida por la Resolución 890 de 2002.

- Calidad del servicio ofrecido a los usuarios por parte de los responsables de prestarlo. Se estableció a lo largo de este trabajo la calidad del servicio ofrecido a las personas afiliadas al régimen subsidiado de salud.
- El usuario dentro del régimen subsidiado en salud.
Para ello partimos de la base de que el Municipio de San Pablo cuenta con una cobertura en el sistema de seguridad social en salud de un 60% que se corresponde a 12.125 afiliados al régimen subsidiado. Quedando un porcentaje de 40% de la población por fuera del sistema. Se tratará de establecer en este punto las razones por las cuales este 40% no ha tenido acceso al servicio, lo que de plano podemos justificar por las políticas diseñadas por el Gobierno Nacional y contempladas en la Ley 100 y su reciente reforma, que fijan un cubrimiento progresivo de la población al sistema de seguridad social en salud.
- Administradoras del Régimen Subsidiado.
El régimen subsidiado en salud tiene una cobertura a 2006 de 12.125 beneficiarios carnetizados en diferentes ARS.

En este contexto, se conoció los índices de cobertura de la población subsidiada que actualmente tiene la base de datos del Municipio de San Pablo, para tal cometido es necesario adentrarnos en aspectos generales del sistema que se verán relacionados en la primera parte del presente trabajo, los mismos que nos conducirán a detallar de manera puntual las políticas y proyecciones previstos en el sistema. Adicional a ello puntualizaremos las entidades que de manera coordinada hacen posible la afiliación y atención de la población pobre y vulnerable del Municipio de San Pablo, como el número de afiliados que tiene

cada una de las ARS y finalizaremos con algunas críticas que a la vez se convertirán en propuestas de política pública.

Dada la importancia del derecho a la salud, no obstante los esfuerzos del Estado para garantizar su efectividad y ampliar su cobertura, el sistema sigue presentando falencias, debido en gran parte al modelo de Estado Neoliberal que permite la polarización de la riqueza y la pobreza, acentuando las desigualdades sociales que repercuten en el acceso a los servicios públicos como la salud.

Súmese a lo anterior las prácticas clientelistas, partidistas, y de corrupción, que con frecuencia desvían los recursos destinados para financiar la salud, impidiendo así el acceso efectivo a este servicio de gran parte de la población. Es por ello que con este trabajo se demuestran las fallas del sistema de salud y se proponen alternativas para un mejor manejo de los recursos asignados para ese fin.

Si bien la tendencia de los últimos años ha sido la de aumentar la cobertura en salud, se ha quedado en el tintero el mejoramiento de la calidad, efectividad y oportunidad en la prestación del servicio, muestra de ello son las múltiples acciones legales que con el propósito de lograr la efectividad y oportunidad del derecho a la salud, se han instaurado.

En el ámbito territorial en que se desarrolló este trabajo no existen antecedentes de estudios relacionados con los recursos del SGP para financiamiento de la salud, por ello se trata de abordar un tema nuevo en el que por primera vez estarán involucrados en él las diferentes autoridades que tienen que ver con la prestación de este servicio.

1. MARCO TEORICO Y METODOLOGICO

CONSIDERACIONES GENERALES

Dadas las políticas del Gobierno Nacional en materia de salud pública, para poder formular nuestras proposiciones y posibles alternativas de solución, debemos primero realizar un detallado estudio de la evolución histórica de las políticas de salud en nuestra región y poder determinar cómo ha llegado hasta su estado actual.

El desarrollo de un país o de una región en particular, se basa en que sus necesidades de bienes y servicios sean satisfechas, pero la actual estructura social y económica hacen imposible que dichas necesidades, en especial la salud, sean resueltas de manera eficiente.

Las políticas y programas que los gobiernos han ideado, se han implementado en forma deficiente, demostrando con esto que no se busca un desarrollo equitativo del bienestar de la población en materia de salud.

En el Departamento de Nariño, al igual que en el resto del país, el problema del sector salud es determinante, no existe una cobertura total de sus servicios quedando una gran parte de la población excluida y marginada de este servicio esencial.

En el Municipio de San Pablo, el estado de marginalidad en servicios de salud no es ajeno a otras regiones del país. La población no cuenta con una adecuada atención, en el sector rural no existen puestos de salud debidamente adecuados, se desconoce los procesos implementados por el Gobierno Nacional para acceder a este servicio, etc.

1.2. OBJETIVOS

Teniendo en cuenta el campo de acción sobre el cual se va a realizar el estudio y la envergadura del mismo, los objetivos a desarrollar son los siguientes:

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar si los recursos del sistema general de participaciones (SGP) en el sector salud, transferidos al municipio de San Pablo durante el período 1 de octubre de 2005 y el 30 de septiembre de 2006 fueron invertidos de manera efectiva, eficiente y oportuna para atender la demanda de la población subsidiada.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer si los recursos para atención en salud, transferidos por el SGP al municipio de San Pablo durante el período 1 de octubre de 2005 al 30 de septiembre de 2006, fueron invertidos adecuadamente en este sector.
- Constatar si con esos recursos del SGP en salud se brindó una atención eficiente y oportuna a la población subsidiada.
- Identificar como se distribuyeron los recursos del sistema general de participaciones para la atención en salud en el Municipio de San Pablo.
- Determinar si las ARS son intermediarios innecesarios dentro del SGSSS.

1.3 HIPOTESIS

De acuerdo a los objetivos antes formulados, las hipótesis a contrarrestar son las siguientes:

1.3.1 HIPOTESIS GENERAL

El estado ineficiente de las políticas del sector salud en el Municipio de San Pablo, se debe a la inadecuada utilización y distribución de los recursos del SGP.

1.3.2 HIPOTESIS SECUNDARIAS

- Los porcentajes de inversión de los recursos del S. G. P. para la población subsidiada del régimen de salud, no son invertidos en un 100%.
- El estado actual del servicio de salud incide en el bajo nivel de vida de la población, caracterizado por deficiencias en el grado de oportunidad para la prestación del servicio a la población subsidiada.
- Las ARS son intermediarios ineficaces dentro del SGSSS

1.4 METODOLOGIA

1.4.1. METODO

La estructura de la investigación se basa en una visión de conjunto, mediante el ordenamiento lógico de los capítulos que componen el trabajo. El desarrollo del estudio se basó en los factores y características de los usuarios del régimen subsidiado en salud, tanto del sector urbano como rural, proporcionalmente consideradas en importancia.

Se buscó, recopiló y analizó todo el material ya existente relacionado con el objeto del estudio, el que se complementó con información obtenida de los usuarios de la seguridad social en salud. El análisis se realizó mediante las diferentes técnicas que la estadística enseña para este tipo de estudio.

1.4.2. FUENTES DE INFORMACIÓN

1.4.2.1. FUENTES PRIMARIAS

Esta información se obtuvo, mediante formularios de encuesta (ANEXO 1) que fueron aplicadas a los usuarios del régimen subsidiado en salud del Municipio, tanto del área urbana como rural y los cuales sirvieron de guía para realizar análisis, comparaciones y las conclusiones.

Así mismo, se hicieron entrevistas al personal adscrito a las entidades públicas y privadas que directa o indirectamente tienen que ver con el objeto del estudio, y se realizó observaciones directas en aquellos lugares que por su vinculación con la problemática de salud del municipio podían ayudar a desarrollar la investigación.

1.4.2.2. FUENTES SECUNDARIAS

Esta información se obtuvo mediante la consulta de todo el material escrito que sobre el tema de estudio fue posible consultar.

1.4.3. ESTADISTICA

1.4.3.1. POBLACION

La población (finita) estudiada, se encuentra ubicada en las áreas urbana y rural del Municipio de San Pablo (Nariño) y según la Dirección Local de Salud Municipal, corresponde a 12.125 usuarios del régimen subsidiado en salud.

El universo está conformado por las entidades que tienen que ver, ya sea en forma directa o indirecta, con la situación de salud del mismo y por los beneficiarios del mismo.

1.4.3.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se estimó en base al número de usuarios y por medio de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 \times pq}{e^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Número de usuarios

Z = 1.96 (Nivel de confianza del 95%)

p = 0.5

q = 0.5

pq = 0.25

e = 0.05

Entonces:

$$n = \frac{12.125 (1.96)^2 \times 0.25}{(0.05)^2 (12.125-1) + (1.96)^2 \times 0.25}$$

$$n = 372$$

Una vez obtenido el tamaño de la muestra, se aplicó un sistema de muestreo aleatorio para determinar el número de encuestas que se debía aplicar en cada una de las áreas de la región (ANEXO 2) y en las diferentes veredas que componen el área rural (ANEXO 3).

1.4.4. TECNICA DE ANÁLISIS

Una vez recolectada la información se procedió a su revisión y crítica a fin de analizar su calidad, desechando lo que no ofrecía garantías en el cumplimiento de objetivos y verificación de hipótesis para basarse únicamente en aquella que por su enfoque de la problemática de salud del Municipio, se presentó como herramienta imprescindible para realizar la investigación.

Para el análisis de los datos, tanto cualitativos como cuantitativos, en lo posible se los agrupó en tablas o cuadros, de tal manera, que permitiera realizar el análisis de cada una de las variables y su interrelación, a fin de concluir sobre las

situaciones que paso a paso se iban presentado, que lógicamente tuvieron como meta la redacción de este informe final.

*“No hay Paz verdadera sin justicia social,
no hay justicia social sin seguridad social”
Bismarck.*

2. DESCRIPCION GENERAL

2.1. ASPECTOS HISTORICOS GENERALES

Conocer el desarrollo histórico que ha tenido una sociedad es de extraordinaria importancia, especialmente para las clases y sectores sociales comprometidos en las tareas de las grandes transformaciones que plantea el momento histórico presente. La historia nos permite comprender los factores que determinan el desarrollo social, nos brinda valiosos elementos de juicio que nos permiten comprender el mundo de hoy y la sociedad en que vivimos.

Importantes cambios han ocurrido en el sector salud en los últimos años. A partir de la nueva Constitución se entiende la Seguridad Social como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado desarrolle para proporcionar una mayor cobertura.

Este cambio fue de gran importancia, pues en la Constitución de 1886 el tema de seguridad social no existía, solo en la reforma de 1.936 se introduce el concepto de asistencia pública como función del Estado y se debía prestar a quien no tuviera otros medios de subsistencia, no tuviera a quien exigirla y se hallare incapacitado para trabajar.

Como un desarrollo de esa normatividad de cambios, el régimen de la seguridad social en salud, régimen subsidiado, ha sido aplicado en el Municipio de San Pablo y se enmarca dentro de los recursos del sistema general de participaciones transferidos al Municipio para atención en salud y los cuales se distribuyen de acuerdo a los censos que permiten la focalización de la población pobre por atender, la cual a partir del año 2004, de conformidad con el artículo 49 de la Ley 715/01, debe calcularse con base en la población identificada como pobre por el Sistema de identificación de Beneficiarios SISBEN, que defina el CONPES y la base de datos afiliados a la seguridad social en salud y al sector salud definida por la Resolución 890/02.

2.1.1. DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA

2.1.1.1. DESCENTRALIZACION DE COMPETENCIAS PARA EL MANEJO DE LOS RECURSOS DE SALUD

La organización del Sistema General de Seguridad social en Salud es DESCENTRALIZADA y de ella hacen parte las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud. Las instituciones Públicas del orden Nacional que participen del sistema tienen una estructura organizacional de gestión y decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalecen la operación descentralizada.

La descentralización administrativa entendida como el ejercicio de las facultades en desarrollo de la reglamentación que ha realizado el gobierno para el cumplimiento de la Constitución y la Ley, ha desarrollado diferentes normas que han profundizado en la distribución de competencias entre los diversos niveles de la Administración, siguiendo en lo posible el criterio de que la prestación de los servicios corresponda a los Entes territoriales.

Con el proceso de la descentralización, el área de la salud, se ha visto inmersa a una autonomía local, en busca de unas condiciones óptimas para ofrecer mejores servicios.

2.1.1.2 RESEÑA HISTORICA DE LA DESCENTRALIZACION EN COLOMBIA

Hace más de 20 años que en Colombia inició el proceso de descentralización política, administrativa y fiscal, presentándose importantes avances en la capacidad local de gobierno como también en el suministro de servicios básicos y atención a las prioridades de educación y salud de las diferentes regiones colombianas.

Durante la década de los 90 los gobiernos de turno iniciaron campañas públicas para mostrar al país las deficiencias del proceso descentralizador en especial lo relacionado con las transferencias a los entes territoriales, poniendo de presente la necesidad latente de revisar y detener el ritmo descentralizador y los alcances estipulados en la Constitución de 1991 y la Ley 60 de 1993.

2.1.1.3 DEFINICION DE DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA

Entendido como el conjunto de medidas políticas, administrativas y fiscales orientadas a fortalecer la autonomía regional y local. Exhibe una amplia gama de matices, desde la simple desconcentración del poder y de la autoridad hasta la devolución del poder de la nación a los municipios. Como resultado de la Constitución de 1991, de la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la ley 715 2001, los entes territoriales asumieron nuevas competencias para lo cual se le giran ciertos recursos con destinación específica, en consecuencia la responsabilidad de los entes territoriales en materia de salud pública es mucho mayor y debe propender por el fortalecimiento de los programas de prevención y promoción a nivel regional y local con menores ingresos, además serán los responsables de la identificación de la población pobre, de la focalización de subsidios y de la contratación de la administración de estos recursos con entidades públicas y privadas. Este será el punto de partida para analizar mas adelante lo correspondiente al sistema de salud subsidiada en el municipio y las competencias otorgadas.

2.1.1.4 JURISPRUDENCIA SOBRE DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA

La Corte Constitucional en Sentencia C-295/95 con ponencia del Dr. ANTONIO BARRERA CARBONELL, respecto de la descentralización ha dicho:

“DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA

La descentralización administrativa obedece a una concepción política y a una técnica y modelo de organización y funcionamiento de la rama ejecutiva del poder público, la cual implica la concreción o asunción, bajo un régimen de autonomía, por organismos que son personas jurídicas, de funciones o potestades propias del Estado o de actividades que comportan la actuación de éste en el campo de la actividad privada, o la gestión y satisfacción de necesidades regionales y locales. La descentralización administrativa se erige además como un instrumento para la intervención estatal en la explotación y uso de los recursos naturales, la producción, utilización y consumo de bienes y en la prestación de los servicios, para las finalidades previstas en la Constitución (Art. 334 C.N.)”.

“DESCENTRALIZACION POR SERVICIOS

La descentralización por servicios, desconcentrada, permite el ofrecimiento y la concreción de apoyos técnicos, económicos y prestacionales a las administraciones regionales y locales, con lo cual hasta cierto punto se hace efectivo el derecho a la igualdad material, en la medida en que se permite a dichas comunidades acceder a los beneficios que el Estado brinda a través de sus organismos nacionales”

“La llamada *descentralización por servicios*, implica el otorgamiento de competencias o funciones administrativas a entidades que se crean para ejercer una actividad especializada. Por ello, el artículo 1o. del Decreto 3130 se refiere a los establecimientos públicos, las empresas industriales y comerciales del Estado y a las sociedades de economía mixta, como entidades descentralizadas, pues se trata de entidades que desarrollan una actividad específica, con autonomía financiera y administrativa y bajo el control del poder central, también llamado "control de tutela". Ahora bien, resulta pertinente recordar que en derecho administrativo también existe la figura de la *desconcentración*, esto es, el otorgamiento de ciertas funciones a agentes nacionales, regionales o locales, las cuales se ejercen siempre y en todo momento a nombre de la entidad otorgante”.

“DESCENTRALIZACION DE ENTIDADES TERRITORIALES. AUTONOMIA DE ENTIDADES TERRITORIALES

No es exagerado reconocer que la Constitución afianzó y consolidó la descentralización y autonomía de las entidades territoriales, pues éstas no sólo tienen el derecho de gobernarse por sus propias autoridades y designarlas, sino la de escoger a los agentes regionales de los establecimientos públicos nacionales en el departamento (art. 305-13), lo cual revela la forma de participar en la designación de quien va a cumplir programas o tareas complementarias a las que se adelanten por el Departamento. Con ello se armonizan las acciones regionales con las que en el orden nacional llevan a cabo los referidos establecimientos. Llama la atención la circunstancia de que el art. 305-13 de la Constitución no guarda armonía con la disposición antes citada, en el sentido de que crea una categoría especial de funcionarios, pues no son de carrera ni de libre nombramiento por el nominador, porque su designación obedece a una operación compleja, como se explica mas adelante, en la cual su escogencia la hace el gobernador, pero el nombramiento lo realiza el director, gerente o presidente del establecimiento público respectivo. Pese a la perplejidad que produce en el interprete la referida disposición, dada la circunstancia anotada, hay que entender que en su sabiduría el Constituyente quiso, al emplear la formula que ella contiene, establecer una norma de excepción en la cual convergiera el principio unitario con el de la descentralización administrativa”.

Sobre autonomía y descentralización administrativo la Corte en la Sentencia C-497A de 1994 con ponencia del Dr. VLADIMIRO NARANJO MESA dice:

“La autonomía administrativa y territorial no implica fraccionamiento de soberanía, entre otras razones, porque ésta es, como decía Rousseau, unitiva e indivisible, sobre todo en el seno de una República unitaria como lo es Colombia. Así, pues, la autonomía propia de la descentralización, tanto territorial como administrativa de servicios, se circunscribe al marco de la República unitaria, dentro de los límites que le determinan la Constitución y la ley. Lo anterior se deduce de los artículos 1o. y 287 de la Carta Política. En virtud de ello es que esta Corte ha sentado jurisprudencia sobre la limitación de las autonomías dentro del Estado unitario, por oposición a lo que sucede en un Estado compuesto...”

"Es cierto que la forma de Estado unitaria se encuentra atemperada en la Constitución de 1991, con los principios de descentralización y de autonomía de las entidades territoriales que igualmente consagra el artículo 1°. Pero debe recalcarse que dichas descentralización y autonomía tienen limitaciones de orden constitucional, que se desprenden, para comenzar, de la propia adopción de la forma unitaria por la Carta Política, una de cuyas primeras consecuencias es, como se ha dicho, la de la uniformidad legislativa en el ámbito nacional. Ello significa, en otras palabras, que no es válida la pretensión de que las entidades territoriales, llámense departamentos, distritos o municipios, puedan, so pretexto de su autonomía, entrar a regular de manera aislada la prestación de servicios públicos..."

"Ahora bien, la autonomía de las entidades territoriales para la gestión de sus intereses, está limitada por los términos de la Constitución y la ley (Cfr. art. 287 superior). Es importante aclarar que la ley puede limitar la autonomía territorial, pero nunca alterar su núcleo esencial. La Ley está autorizada por la misma Constitución para señalar los límites de la autonomía territorial, de suerte que la Carta prevé la función delimitante del legislador..."

"La palabra "descentralización" se emplea en sentido genérico y en sentido técnico. De acuerdo con el primero, se le da ese nombre a todo proceso que traslada a asuntos de la capital del Estado a las entidades seccionales o locales, cualquiera que sea su índole; así se habla de descentralización fiscal, económica o industrial. En sentido técnico jurídico, la descentralización significa traslado de competencias de carácter administrativo a manos de autoridades regionales o locales. La descentralización se ha entendido como la facultad que se le atribuye a determinadas entidades públicas para gobernarse por sí mismas, mediante el otorgamiento de funciones específicas que son ejercidas autónomamente..."

Sobre el alcance de la autonomía y la descentralización la Corte en la misma Sentencia C-497A de 1994, ha dicho:

"La autonomía territorial no puede rebasar pues la naturaleza del Estado unitario (art. 1o.). Por tal se entiende el que posee un solo centro de impulsión política, es decir, aquel en el cual la soberanía se ejerce directa y continuamente sobre todo el conglomerado social asentado sobre un mismo territorio. De esta suerte, la totalidad de los atributos y funciones del poder político emanan de un titular único, que es la persona jurídica de derecho público suprema, el Estado. Todos los individuos convocados bajo la soberanía de éste obedecen a una misma autoridad nacional, viven bajo un mismo régimen constitucional y son regidos por unas mismas leyes".

"El Estado unitario supone el principio de la centralización política, que se traduce en unidad de mando supremo en cabeza del gobierno nacional, unidad en todos los ramos de la legislación, en cabeza de un Congreso y, en general, unidad en las decisiones de carácter político que tienen vigencia para todo el espacio

geográfico nacional; la centralización también implica la unidad en la jurisdicción. La centralización política no es otra cosa, pues, que una jerarquía constitucional reconocida dentro de la organización jurídica del Estado”.

“Desde el punto de vista histórico, la existencia de colectividades autónomas, a menudo anteriores al Estado, tiene una larga tradición, y lo han orientado hacia la descentralización. Desde el punto de vista político, se ha trazado una línea divisoria entre los regímenes liberales, particularmente respetuosos de las libertades locales y los regímenes autoritarios, que se orientan hacia el reforzamiento de la centralización”.

“La descentralización se ha entendido como la facultad que se le atribuye a determinadas entidades públicas para gobernarse por sí mismas, mediante el otorgamiento de funciones específicas que son ejercidas autónomamente”.

Como señala el profesor Rivero, la descentralización tiene unas limitaciones. En el Estado unitario descentralizado el conjunto de su régimen deriva de la unidad legislativa, de suerte que las colectividades locales no tienen poder para introducir modificaciones de este tipo; por el contrario, el régimen puede ser siempre modificado por la autoridad central. Mientras en el Estado federal, las colectividades que lo componen están asociadas al ejercicio del poder central, en el Estado descentralizado hay una dirección unificada, de manera integral, pero no como control jerárquico -propio del Estado centralizado-, sino como *control de tutela*.

Sobre el control de tutela la Corte, citando al autor J. RIVERO ha hecho cuatro observaciones:

“a) La descentralización no excluye, a diferencia del federalismo, el control por parte del Estado central. Este control es necesario, a la vez, tanto en interés del Estado mismo, que debe salvaguardar su unidad política y vigilar el respeto a la ley, como en interés de la persona descentralizada, y asimismo en interés de los individuos que pueden tener necesidad de una protección contra la autoridad descentralizada; b) El control de tutela es normalmente una atribución del Estado, aunque aparece también en las relaciones de las colectividades locales con los establecimientos públicos que dependen de ellas; c) El control de tutela se refiere normalmente a las personas jurídicas de derecho público; sin embargo, el lenguaje administrativo emplea el mismo término para el mismo control sobre algunas personas de derecho privado encargadas de un servicio público; d) Finalmente, escribe Rivero, "el control debe conciliarse -so pena de aniquilarlo- con la libertad reconocida a la colectividad. Por ello se opone punto por punto al control jerárquico. En la centralización, la subordinación, es de principio, y el control se ejerce sin texto: Además ella (la subordinación) es total; el control se extiende a todos los aspectos del acto, y puede conducir a su anulación o a su modificación.

Respecto a la autoridad descentralizada, por el contrario, la libertad es la regla, y el control la excepción; un texto debe establecer el principio, designar la autoridad que lo ejerce en nombre del Estado, fijarle la extensión (legalidad u oportunidad), los procedimientos fuera o más allá de las prescripciones legales, la tutela termina, y la libertad retoma su imperio; de allí las fórmulas clásicas: no hay tutela sin texto, y no hay tutela más allá de los textos".¹

2.1.2. SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

2.1.2.1. RESEÑA HISTORICA

Con la Ley 60 de 1993, los Municipios y Departamentos del país tenían sus recursos de funcionamiento e inversión a través de las siguientes fuentes:

2.1.2.1.1 Transferencias intergubernamentales

- Situado fiscal: Es el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación transferido a los Departamentos y Distritos para financiar educación preescolar, primaria, secundaria y salud.
- Participaciones Municipales: Consisten en un porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación, transferidos a los Municipios y resguardos indígenas para financiar obras de inversión social. Se establecieron en la Constitución de 1991 y se desarrollaron en la Ley 60 de 1993.
- Cofinanciación: Son recursos pertenecientes a los ingresos corrientes de la Nación que se destinan a financiar directamente parte de los proyectos de inversión social de los entes territoriales, de acuerdo con las prioridades de la inversión social del Gobierno Nacional.

2.1.2.1.2 Esfuerzo fiscal propio: Son los recursos obtenidos por los Municipios de tipo predial, de industria y comercio y otras rentas municipales.

2.1.2.1.3 Endeudamiento: Son los recursos que obtienen los Municipios al contratar préstamos para inversión social con la banca comercial, con FINDETER y la emisión de bonos.

Fueron varias las críticas del Gobierno Nacional en cabeza del Ministro de Hacienda y el Director del Departamento Nacional de Planeación frente al proceso de descentralización planteando propuestas de reforma o control que de no ser analizadas pueden causar un retroceso significativo en la construcción de la capacidad de gobierno del país. Entre los argumentos del Gobierno Nacional en aquella época se destacaron i) el incremento de la brecha fiscal en razón a que el

¹ RIVERO, J. Derecho Administrativo. U. Central. Caracas. 1984. pág. 344-345

Ejecutivo no contaba con recursos para inversión por culpa de las transferencias. ii) la descentralización ha trasladado recursos a los Departamentos y Municipios no así responsabilidades, pues muchas de estas continúan en cabeza del Ejecutivo Nacional. iii) Pereza fiscal por la tendencia de los Municipios de esperar las transferencias y no generar recursos propios.

2.1.2.2 LA CONSTITUCION DE 1991 Y LA DESCENTRALIZACION.

La descentralización expresada en la nueva constitución aceleró y profundizó el proceso iniciado en la década anterior, para ello determina una transferencia progresiva y amplia de los recursos nacionales a las entidades territoriales, además especifica la redistribución de funciones y competencias entre los diferentes niveles del Estado colombiano.

2.1.2.3. LEY 60 DE 1993

Reglamentó los artículos constitucionales que establecían las competencias y recursos para las entidades territoriales, fijó los montos y responsabilidades de los Departamentos y Municipios en materia de salud, educación, vivienda, agua potable y otros servicios públicos. Las transferencias generaron algunos problemas de financiamiento de la inversión social sobre todo en lo que tiene que ver con la salud en donde el costo por persona y la cobertura que fijo la Nación superó con creces el monto que se transfiere por ese concepto.

2.1.2.4 ACTO LEGISLATIVO 01 DE 2001

La aprobación de la Reforma constitucional al régimen de transferencias (Art. 356, 357) fue una de las piezas claves del rompecabezas de las transformaciones neoliberales en materia de Salud y educación en la última década, creando condiciones marco propicias para adelantar mediante desarrollos legales una política de salud, en doble sentido, ya sometiendo la salud a los dictados de la política macroeconómica según factores monetarios y cambiarios, como de manera definitiva de acuerdo con las reglas del sistema capitalista tal como ocurre con la Ley 60 de 1993, luego con la Ley 100 de 1993 y la Reforma constitucional del acto legislativo No 01 de 2001 desarrollada por la Ley 715 de 2001.

La reforma constitucional al régimen de transferencias, implica un recorte en la asignación de los recursos públicos a los entes territoriales para la financiación de la educación y la salud públicas.

Se dice que el régimen de transferencias era la causa principal del endeudamiento público, y en contraposición, que si las transferencias establecidas en la

constitución de 1991 explica el déficit primario, la causa de ese déficit se encuentra en el explosivo crecimiento de la deuda pública, y que en la práctica los recursos que se ahorre irán a parar en las arcas de la banca privada y de los inversionistas institucionales.

El proyecto del Acto Legislativo 01 de 2001 fue de amplia difusión, conocimiento y discusión en el país y generó un gigantesco movimiento social en todo el territorio encabezado sobre todo por FECODE.

El proyecto de la Ley 715 de 2001 fue presentado, tramitado, discutido y aprobado en el Congreso de la República durante el segundo semestre de 2001. La elaboración del proyecto estuvo sujeta al mayor sigilo, su presentación se extendió hasta el límite posible y fue acompañado de un mensaje de urgencia lo que permitió un trámite más expedito. Su debate se restringió al escenario del Congreso, al cabildeo de las direcciones sindicales del sector salud y de FECODE.

2.1.2.5 LEY 715 DE 2001

Con la aprobación de la Ley 715 de 2001, quedaron corroboradas diferentes preocupaciones expresadas por diversos sectores de la sociedad interesados en el futuro de la salud, la educación pública y del gasto social, no obstante que el gobierno controvertió tajantemente toda opinión que señalara toda pretensión privatizadora de la educación pública y de la salud, en la corriente de contrarreforma. No obstante la Ley 715 de 2001 ha dejado en claro, que el camino trazado se orienta definitivamente en dirección a establecimiento de reglas de juego, propias de la organización mercantil aplicadas a un derecho social, como medidas de valor, competencia, mercado, son conceptos del acto legislativo 01 y por consiguiente de la Ley 715 de 2001.

Si con el acto Legislativo se ha demostrado que habrá menos recursos, con la ley 715 de 2001 se ha puesto en evidencia que habrá más competencia para los entes territoriales que de manera inexorable conduce a una mayor limitación a la autonomía y a una fuerte presión a la cofinanciación de recursos propios, asunto que solo puede suplirse con mayores tributos territoriales.

La Ley 715 de 2001 define la naturaleza del Sistema General de Participaciones (SGP) en tanto este se integra por los recursos que la Nación transfiere a las entidades territoriales por mandato de los artículos 356 y 357 de la Carta Política, para la financiación de los servicios asignados por la Ley en su artículo primero. En igual sentido la ley fija la base de cálculo en 10.962 billones de pesos en el año de 2001 y se indica que del total de los recursos del SGP, previamente se deducirá en cada año, un monto equivalente al 4% de dichos recursos. Dicha deducción se distribuirá así: 0.52% para los resguardos indígenas que se distribuirán y administrará de acuerdo a la presente Ley, el 0.08% para

distribuirlos entre los municipios cuyos territorios limiten con el Río Grande de la Magdalena en proporción a la ribera de cada municipio, según la certificación del Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 0.5% a los distritos y municipios para programas de alimentación escolar de conformidad con el artículo 76.17 de la presente Ley; y 2.9% al Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales, Fonpet, creado por la Ley 549 de 1999 con el fin de cubrir los pasivos pensionales de salud, educación y otros sectores. Igualmente se señala la conformación del SGP y la forma de distribución de los recursos por sectores, así: 24,5% para salud, 58,5% para educación y 17% para propósito general para un total del 96% del SGP.

Para la transición, estos recursos se han proyectado desde 2002 a 2008, por el Dr. J. ESTRADA ÁLVAREZ, así: ²

AÑO	SGP Base de Cálculo (billones)	Educación, Salud, y Propósito gral.(96%)	Salud 24.5%
2001	10.962	10.524	2.578
2002	12.019	11.538	2.827
2003	12.981	12.462	3.053
2004	14.020	13.59	3.298
2005	15.141	14.535	3.561
2006	16.428	15.771	3.864
2007	17.25	17.112	4.192
2008	19.340	18.566	4.549

Fuente calculo- JAIRO ESTRADA ALVAREZ

2.1.2.6 JURISPRUDENCIA SOBRE EL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

La Corte Constitucional en Sentencia C-487 de 2002 con ponencia del Dr. ALVARO TAFUR GALVIS, respecto del Sistema General de Participaciones ha dicho:

“Con el propósito de demostrar que las expresiones que dan origen a la presente demanda contrariamente Si “alteran la esencia de lo aprobado inicialmente sobre la institución política que se reforma”, partamos primero que todo por decir, que según la definición proporcionada por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, por “Esencia” debe entenderse “aquello por lo que un ser es lo que es. Lo permanente e invariable”.

² ESTRADA ALVAREZ, J. Viejos y Nuevos Caminos hacia la Privatización de la Educación Pública. U. Nacional. Bogotá D.C. 2000. Pág. 137

La propia Academia ha definido el término “Sistema” como el conjunto de reglas o principios sobre una materia racionalmente enlazados entre sí. Conjunto de cosas que ordenadamente contribuyen a un determinado Objeto”

Por su parte el término “General” ha sido definido como Común a todos los individuos que constituyen un todo (la educación), o a muchos objetos, aunque sean de naturaleza diferente”.

Finalmente el término “Participaciones” se deriva del singular “Participación” cuyo significado es “acción y efecto de “participar”, definiendo a este último verbo como “Tomar una parte en una cosa”.

Bien podría en consecuencia y haciendo uso de la capacidad de síntesis decirse, que el asunto principal y general que regula la norma es la de constitución por el Estado de un “conjunto de recursos común a todos los individuos que constituyen un todo determinado denominado Servicio Público Educativo, aunque los mismos sean de naturaleza diferente”.

2.1.3 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

2.1.3.1. DEFINICION Y RESEÑA HISTORICA

2.1.3.1.1. ORIGEN DEL DERECHO A LA SALUD.

El derecho a la salud se encuentra en el desarrollo de las políticas de protección social de la Europa Occidental a finales del siglo XIX. En ese momento, el derecho a la salud se incorporó no como un derecho de carácter individual sino como un compromiso estatal en la adopción de políticas de prevención y atención de salud pública. Una primera manifestación de este derecho, se encuentra en Alemania en 1881, donde se instaura un sistema de seguridad social para los trabajadores, fundado en el principio de la solidaridad que comprendía la adopción de medidas preventivas de salud pública y la asistencia medica gratuita en instituciones hospitalarias financiadas por el Estado.

La consolidación del derecho individual a la salud se logra en realidad a partir de su inclusión en la Declaración Universal de Derechos Humanos y de los trabajos de la Organización Mundial de la Salud, cuyos resultados se consolidan durante la segunda mitad del siglo XX, con el establecimiento en el orden interno de mecanismos que permitirán su exigibilidad jurídica al Estado.

La constitución de la Organización Mundial de la Salud, sirvió como escenario para impulsar el desarrollo de la salud como un derecho exigible. Así, en el Congreso de constitución celebrado el 7 de abril de 1948 el derecho a la salud fue

definido como la aspiración de todos los pueblos en el goce máximo de salud para todos los ciudadanos. La salud es el estado de absoluto bienestar físico, mental, y social, sin distinciones de religiones, credos políticos o clases sociales. Todo hombre tiene derecho a conservar su salud y en caso de que enferme, a poseer los medios para curarse. Esta protección debe abarcar no solo a él sino también a sus familiares.

En el mismo año, tuvo vida la Declaración Universal de Derechos Humanos, que en su artículo 25, estableció el derecho a la salud, como el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, así mismo como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Posteriormente en 1966 este derecho es consagrado extensamente en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el cual impone a los Estados-parte, la obligación de adoptar medidas que aseguren su plena efectividad, a fin de reducir la mortalidad de la población, en particular, la mortalidad infantil y su sano desarrollo; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene, del trabajo y del medio ambiente, la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas; la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El derecho a la salud, además fue reconocido por la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial de 1965, y por el artículo 12 de la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979. También se encuentra incorporado en los artículos 24, 25 y 26 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Es importante anotar, que en ninguno de estos Instrumentos Internacionales se define el derecho a la salud como un derecho a estar sano. Y ello es así, porque dada la multiplicidad de factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, ambientales y económicos que pueden determinar la presencia de enfermedades, sería imposible garantizar un derecho a la salud con ese contenido. Por ello, según el Comité de Derechos Sociales, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Así ha sido entendido por las distintas legislaciones.

Dentro del sistema de las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, realizan considerables esfuerzos

para mejorar las condiciones y el acceso a los servicios de salud a favor de toda la población mundial. Sin embargo, son los propios Estados los responsables del cumplimiento de los tratados y convenios internacionales en materia de salud que entre otros compromisos imponen a los mismos la obligación de reconocer a nivel constitucional el derecho a la salud, así como establecer mecanismos adecuados para su protección.

A pesar de que el desarrollo incorporado de la salud como derecho individual, familiar y colectivo fue en apariencia un proceso pacífico para llegar a esta formulación, demandó muchos años de esfuerzos para su consolidación. Cada uno de sus términos, salud, derecho, así como las obligaciones que se derivan de su consagración han sido y siguen siendo objeto de intensos debates.

Haciendo una síntesis de la seguridad social, el prócer de la independencia y la integración latinoamericana Simón Bolívar, en el discurso de Angostura (15 de febrero de 1819) dijo:

"El sistema de gobierno más perfecto, es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política".

Las ideas de Simón Bolívar fueron expresadas 62 años antes que la Seguridad Social como tal hiciera su aparición en el mundo. No le había llegado su tiempo a las ideas del Libertador, pero fructificaron y fueron denominadas según él lo había adelantado.

La Seguridad Social como tal nace en Alemania como producto del proceso de industrialización, las fuertes luchas de los trabajadores, la presión de las iglesias, de algunos grupos políticos y sectores académicos de la época. Primeramente los trabajadores se organizaron en asociaciones de auto-ayuda solidaria, destacando las mutuales de socorro mutuo, las cooperativas de consumo y los sindicatos. Eran los tiempos en que Alemania era gobernada por el Káiser Guillermo II, como primer gran documento de compromiso social del Estado, se caracteriza el Mensaje Imperial, del 17 de Noviembre de 1821, anunciando protección al trabajador, en caso de perder su base existencial por enfermedad, accidente, vejez o invalidez total o parcial.

Impulsadas por el Canciller Alemán Otto Von Bismarck (el Canciller de hierro 1815 - 1898) son refrendadas tres leyes sociales, que representan hasta hoy, la base del Sistema de Seguridad Social Universal:

- Seguro contra Enfermedad. 1883
- Seguro contra accidentes de Trabajo. 1884
- Seguro contra la Invalidez y la Vejez. 1889

Los resultados de la aplicación de este modelo fueron tan eficaces que muy pronto es extendido a Europa y un poco más tarde a otras partes del mundo.

En 1919, mediante el Tratado de Versalles, los líderes políticos del plante ponen fin a la Primera Guerra Mundial. Como producto de este histórico Tratado nace la Organización Internacional del Trabajo (OIT). El Preámbulo de la Constitución de la OIT es muy rico en contenidos de protección social y sirve como pilar doctrinal y de política de la Seguridad Social.

En 1944, la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo congregada en Filadelfia presenta la declaración de los fines y objetivos de la OIT y de los principios que debieran inspirar la política de sus miembros. En su Título III establece: "La Conferencia reconoce la obligación solemne de la Organización Internacional del Trabajo de fomentar, entre todas las naciones del mundo, programas que permitan extender medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa".

El Departamento de Seguridad Social de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra, en conjunto con el Centro Internacional de Formación de la OIT, con sede en Turín y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), en Ginebra, publicaron en 1991 un interesante documento titulado "Administración de la seguridad social". De este documento se transcribe una definición de Seguridad Social ampliamente aceptada, así:

"Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos".

2.1.3.1.2. ANTECEDENTES DEL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO COLOMBIANO

Al buscar un antecedente del reconocimiento explícito del derecho a la salud en Colombia, aparece por primera vez consagrado a nivel constitucional en 1936 con la incorporación del derecho a la asistencia pública en el acto legislativo 01 de 1936, el cual estableció que la asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quien careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar. La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que debe darla directamente el Estado.

Bajo este régimen, acorde con el desarrollo de la primera mitad del siglo XX en Europa, el derecho a la salud no tiene el carácter de un derecho individual exigible

al Estado, sino mas bien de un compromiso estatal para proveer asistencia pública en salud y de manera residual, esto es, cuando la persona carecía de recursos propios y no tuviese alguien que estuviera obligado a proveer para su cuidado en salud. La regulación de este derecho quedó en manos del legislador, quien otorgó al gobierno facultades extraordinarias para reglamentar la asistencia pública que quedaron plasmados en el decreto extraordinario 3224 de 1963, y que le dio un enfoque de calidad pública a la atención de salud a cargo del Estado, dado que señaló que la asistencia pública como Función del Estado, consiste en la ayuda que este debe prestar para procurar el bienestar individual, familiar, y colectivo, mediante la prevención de la enfermedad.

Pese a las ausencias o deficiencias de los conceptos constitucionales en relación con el derecho a la salud, Colombia fue firmante de los documentos que rigen a nivel internacional la doctrina y la acción de los derechos humanos: se firmo la carta constitutiva de la Naciones Unidas en 1945, la Declaración de los Derechos Humanos en 1948, y se adhirió al Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales mediante ley 74 de 1969.

La transformación constitucional introducida en 1991, acepta de manera explícita los derechos humanos, consagrando dentro del capítulo de los derechos sociales, económicos y culturales un derecho a la salud mucho más amplio que el vigente a la constitución de 1886. En la carta política de 1991 el derecho a la salud se encuentra consagrado en el artículo 44 como parte de los derechos fundamentales de los niños. El artículo 46 incorporado a la protección especial a la vejez; el artículo 47 en las políticas a favor de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos; el artículo 48 en la definición del derecho a la seguridad social; el artículo 49 en la definición de los servicios públicos de atención de salud y saneamiento ambiental y el artículo 50 en la consagración del derecho de atención gratuita para los menores de un año. Este enfoque amplio de la salud superó el concepto tangencial de asistencia pública que hacia referencia la carta de 1886.

Si se observa bien la constitución vigente no emplea expresamente el término derecho a la salud. No obstante, tanto la doctrina como la jurisprudencia constitucional emplean tal expresión para cobijar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y la seguridad social.

Existe por tanto, un consenso en torno al significado a la salud en el contexto Jurídico colombiano, que desde 1991 se deriva directamente del Estado Social de Derecho: "La salud es un concepto que guarda íntimamente relación con el bienestar del ser humano y que dentro del marco del Estado Social al convertirse en derecho, se constituye en un postulado fundamental del bienestar ciudadano al que se propende en un nuevo orden social justo a fin de garantizar un mínimo de dignidad a las personas, siendo un principio fundamental que implica que este modelo de Estado se obligue a garantizar la integridad del ser humano, pues eso constituye la razón de ser, principio y fin último de su existencia. En consecuencia,

la salud constitucionalmente protegida no hace referencia únicamente al componente físico, sino que comprende necesariamente todos aquellos aspectos propios del bienestar psicológico, mental y sicosomático de las personas.

En términos generales la constitución reconoce un derecho a la salud con un carácter dual: como derecho individual fundamental ya sea por razón de conexidad o como ocurre en el caso del derecho a la salud de los niños como fundamental por expresa disposición constitucional y como un derecho de carácter asistencial. Así lo ha reconocido la Corte Constitucional al decir "el derecho a la salud conforma en su naturaleza jurídica un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques, el primero que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra el derecho a la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida. Por estos aspectos, el derecho a la salud resulta un derecho fundamental. El segundo bloque de elementos sitúa el derecho o a la salud con un carácter asistencial ubicado en las referencias funcionales del denominado Estado Social de Derecho, en razón de que su reconocimiento impone acciones concretas.

A esa doble calidad de derecho fundamental por conexidad o por disposición constitucional expresa se suma una tercera: la salud como derecho de índole colectiva en su acepción de salubridad pública, que involucra tanto su carácter fundamental como el asistencial.

2.1.3.2 NOCIONES DEL DERECHO A LA SALUD.

El Diccionario de la lengua Española, define la salud como un estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones, o como las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.

Por su parte, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, ha precisado que la salud es el estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades. Así mismo, el goce del máximo grado de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social. La salud involucra entonces, actividades de prevención, promoción y protección, e implica un enfoque integral en donde se incluyen los entornos físico, social y los demás factores relacionados con la existencia.

En nuestro país, la Corte Constitucional ha entendido el derecho a la salud como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica, tanto física como mental y de restablecerse cuando se presente una perturbación en su estabilidad orgánica o funcional. De allí que éste derecho implique una acción de conservación y otra de restablecimiento por parte del poder público, como de la sociedad, la familia y el mismo individuo.

El comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, considera que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones que permiten a las personas llevar una vida sana. Estos factores contemplan la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, a un entorno de trabajo seguro y sano y un medio ambiente adecuado.

De otra parte, tenemos las principales características del derecho a la salud, pues este parte de la condición de ser un derecho continuo, es decir que los individuos son titulares del mismo, desde el inicio de su existencia hasta el final de sus días. De igual manera es un derecho que tiene por objetivo la conservación de los niveles de salud o el restablecimiento de la misma en caso de pérdidas temporales de los niveles normales. Para su consecución se debe contar por parte del Estado con una serie de medios disponibles, es decir los convencionales para la ciencia moderna y que deben ser proporcionados, de acuerdo al caso individual.

Por último el derecho a la salud adquiere su condición de fundamental porque es inherente a la dignidad de la persona humana en tanto que constituye parte integral de su ser y ese carácter fundamental emerge de su relación con el derecho a la vida, pues al ser una parte integrante de ese derecho, la salud adquiere ese mismo carácter.

La seguridad social es entendida y aceptada como un derecho que le asiste a toda persona de acceder, por lo menos a una protección básica para satisfacer estados de necesidad.

Es así como la concepción universal respecto del tema ha llevado a cada nación a organizarse con el objeto de configurar variados modelos al servicio de este objetivo. En este contexto siempre se concibió al Estado como el principal, si no el único promotor de esta rama de la política socioeconómica puesto que los programas de seguridad social están incorporados en la planificación general de este. Sin embargo, no siempre se logró a través de tales políticas desarrollar e implementar un sistema de seguridad social justo y equitativo, en el cual la persona tuviera la gravitación que amerita. Se suma a ello el vertiginoso avance de la economía mundial, en otras palabras, no hubo un desarrollo paralelo de ambas áreas, condición vital para lograr un crecimiento equilibrado.

El Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos en determinados marcos como el de la sanidad, y en general todo el espectro posible de seguridad social. Estos programas gubernamentales, financiados con los presupuestos Estatales, deben tener carácter gratuito, en tanto son posibles gracias a fondos procedentes del

erario público, sufragado a partir de las imposiciones fiscales con que el Estado grava a los propios ciudadanos. En este sentido, el Estado de bienestar no hace sino generar un proceso de redistribución de la riqueza, pues en principio, las clases inferiores de una sociedad son las más beneficiadas por una cobertura social que no podrían alcanzar con sus propios ingresos.

En este Sistema se engloban temas como la salud pública, el subsidio al desempleo, o los planes de pensiones y jubilaciones y otras medidas que han ido surgiendo en muchos países tanto industrializados como en vías de desarrollo desde finales del siglo XIX para asegurar unos niveles mínimos de dignidad de vida a todos los ciudadanos e intentar corregir los desequilibrios de riqueza y oportunidades.

La Seguridad Social Integral tiene como fin proteger a los habitantes de la República, de las contingencias de enfermedades y accidentes, sean o no de trabajo, cesantía, desempleo, maternidad, incapacidad temporal y parcial, invalidez, vejez, nupcialidad, muerte, sobrevivencia y cualquier otro riesgo que pueda ser objeto de previsión social, así como de las cargas derivadas de la vida familiar y las necesidades de vivienda, recreación que tiene todo ser humano.

La Seguridad Social debe velar porque las personas que están en la imposibilidad sea temporal o permanente de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados servicios.

2.1.3.3 PRINCIPIOS Y CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (LEY 100/93)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, se rige por un conjunto de principios orientadores definidos en la Ley que desde su consagración se pretendía que fueran los que guiaran el sistema y que tuvieran un desarrollo progresivo hasta su total consolidación, los mismos que hoy se encuentran paralizados y sin proyección, tales principios son:

EFICACIA: 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 la forma adecuada, oportuna y suficiente, aspectos estos que son permanentemente transgredidos debido a la insuficiente regulación estatal que impida las desviaciones de los flujos financieros, problemas que al parecer se ubican en las Empresas Promotoras de

Salud que privilegian el rendimiento económico en perjuicio de la calidad de la atención y de un adecuado tratamiento.

EQUIDAD: El Sistema General de Seguridad Social en Salud contempla la gradual provisión de servicios de salud a todos los habitantes del país, independientemente de su capacidad de pago, con un financiamiento especial para la población pobre y vulnerable. La cobertura universal se financia mediante los regímenes contributivo (aportes obrero-patronales) y subsidiado (subsidios a la demanda de origen fiscal y parafiscales de la subcuenta de solidaridad del Fosyga).

En términos generales, la equidad en salud busca corregir las injusticias, ya sean socioeconómicas, de calidad de vida, o de acceso en la atención en salud, pero estos principios son vulnerados al establecer paquetes de servicios diferenciados para los usuarios de acuerdo con la capacidad de pago, sin contemplar las necesidades, condiciones específicas y diferencias materiales de los grupos poblacionales, sectores y territorios.

Desde este punto de vista, la focalización se ha convertido en un mecanismo de desigualdad e inequidad, en tanto define el acceso a servicios diferenciados y limitados con relación a otros; al tiempo que lejos de ser un mecanismo de inclusión positiva al identificar los grupos más vulnerables y pobres, se ha convertido en una herramienta para facilitar el desmonte gradual de la responsabilidad del Estado, frente a la garantía del derecho para el conjunto de la población, siendo que sus directrices se encaminan a implementar medidas que delimitan aún más los criterios de focalización minimizando su responsabilidad frente a grupos desamparados.

Como factor determinante en la vulneración de la equidad aparece la distribución de los recursos financieros del Sistema. En este sentido, la Ley 715 modificó las reglas de destinación de recursos a los entes territoriales, reduciendo los del situado fiscal, al tiempo que amplía las funciones y responsabilidades de los entes territoriales y fortalece la lógica del subsidio a la demanda, sin tener en cuenta las condiciones específicas de pobreza o el contexto de los municipios, lo que se traduce en mayores recursos para los municipios que más capacidad económica ostentan y menores para los que menos poseen, manteniendo con ello la brecha de inequidad histórica.

UNIVERSALIDAD: Es la garantía de la protección para todas las personas sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. En salud la cobertura universal se irá logrando progresivamente por medio de la afiliación de los habitantes a los regímenes contributivo y subsidiado. La franja de población que inicialmente no está afiliada es denominada "Vinculada al Sistema", y tiene en la

transición cobertura de servicios de salud a través de la oferta pública existente.

Muy a pesar de la perspectiva inicial, el crecimiento de la cobertura en salud en los últimos años, se ha estancado. La meta de cobertura universal del 100% de colombianos para el año 2001 nunca se cumplió, por el contrario se abandonó. Existen multiplicidad de factores que contribuyen a que no se garanticen al acceso a la salud y la seguridad social de manera universal, en primer lugar, el aspecto de la afiliación, no existen los recursos suficientes para la ampliación de cobertura y por el contrario las reformas legales que conllevan al desmonte gradual de la obligación del estado a propender por la salud de los colombianos; un segundo aspecto se contrae al uso de los servicios, el cual se limita con frecuencia por la capacidad de pago de cuotas moderadoras, de copagos o por la compra de medicamentos.

Con la reforma a la Ley 100 de 1993 se pretende mejorar la prestación del servicio a los usuarios del sistema y lograr una cobertura universal para el año 2009 en los niveles I, II y III del Sisbén. La meta es que entre el 2007 y finales del 2009 se hayan afiliado al régimen subsidiado de salud cerca de ocho millones de personas.

SOLIDARIDAD: Es la mutua ayuda de las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades, es decir cada quien contribuirá con su capacidad de pago. Los recursos provenientes del erario público se destinarán siempre a los grupos de población más vulnerable. Principio que también se ve afectado por cuanto los altos índices de desempleo a nivel nacional, y muy notorios en el Municipio de San Pablo, no permiten que el régimen contributivo permita financiar a la población subsidiada.

UNIDAD: Es la articulación de las políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la Seguridad Social. Esto garantiza para el caso específico de la salud, uniformidad de criterio en materia de políticas de salud tanto para el sector público como para el privado; la dificultad que presenta este aspecto es la excesiva normatividad del sistema y los vacíos jurídicos que presentan al mismo tiempo.

PARTICIPACIÓN SOCIAL: El Sistema General de Seguridad Social en Salud fomenta y crea espacios para la participación ciudadana en cuanto es beneficiaria del Sistema de Seguridad Social, en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto, al respecto, es mínima la colaboración que existe de la ciudadanía en la vigilancia del buen funcionamiento del sistema.

LIBRE ELECCIÓN: Se consagra como un principio fundamental en la escogencia que tiene todo usuario de su ARS para la prestación del servicio de salud. Este es uno de los principios rectores en la aplicación del régimen subsidiado y también uno de los mayores problemas que se presentan ya que muchos de los actos

fraudulentos en el traslado de usuarios desconocen y violan este principio.

OBLIGATORIEDAD: Se establece la obligación de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante una contribución obrero-patronal, con responsabilidad en la afiliación por parte de empleador. Por su parte, el Estado debe facilitar la afiliación de la población sin vinculo laboral o sin capacidad de pago. En ese contexto, la renuncia al ingreso del régimen contributivo que se viene dando a cambio de garantizar trabajo no deja de ser una ofensa contra el beneficiario o contra el trabajador, convirtiéndose en una manifestación de ignominia que pisotea elementales derechos.

2.1.3.4 DESARROLLO LEGAL DEL DERECHO A LA SALUD, LEY 100 DE 1993

El Sistema general de seguridad social en salud -SGSSS- fue creado mediante la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 la que tuvo origen en el gobierno y fue presentada para discusión y aprobación ante el Congreso Nacional de la República en 1992, en principio se centro sobre el tema pensional y posteriormente se completó con el tema de la salud, cuyo objetivo fue dotar de una nueva organización al sector salud, de modo que se hicieron posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país. La Ley fue sancionada finalmente en junio de 1993.

Sus antecedentes más próximos los podemos resumir de la siguiente manera:

- A. Básicamente se remontan a los hechos de tipo social y económico que enmarcaron el sistema de seguridad social en Colombia, la baja cobertura, la incapacidad financiera del sistema existente, la ascendiente deuda pensional, la deficiente prestación del servicio médico, los excesivos trámites burocráticos y la inequidad interna.
- B. Como segundo antecedente tenemos, la expedición de la Constitución Política de 1991, la cual en su artículo 48 consagró la seguridad social como un servicio público permanente y un derecho colectivo el cual adquiere el carácter de derecho fundamental cuando según las circunstancias del caso su desconocimiento puede conllevar a la violación de otros derechos y principios fundamentales como la vida, la integridad física, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana.

En cumplimiento de los mandatos constitucionales consagrados en los artículos 48, 49, el legislador colombiano expidió la ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, y en la cual se definen los alcances de la seguridad social Integral como el conjunto de instituciones normas y procedimientos de que

dispone la persona y la comunidad para gozar de una mejor calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar una cobertura integral de las contingencias en salud y la capacidad económica de los habitantes con el fin de lograr el bienestar y la integración de la comunidad. En ejercicio de la potestad de configuración en materia de regulación del derecho a la salud y del derecho a la seguridad social el legislador optó por incorporar bajo un marco común las actividades que integran seguridad social y la atención en salud, con el fin de facilitar el acceso de las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Los principales objetivos que se pretendían alcanzar con la implementación del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, eran entre otros:

- Garantizar las prestaciones económicas y asistenciales de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema y para aquellas personas sin capacidad de pago, será el Estado quien asumirá esa carga mediante el pago de un subsidio para que tengan acceso a la salud.
- Contempló la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda a la prestación integral y efectiva de sus beneficios, buscando garantizar la financiación y el equilibrio del sistema, a través de la cotización y de la asignación de recursos del presupuesto nacional.
- Mejorar la calidad y fomentar la eficiencia en la provisión de servicios de salud.

Existen quienes consideran que la Ley 100 puso en evidencia la existencia de una voluntad política nacional por reformar el sistema de salud en Colombia para alcanzar un verdadero aseguramiento en salud. Destacan además, como un aspecto positivo el impulso a procesos de participación ciudadana y democratización en procesos y servicios de salud, a través de la municipalización, de la gestión y el establecimiento de veedurías populares, señalando que dada la heterogeneidad en cuanto a capacidades institucionales de gestión local, tal logro debe ser visto como proceso en construcción, como es el caso de los problemas que se presentan en la categorización poblacional a través del Sisbén.

Como aspecto sobresaliente sobre el desarrollo de la prenombrada ley, se registra la incorporación de un número considerable de ciudadanos al sistema de seguridad social en salud, a pesar de sus características restrictivas en el régimen subsidiado, y afirma que quizás el reto más importante para Colombia sea construir un sistema de aseguramiento verdadero que no se sustente en

diferencias discriminatorias (contributivos, subsidiados, vinculados) sino que, por el contrario, garantice un conjunto universal de prestaciones sostenibles política, social y financieramente, adecuado a las necesidades de la población, además de que el sistema debería verse como un elemento complementario a acciones de salud pública y promoción de la salud.

Así mismo, sostienen que la Ley 100 ha permitido la modernización empresarial, ubicando al usuario en el centro de la atención aunque parece necesario colocar precauciones y controles que eviten desfigurar el objetivo de servicio de instituciones de salud y que será reemplazado por un criterio utilitario-mercantilista.

Por el contrario sus detractores, señalan que el sector salud a partir de la aplicación de la ley 100 de 1993 no avanzó, e incluso algunos expertos dicen que retrocedió, dándose en las siguientes presupuestas: la Insuficiente regulación estatal para impedir desviaciones en los distintos "nodos" del sistema, particularmente en lo relativo a flujos financieros, problemas que al parecer se ubican en determinadas Empresas Promotoras de Salud (EPS) que privilegian el rendimiento económico en perjuicio de la calidad de la atención y de un adecuado tratamiento a personal de salud. Otros dos graves problemas generados por la ley son, en primer lugar, la competencia de establecimientos públicos con proveedores privados en condiciones desventajosas que han llevado al cierre forzado de establecimientos hospitalarios con notable tradición de servicio, y en segundo lugar, la evidente subordinación de componentes preventivos promocionales y de salud pública a actividades de recuperación, claramente ubicadas en una dinámica de mercado. Las consecuencias han sido documentadas con retrocesos en actividades prioritarias como vacunación infantil y materna, por ejemplo.

Si bien es cierto, que luego de 13 años de aprobada la ley, se puede hablar de una verdadera evolución, ya que han sido notorios los cambios entre el anterior Sistema Nacional de Salud, al cual accedía toda la población con algunas desventajas (la percepción de calidad y la satisfacción por parte de los usuarios algunas ineficiencias en el servicio y demoras en la atención); no es menos cierto que el actual Sistema General de Seguridad Social implementado a partir de la Ley 100, no ha podido hacer que se cumplan los preceptos constitucionales de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política Nacional.

El artículo 48 establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y no se podían destinar, ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

Si bien este artículo de la Constitución está contemplado en el articulado de la ley 100 y su reglamentación, aún gran parte de la población no tiene acceso al servicio y para otro gran porcentaje es muy precario y limitado este acceso. Igualmente la dirección, coordinación y control del Estado ha demostrado todo lo contrario, ya que los grandes monopolios económicos y algunas empresas no serias han manejado los recursos para otros fines muy diferentes bajo la permisividad e inoperancia de la Vigilancia y Control del Ministerio de la Protección Social y la Supersalud, con la ya conocida pérdida de miles de millones de pesos que quedaron en manos de particulares, se perdieron y nunca se utilizaron en lo ordenado por la Constitución.

De otra parte, tenemos la marcada participación privada, antes solo en la prestación de servicios, ahora resulta definitiva en la dirección, administración, manejo de los recursos financieros y prestación de servicios, y se hace desde los altos intereses del capital. Esto trajo como resultado un fuerte conflicto entre el carácter público que la Constitución le da al servicio de salud y el propósito de rentabilidad económica del sector privado, que antes que pensar en los fines más altruistas de un sistema de salud como el bienestar de la población, su calidad de vida, el desarrollo en los términos integrales en los que hoy se define el capital humano y social para el país, requieren obtener resultados financieros para sus accionistas.

La intervención del Estado se cambió por un papel regulador lo que ha supuesto un debilitamiento de la autoridad tanto nacional como territorial y éste se limitó esencialmente a la reglamentación excesiva, siendo notoria la ausencia de orientaciones técnicas y de políticas de salud, además de la complacencia con la que se mira el manejo de los recursos financieros y la indulgencia con que son tratados los actores fuertes del sistema, los aseguradores, haciendo casi inexistentes la vigilancia y el control.

El promocionado papel modulador del estado en las relaciones entre diferentes actores de cara a los beneficios de los afiliados es débil y escaso, teniendo hoy servicios desarticulados y fragmentados, factor esencial que afecta la calidad de la atención que en el sistema debe entenderse más allá del ámbito de cada acción particular.

Una de las irregularidades que más aquejan es la manipulación política del Sisbén y de los subsidios para la salud. A las críticas bien fundadas a la política de focalización y al instrumento mismo, el Sisbén, se suma la comprobada manipulación politiquera de este y de los subsidios para la salud, lo que desvirtúa aún más el papel del Estado diezmando la credibilidad de la población.

Además de lo expuesto, la Presidencia de la República mediante los siguientes puntos advierte ciertos aspectos críticos que habrán de combatirse mediante el programa modernización, eficacia transparencia y lucha contra la corrupción.

PUNTOS CRÍTICOS

- Desviación de dineros
- Deficiencia SISBEN
- Listado de priorizados
- Violación principio de escogencia
- Falta de carnetización
- Ineficiente prestación del servicio

2.1.3.5 ACCESO DE LA POBLACION COLOMBIANA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

La Constitución y los Tratados Internacionales protegen de manera especial el derecho a la salud de ciertos sujetos que en razón de una herencia histórica discriminatoria o de una condición de debilidad manifiesta ven seriamente limitados derechos de acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud. Al respecto el parágrafo 10 de la observación general 18 del Comité de Derechos Humanos relativa a la no discriminación, precisa que el principio de igualdad exige la adopción de disposiciones positivas para reducir o eliminar las condiciones que originan o facultan que se perpetúe la discriminación prohibida por los instrumentos internacionales de derechos humanos. En este sentido el Estado tiene la obligación de restablecer las condiciones de igualdad de grupos o personas que se encuentran en situaciones desfavorables como resultado de circunstancias de debilidad o discriminación. Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha considerado que el principio de igualdad y no discriminación es justo puesto que sobre él descansa todo el andamiaje jurídico del orden público Nacional e Internacional y es un principio fundamental que permea todo ordenamiento jurídico. Por eso, es un principio imperativo del Derecho Internacional General.

Bajo estos parámetros generales, encontramos que en la Constitución Nacional se establece que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, el cual deberá garantizar a toda la población el acceso al sistema y la prestación del servicio mediante la organización y dirección de los mismos según las condiciones socio-económicas de la población. Además del desarrollo constitucional del tema, la seguridad social en salud se encuentra reglamentada en la Ley 100 de 1993 y hoy también en la reforma que introdujo la Ley 1122 de 2007, que determina todo lo referente al acceso al sistema, la prestación del servicio, la cobertura y demás aspectos relacionados con la forma de garantizar los derechos a la salud, la vida y la seguridad social de los ciudadanos.

Es así, como basándose en el principio de solidaridad y con la intención de asegurar la prestación del servicio de salud en sus aspectos más relevantes y básicos a toda la población, se creó el Plan Obligatorio de Salud (POS), encaminado a crear condiciones de acceso al sistema de todos los habitantes del

territorio nacional con capacidad de pago o sin ella cobijando aspectos tales como la maternidad enfermedad general, promoción, fomento, prevención de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las patologías.

Desde esa óptica la prestación del servicio de salud opera a través de dos (2) regímenes los cuales se aplicarán dependiendo de la capacidad económica de la persona. El primero de ellos denominado CONTRIBUTIVO esta dirigido a aquel grupo de población perteneciente a la clase trabajadora o pensionada con posibilidad de pago para realizar aportes periódicos tendientes a la financiación del sistema. El segundo denominado SUBSIDIADO, por el contrario se dirige a todas las personas que por la escasez de recursos económicos se encuentran imposibilitadas para aportar las mencionadas sumas. Aún cuando el sistema se encuentre organizado de la forma mencionada, la finalidad de ambos regímenes es asegurar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS), aunque como es lógico por su distinta naturaleza, se preste de diferente manera.

A su vez, la legislación contempla la existencia de particulares vinculados los cuales no pertenecen a ninguno de los regímenes precitados, pero a quienes se les debe ofrecer los servicios atendiendo a la gravedad o urgencia de sus necesidades. Esta Última posibilidad es temporal, hasta tanto los regímenes contributivo y subsidiado alcancen cobertura universal.

De acuerdo a los anteriores lineamientos más adelante señalaremos las principales particularidades de los dos regímenes en salud.

2.1.3.6 LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA

La Política social estatal no solo experimenta una revalorización sino también una reorientación. En el presente la realidad determina que el 40% de la población latinoamericana vive en condiciones de pobreza, muchos de ellos en pobreza extrema.

La política ortodoxa de estabilización, con sus limitaciones estrictas del gasto público, tuvo sobre todo efectos contraproducentes en los servicios sociales y en el sistema estatal de seguridad social. Por un lado, la crisis social se extendió a una gran parte de la población, por otro lado no se pudieron acometer los procesos de depuración mediante una extensión equivalente del sistema público de bienestar social, muy por el contrario, en la mayoría de los países los gastos públicos destinados a servicios sociales retrocedieron considerablemente en valores absolutos durante los años 80. En la mayoría de los países disminuyó también la participación relativa de los gastos sociales en los presupuestos estatales.

Ante este panorama de crisis social y empobrecimiento de gran parte de la población, le corresponde a la política social un papel clave para contrarrestar las consecuencias negativas de los actuales programas.

Ya en 1987 la UNICEF se pronunció por un ajuste estructural humanitario que proteja a los más débiles en lugar de imponerles la carga más pesada del ajuste.

El efecto político-económico, potencialmente desestabilizador, de la marginación ha llevado al Banco Mundial y a los bancos de desarrollo regionales a otorgar un mayor significado a la problemática social en el marco del ajuste estructural. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) anunció en su reunión anual de 1993, celebrada en Hamburgo que para ese año se pretendía adjudicar el 50% de sus créditos a programas sociales en comparación con el 27% en 1992.

Queda por resolver, que tipo de política social puede ser la adecuada para conciliar conceptualmente y en la práctica los cambios estructurales necesarios y la estabilidad social. Para la identificación de estrategias se diferencia entre dos tipos de pobreza la estructural y la nueva. Por pobreza estructural se entiende los sectores marginados de la sociedad que permanecen tradicionalmente excluidos de circuito formal de la economía a causa de una estructura de producción heterogénea y que solo tiene acceso limitado e insuficiente a las ofertas de empleo y educación. Los nuevos pobres abarcan los grupos sociales que fueron "licenciados" a causa de la crisis económica o de la política de ajuste estructural: trabajadores y empleados que fueron despedidos de las empresas públicas o privadas y del servicio público, jóvenes desocupados, pensionados y personas jubiladas prematuramente. La crisis financiera y las deficiencias de los sistemas tradicionales de seguridad social, cada vez más criticados en los últimos tiempos, han despertado sobre si estos en forma actual, son adecuados para contener la crisis social. El sistema estatal de servicios sociales se ha desarrollado en forma muy diferente en los diversos países latinoamericanos. Se puede encontrar una combinación de los sistemas clásicos de seguridad social de previsión de enfermedades, vejez e invalidez y sistemas de seguridad social de orientación universalista, por ejemplo el caso de los servicios gratuitos de salud pública.

En todos los países existen sistemas privados de previsión, además de los sistemas públicos de servicios sociales Argentina, Costa Rica, Cuba, Uruguay, Brasil, Jamaica, las Bahamas y Barbados tienen los sistemas de seguridad social más extensamente desarrollados. En casi todos esos países se estableció relativamente un sistema de seguridad social basado en el modelo de Bismarck, el cual se extendió progresivamente a sectores cada vez más amplios de la colectividad. Al menos formalmente, la población de esos países está amparada en un 70 al 100% por este sistema. En el extremo opuesto se encuentran países

como Honduras, Guatemala, El Salvador, República Dominicana y Bolivia en donde apenas un máximo del 20% de la población está protegido por sistemas públicos de seguridad social.

Además hay países con un desnivel social considerable y otros con un desnivel entre la ciudad y el campo. En Colombia, Ecuador y Perú, por ejemplo del 64 al 84% de los empleados en el área de la energía, del 40 al 45% de los trabajadores de la industria procesadora están amparados, pero solo un 5% de los trabajadores del campo reciben cuidados médicos a través del sistema de seguridad social.

En lugar de contribuir a una mayor justicia en la distribución, el sistema estatal de seguridad social reproduce la estructura social extremadamente desigual y la heterogeneidad estructural de las Sociedades latinoamericanas.

Todas las críticas que se han hecho a la política social de América latina y su crisis actual, dieron lugar a nuevas orientaciones en esta materia. Desde hace algunos años se han estado ensayando esas propuestas en algunos países latinoamericanos.

Un enfoque de la política social más centrado en los grupos empobrecidos de la población como grupos-meta permite al menos considerar las desigualdades sociales existentes y lograr efectos progresivos de redistribución. Sin embargo los problemas de asistencia social estatal dirigidos a los pobres, tampoco son una novedad en la región, en diversos países existen desde los años 60 y 70 (Chile, Argentina, Brasil, Costa Rica, Guatemala). Lo que si es nuevo es la estrecha vinculación de las estrategias orientadas a grupos-metas con la política de ajustes estructurales y su supeditación funcional a esta política. El BM y el BID facilitan recursos adicionales para las medidas sociales de amortiguación destinadas a aliviar la pobreza. Los Fondos de Inversión Social (FIS) constituyen la parte esencial de la estrategia político - social a los pobres recomendada por el BM como compensación a los costos sociales de la política de ajuste estructural en Latinoamérica. Los fondos sociales fueron implantados y probados por primera vez en Bolivia, en 1985, y también han sido aplicados en Chile, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, Panamá, Nicaragua, México, Perú, Uruguay y Venezuela.

2.1.3.7 JURISPRUDENCIA SOBRE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

2.1.3.7.1. EL DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL POR CONEXIDAD

A pesar de que por regla general el derecho a la salud tiene un carácter prestacional, la Corte ha sostenido de manera reiterada que el derecho a la salud adquiere el carácter de derecho fundamental cuando se encuentra en relación de conexidad con otros derechos que tienen en sí mismos ese rango, tal como sucede con los derechos a la vida, a la integridad personal y a la Igualdad, entendidos los derechos fundamentales por conexidad, como aquellos que no siendo denominados como tales en el texto constitucional, sin embargo les está asignada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de manera que si no fueran protegidos en forma inmediata los primeros, se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos.

De esta forma, el derecho a la salud se convierte en fundamental por conexidad con el derecho a la vida, no solo cuando ha sido amenazado su titular con la muerte o con sufrimientos graves, sino cuando de su protección depende que el sujeto acceda a condiciones tales que le permitan gozar de la óptima calidad de vida que merece, por cuanto el derecho consagrado en el artículo 11 de la Constitución Nacional, no consiste meramente en la conservación de las funciones corporales que le permitan al individuo mantenerse con vida, sino que implica además que el sujeto alcance un estado lo más lejano posible del sufrimiento, y que en consecuencia, pueda desempeñarse en la sociedad, en condiciones de normalidad con una óptima calidad de vida; de acuerdo a estos lineamientos se interpretaría igualmente de manera integral el principio de dignidad humana consagrada en el artículo 1 de la Carta Política.

Ahora bien, reiterados pronunciamientos Jurisprudenciales han establecido que por virtud de su conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la salud reviste carácter fundamental, y por lo mismo, comporta no solo la intervención puntual necesaria para evitar la enfermedad, sino también la actuación necesaria para lograr la recuperación de la calidad de vida, por ende, el derecho a la salud es fundamental, pues advierte la normalidad orgánica y funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, siendo que una disminución en las mismas impide su libre desarrollo y afecta su integridad personal, por ello, el derecho a la salud conlleva una doble connotación, la acción de conservación y otra de restablecimiento.

Entonces la regla sobre la vinculación del derecho a la salud con otros derechos varía de acuerdo al derecho fundamental que se quiere hacer valer como conexo, cabe anotar, que serán las circunstancias del caso concreto las que determinan el grado en que el derecho a la vida digna se vea afectado por la salud del

implicado.

No debe perderse de vista que en diversos pronunciamientos de la Corte Constitucional se ha establecido que existen eventos en los cuales el derecho a la salud tiene un carácter fundamental de manera autónoma, precisando que es factible constatar la existencia de regulaciones internas sobre el derecho a la salud que radican un derecho subjetivo sobre las personas para recibir las prestaciones que han sido allí establecidas. Se advierte que cuando son desconocidas las regulaciones sobre procedimientos, tratamientos o medicamentos establecidos en el POS, o cuando se impide el acceso a las prestaciones médicas en caso de urgencia, puede afirmarse que existe una violación al derecho fundamental a la salud sin que sea necesario establecer una amenaza a otro derecho fundamental como la vida. En estos casos, resulta evidente que procederá la acción de tutela para amparar el derecho.

Por las anteriores razones, afirmó la Corte Constitucional (Sent. T-082, T-538 y T-736 de 2004) que cuando es afectado el mínimo de condiciones con las cuales las personas aseguran sus propias vidas, la acción de tutela es la vía principal y procedente para evitar la vulneración al derecho a la salud, como ha sido señalado con insistencia.

En conclusión, no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el Plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud. Así lo señaló la citada sentencia T-538 de 2004 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández) en donde se dijo que *"En estos eventos, la labor del juez consiste en desplegar su actividad a la constatación de la omisión de una obligación de hacer por parte de alguna entidad que brinda el servicio de salud, que con éste actuar vulnera el derecho a la igualdad y a la vida. Probados los hechos, está facultado para ordenar que esa situación sea corregida, tal y como ésta Corporación lo ha hecho entre otras, en las sentencias T - 282 de 1999, T - 859 de 2003 y T - 860 de 2003"*

2.1.3.8 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS REGIMENES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

2.1.3.8.1. REGIMEN CONTRIBUTIVO.

El régimen contributivo, opera brindando la asistencia en salud mediante las Empresas Promotoras de Salud EPS, las cuales desde el momento en el que suscriben el contrato de afiliación con el usuario se encargan de hacer posible el cubrimiento de la población afiliada, mediante la prestación de los servicios incluidos dentro del POS-C.

La anterior afirmación indica que una vez iniciada la relación entre el usuario

afiliado y la EPS ésta adquiere la obligación de prestarle y suministrarle todo lo necesario para que goce de una atención integral, es decir, el marco de su responsabilidad se circunscribe al contenido fijado para el POS (Plan Obligatorio de Salud), por el Acuerdo 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social, la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud.

Hay eventos, en los cuales la regla general planteada no es aplicable, pues se dan situaciones excepcionales que por su naturaleza impiden el desarrollo y ejecución normal del sistema. Es el caso en el que el afiliado padece alguna de las enfermedades denominadas catastróficas o ruinosas llamadas así por su complejidad y porque para su atención requieren de un tratamiento de alto costo las cuales se encuentran plasmadas en el Manual de Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En condiciones normales como ya se afirmó, la EPS se encuentra obligada con el afiliado a prestarle la atención contenida en el POS para lo cual solo es necesario que el mismo se encuentre al día en el pago de los aportes, cosa distinta ocurre cuando se presentan situaciones excepcionales como las de enfermedades catastróficas, ya que para esos casos se han establecido una serie de condiciones de obligatorio cumplimiento por parte del usuario, para la realización del tratamiento por la EPS tales como el cumplimiento de un mínimo de semanas cotizadas al sistema, todo esto con la finalidad de no excluir de la cobertura esas enfermedades.

La ley 100 de 1993 en su artículo 164 estipula: “El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al sistema podrá estar sujeto a periodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al sistema de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para periodos mínimos de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con la capacidad socioeconómica. Con la reforma introducida al Sistema General de Seguridad Social de Salud por la Ley 1122 de 2007 se eliminaron los periodos mínimos de cotización superiores a 26 semanas en el régimen contributivo y de los copagos y cuotas moderadoras para los afiliados al régimen subsidiado en salud clasificados en el nivel I del Sisbén.

Lo anterior indica que en el evento en el cual el afiliado al sistema padezca de una enfermedad de las denominadas catastróficas, este deberá tener un mínimo de semanas cotizadas si pretende se le brinde la atención, pues si bien es cierto ha de protegerse su salud, también lo es que hay que garantizar la estabilidad y funcionamiento del sistema a través de la protección a las EPS, teniendo en cuenta el alto costo de los tratamientos que estas requieren.

Estas obligaciones se imponen para mantener la naturaleza del Sistema de

Seguridad Social en Salud, organizado de tal forma que con los recursos obtenidos con los pagos de uno de los regímenes se subsidie al otro, pues basándose en principios como el de solidaridad el ideal es lograr garantizar el mayor cubrimiento del servicio de salud en toda la población, lo que sería imposible si los dineros necesarios para el desarrollo de tales fines se vieran afectados al imponerle a las Empresas Promotoras de Salud o al FOSYGA, la obligación de cubrir procedimientos de alto costo, estando el usuario en posibilidad de asumirlos.

Ahora bien, si el usuario además de padecer de una de las mencionadas enfermedades no cuenta con el número de semanas de cotización que exige la ley, este deberá cancelar un porcentaje equivalente a la cantidad de semanas que le falte por cotizar todo esto con la finalidad de asegurar el cubrimiento de tales dolencias y proteger lo referente al aspecto financiero de las Entidades Promotoras de Salud.

A pesar de lo anterior, se podría presentar un conflicto cuando el afiliado al sistema no ha cotizado el número de semanas requeridas y no posee los recursos necesarios para cancelar el porcentaje a su nombre, pues se hace necesario observar si éste en realidad no cuenta con los recursos y si se encuentra en peligro su vida, ya que de ser así nos encontraríamos frente a un caso donde los periodos mínimos de cotización no operan debiendo el Estado actuar para proteger y garantizar el derecho a la salud.

En estos eventos, esto es, cuando el afiliado o beneficiario del servicio de salud perteneciente al régimen contributivo (del cual en principio se presume la capacidad de pago), no cuenta con los recursos necesarios y suficientes para sufragar el excedente equivalente al número de semanas que le faltan por cotizar a fin de obtener la atención requerida, el mismo legislador ha previsto cual es el camino a seguir, señalando que se debe acudir a una Institución pública o privada con la cual el Estado tenga contrato para lo cual debe demostrar que no tiene capacidad de pago, situación ésta que debe ser informada por la E.P.S. a sus afiliados a fin de que observen el procedimiento adecuado y obtengan en forma pronta el servicio que necesitan.

En relación con este tema la Corte Constitucional en Sentencia C-112 de 1998 con ponencia del Magistrado Carlos Gaviria Díaz, expresó:

“.. cuando el usuario del Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, requiera atención médica por una enfermedad cuyo tratamiento sea de alto costo, y no cumpla con el período mínimo de cotización, debe ser atendido por la entidad de salud a la que esté afiliado, pero con la condición de que pague una suma determinada por los servicios prestados, que según la norma antes transcrita es el porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los periodos mínimos contemplados en ese mismo artículo. No se olvide que el usuario

pertenece al régimen contributivo y por tanto se presume su capacidad de pago. Pero ¿qué ocurre cuando se presentan costos de urgencias? En estos eventos la misma ley 100/93 en su artículo 168, obliga a toda, entidad de salud de carácter público o privado, a prestar los servicios médicos correspondientes a todas las personas independientemente de su capacidad de pago. El costo de estos servicios está a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía o de la Entidad Promotora de salud a la que esté afiliado el usuario, respectivamente. (subrayado nuestro).

En síntesis la existencia de los periodos mínimos de cotización a que alude la norma impugnada, no es la regla general sino la excepción, pues éstos solo pueden oponerse en los casos de enfermedades catalogadas de alto costo. Tales periodos de carencia no se traducen en falta de atención médica, hospitalaria y quirúrgica por parte de la EPS a la que se encuentre afiliado el trabajador ya que éste recibirá los servicios cuando cancele una tarifa fijada por la ley. En los casos de urgencia o gravedad no existen periodos mínimos de cotización pues como se expresó en párrafos anteriores toda las entidades de salud públicas y privadas están obligadas a prestar los servicios de salud a quienes lo soliciten tengan o no la capacidad de pago” (subrayado fuera de texto).

No obstante lo anterior para el evento de que la entidad que realiza un diagnóstico lo haya efectuado por cuenta o en nombre de un usuario, éste cuenta con varias alternativas para obtener la atención a su tratamiento:

- a) Esperar que se cumpla el mínimo de semanas requerido.
- b) Cancelar el excedente del valor del tratamiento, equivalente al número de semanas que faltan por cotizar.
- c) Acudir a una institución pública o privada con la que el Estado tenga contrato, a fin de obtener la atención, demostrando que no tiene capacidad de pago.

2.1.3.8.2 EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El Régimen Subsidiado se entiende como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad. El propósito de este sistema es financiar la atención en salud de las personas pobres y vulnerables que no tienen capacidad de cotizar.

De conformidad con lo establecido por el artículo 157 de la Ley 100 de 1.993, todos los colombianos participarán en el servicio público de salud, ya sea mediante su afiliación al Régimen Contributivo, al Régimen Subsidiado o temporalmente como vinculados al sistema.

Los afiliados al Régimen Subsidiado, según el numeral segundo del literal A) del artículo 157 de la Ley 100 "son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiada en el sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago".

Con base en el Parágrafo 4° del artículo citado previamente, el Consejo Nacional de Seguridad Social, ha definido los mecanismos para seleccionar los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado. Dichos beneficiarios serán seleccionados mediante la aplicación de la encuesta SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios a Programas Sociales), a través del listado censal de las comunidades indígenas, mediante la certificación de la población infantil abandonada expedida por el ICBF, o mediante la identificación de la población indigente en los formatos establecidos.

El artículo 213 de la Ley 100 de 1.993 establece que "Las personas que cumplan con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiarios del régimen de subsidios se inscribirán ante la dirección de salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Los potenciales beneficiarios identificados podrán elegir la Administradora del Régimen Subsidiado - ARS - autorizada por el ente territorial dentro de su jurisdicción (Art. 157 Ley 100/93).

El artículo 215 de la Ley 100 establece: "Las direcciones locales, distritales o departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las entidades promotoras de salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto"

"Las entidades promotoras de salud que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el plan de salud obligatorio".

La afiliación al Régimen Subsidiado tiene un periodo de un año, vigencia de los contratos suscritos entre el ente territorial y las Administradoras del Régimen Subsidiado, salvo periodos excepcionales autorizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Según el acuerdo 77 de 1997 los entes territoriales deberán garantizar, antes de cualquier ampliación de cobertura, la destinación de los recursos necesarios para garantizar la continuidad de los afiliados al régimen subsidiado.

La administración de recursos del régimen se hace a través de administradoras del régimen subsidiado ARS (hoy EPS'S), mediante unidades de pago por capitación denominada UPC. Una vez vencido el plazo para efectuar la carnetización, la Entidad territorial solo reconocerá a la ARS los valores causados por concepto de UPC a partir del momento en que el afiliado recibe su carné y sin perjuicio de que la persona reciba los servicios que requiere desde el momento mismo de la suscripción del contrato.

Debe entenderse que el subsidio constituye un pago fijo por un plan de servicios a los que tiene derecho una persona, tanto el pago como el plan se define previamente. El pago se causa al momento de la afiliación al sistema y este a su vez paga por el afiliado a la entidad promotora de salud que lo afilia, el valor del paquete de los servicios preestablecidos. A través de este mecanismo, el subsidio sigue a la persona y no a la institución siendo clave la libertad de selección de entidad administradora por parte del usuario.

El objetivo del régimen subsidiado de acuerdo con los principios rectores del sistema como equidad obligatoriedad, protección Integral, con sus características y con el régimen de beneficios, está en lograr la cobertura universal de toda la población. Esto implica entre otros que deberá existir una equiparación progresiva de los contenidos del plan obligatorio de salud subsidiado con el régimen contributivo. Con este mecanismo, el Estado pretende favorecer el ingreso al sistema de las personas con escasos recursos y en una situación de vulnerabilidad., tal como se ha indicado en apartes anteriores.

2.1.3.9. EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (EPS's)

2.1.3.9.1 DEFINICION

Son las Entidades Promotoras de Salud que afilian a los beneficiarios del subsidio, quienes deben cumplir unos requisitos establecidos por el Gobierno Nacional para administrar los recursos del sistema.

En los artículos 215 y 216 de la Ley 100/93 se establece el mecanismo de contratación para la administración de los subsidios con las Entidades Promotoras de Salud; estableciendo además un derecho de preferencia en la contratación para las Entidades Promotoras de Salud, de carácter comunitario como es el caso de las Empresas Solidarias de Salud. Igualmente el artículo 27 estableció la posibilidad de que las Cajas de Compensación Familiar participaran en la administración de los recursos del régimen subsidiado en relación con un porcentaje de los recursos que recaudan.

Existen tres tipos de entidades que tienen la posibilidad de administrar los recursos del régimen subsidiado que son: Las Entidades Promotoras de Salud, Las Empresas Solidarias de Salud y las Cajas de Compensación Familiar.

A pesar de lo anterior, se observa con claridad que la propia Ley no establece una categoría diferente para las Entidades que participan en el régimen subsidiado, razón por la cual el Gobierno Nacional en uso de la facultad conferida por el Parágrafo del Art. 215 de la Ley 100/93 expidió el Decreto 2357/1997, el cual por primera vez crea la categoría de Administradoras del Régimen Subsidiado, la cual no es cosa distinta al nombre genérico que incluye los tres distintos tipos de entidades que se han mencionado.

2.1.3.9.2 NATURALEZA JURÍDICA DE LAS EPS's

Las ARS que a partir del 1 de Enero de 2007 según la Ley 112/2007 se llaman EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO (EPS's) son de diferente naturaleza jurídica según se trate de Entidades Promotoras de Salud, Cajas de Compensación Familiar o Empresas Solidarias de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud se encuentran definidas por la propia Ley 100 y pueden ser tanto públicas como privadas sin ánimo de lucro como las surgidas a partir de las cajas de compensación familiar. Las Cajas de Compensación Familiar son entidades de naturaleza privada, cuya función primordial es la administración del subsidio familiar, y en virtud de la Ley 100 deben contribuir al financiamiento del régimen subsidiado. Además de la posibilidad de crear EPS, las cajas pueden directamente y como tales Cajas, es decir sin ser EPS, administrar el régimen subsidiado de salud.

Por su parte las Empresas Solidarias de Salud, son Entidades Promotoras de Salud de carácter comunitario, donde los usuarios tienen participación en la gestión y control cuyo nacimiento fue anterior a la Ley 100. Su naturaleza es de derecho privado y en general puede adoptar las formas jurídicas propias del sector solidario como por Ejemplo las Cooperativas y las Asociaciones Mutuales.

De acuerdo con los diferentes tipos de naturaleza jurídica que pueden adoptar las ARS y las diferentes formas que en efecto adopten varía la normatividad que les

es aplicable y los organismos de inspección control y vigilancia que tienen competencia sobre unas u otras.

Las ARS no son entidades autónomas, de modo que si se analiza la situación de las Cajas de Compensación Familiar, se encontrará que por un lado en relación con su funcionamiento como Cajas se regirá por las normas especiales expedidas para ellas y serán sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia de Subsidio Familiar, pero por otro lado, cuando actúan como ARS se rigen por las normas específicas y su inspección y vigilancia estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

2.1.3.9.3 FUNCIONES DE LAS ARS

La expresión Administradora del Régimen Subsidiado, no es absolutamente fiel a las funciones que ese tipo de entidades desarrollan dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no obstante, el artículo 215 de la Ley 100, habla de administración del subsidio, la realidad es que dentro de la filosofía del Sistema la función de las ARS se encuadra más dentro de un modelo de aseguramiento en salud y no como una función netamente administradora de los recursos.

Esto es así, en tanto que las ARS, no son meras pagadoras de servicio de salud o intermediarios financieros del Sistema, sino que sus obligaciones frente al usuario se extienden más allá, convirtiéndose en verdaderas garantes de los derechos en salud que le asisten a sus afiliados. Por eso entre otras obligaciones, deben informar a sus usuarios sobre los derechos y deberes que poseen, tener a su disposición la red prestadora de servicios de conformidad con el POS-S, identificarlos mediante un carnet, orientarlos y facilitarles el acceso a los diferentes servicios de Salud que demanden, garantizando en todas las circunstancias que estas personas accedan al Plan de beneficios vigentes en las normas, cuando así lo requieran. Sin embargo en la práctica estos propósitos no se cumplen, pues la atención que prestan a los afiliados es mínima, en el fondo todas las ARS buscan el lucro a costa de la salud, así lo indican las personas encuestadas para el desarrollo de este trabajo.

Igualmente, las ARS reciben un valor percápita al año (UPC-S) con el fin de garantizar el Plan Obligatorio de Salud subsidiado a sus afiliados, sin que esto signifique, ni mucho menos, que le administren la UPC a cada persona que como es obvio en algunos casos las atenciones en salud de una persona superan el valor percápita asignado, mientras que en otros casos las personas no demandarán ningún servicio de salud. La ARS asume un riesgo frente a una situación aleatoria como es la demanda de servicios de salud y el contrato de administración del subsidio es en consecuencia un contrato de compra de un seguro de salud. En cualquier caso, los valores percápita recibidos son los únicos que percibirá la ARS para garantizar el servicio de salud en su población afiliada,

no pudiendo efectuar cobros adicionales a las entidades territoriales o al FOSYGA, bajo el argumento de que los recursos le han sido insuficientes.

Es claro que se trata de un modelo de aseguramiento, sin que ello implique una actividad puramente aseguradora en los términos de la Ley 100 y sus reglamentos, por que sus obligaciones como se mencionó, no se circunscriben únicamente a aspectos de orden económico.

2.1.3.10. SISTEMA DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES -SISBEN-

- Funcionamiento del régimen subsidiado en salud

El régimen subsidiado en salud comprende todo un proceso para su funcionamiento, cuyas etapas responsabilizan a cada actor del mismo, y también un compromiso de la ciudadanía para efectos de ejercer un control ciudadano a cada uno de esos actores en sus obligaciones dentro del régimen para que éste funcione cabalmente.

- Identificación de beneficiarios (Focalización)

En las actuales circunstancias de Colombia, donde los excluidos de los beneficios del desarrollo son generalmente los más pobres para llegar a la atención universal, es necesario acudir forzosamente al instrumento de la focalización, cuyo objetivo fundamental es el de asegurar que los beneficios de los programas sociales que se diseñen y ejecuten lleguen efectivamente a la población hacia la cual están dirigidos, constituyéndose así en una poderosa arma para la lucha contra la desigualdad, y para el mejoramiento de las condiciones de vida y de bienestar de toda la población.

Ahora bien, la focalización de los programas sociales y, por ende, del gasto social es una proyección clave y necesaria en el camino hacia la universalización de las coberturas en los programas de servicios sociales básicos y en la medida en que se avanza hacia dicho principio. Es preciso dar prioridad a las personas que están en condiciones de mayor pobreza con el fin de que los recursos disponibles generen el mayor impacto posible en términos de acceso y disfrute de los servicios sociales básicos, siendo que las necesidades fundamentales de buena parte de la población superan con creces la limitada disponibilidad de recursos.

De manera que la estrategia más adecuada y eficiente es la focalización que permite dar preferencia en el gasto a los grupos con mayor probabilidad de exclusión en el acceso a los servicios básicos, aspectos conceptuales que han tenido su mayor desarrollo y experiencia en el sector de salud con la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste, en el régimen

subsidiado.

Desde este punto de vista, la focalización entraña una discriminación positiva en favor de los grupos de población más pobre y vulnerable ya que permite avanzar con mayor eficacia hacia el logro de la equidad, pues implica que los subsidios lleguen a los más desheredados lo que les permite vencer la barrera del pago que los excluía del servicio. No hacer la priorización de los subsidios hacia los más necesitados conlleva alejarse cada vez más de la universalización.

Entonces, la aplicación de la estrategia de focalización de los programas sociales busca compensar las desigualdades iniciales y equiparar las oportunidades para el goce de los beneficios, instituyéndose en un importante medio de lucha contra la pobreza, para acercarse, según los recursos lo permitan, a la universalización de los servicios.

En este orden de ideas, vemos que los preceptos de la Constitución Nacional están dirigidos a atender a esos sectores poblacionales que venimos refiriendo para contrarrestar la inequidad, por ello, el propósito de cualquier política es, naturalmente, lograr la cobertura universal con el convencimiento de que en Colombia solo se logrará si se da prioridad a los más débiles. La actual coyuntura política, económica y social del país, constituye, por si misma, una poderosa y adicional razón para impulsar y consolidar aun más las políticas localizadas que dan preferencia a los más desprotegidos.

En la práctica, la focalización ha logrado, entre otras cosas, una mejor y más eficaz ejecución del gasto publico social lo que se refleja en su evidente impacto redistributivo, así se demuestra en el incremento de cobertura y las mejoras percibidas por los usuarios en las condiciones de acceso a los servicios.

Dicha política de focalización individual se materializa mediante el denominado Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN), a través del cual las entidades territoriales pueden determinar las personas que serán beneficiarias de los programas sociales dirigidos a la población más pobre y vulnerable, pues permite la identificación, clasificación y selección precisa y ordenada de las familias de los potenciales beneficiarios de los programas objeto de gasto social, para ser utilizado por la Nación, los Departamentos, Distritos y Municipios del país de manera unificada.

De esta manera se obtendrá una mayor equidad en la asignación de subsidios frente a las restricciones presupuestales cada vez mayores, si se efectúa mediante la utilización del instrumento SISBEN que establece una escala en la que cada familia o individuo obtiene un puntaje y dependiendo de los objetivos y recursos disponibles del programa social específico, permite determinar que familias y personas, partiendo de los más pobres, merecen atención prioritaria, habida cuenta que el SISBEN es básicamente un proveedor de información, la cual debe ser tomada para efectos de política y ejecución de programas como

orientadora de las decisiones que deban adaptarse a la luz de los objetivos que se persigan. Cada sector y programa que se sirva del instrumento debe establecer con claridad sus propósitos y, por ende, la regulación que para el efecto requiere, de suerte que con la información que le provea el instrumento pueda llegar a la población hacia la cual está dirigida, conforme a sus objetivos y disponibilidad de recurso.

Hay que tener claro que el SISBEN, es un instrumento del cual se sirven la política y los programas sociales por cuanto está dispuesto para identificar y discriminar pobreza estructural, pues recoge información sobre múltiples características de las personas, los hogares y las viviendas. Esta información le permite al alcalde construir los perfiles de pobreza de su municipio y promoverla como herramienta de planificación de desarrollo sectorial, local, conforme a la información sobre las necesidades más apremiantes en su comunidad y en consecuencia estructurar sus planes de desarrollo. Así entonces debe desligarse los conceptos de REGIMEN SUBSIDIADO Y SISBEN, y entender que este último es solo un instrumento que permite medir la pobreza pero es ante todo un índice de estándar de vida que hace direccionar esos programas específicos de carácter social a cubrir determinados grupos de personas para solucionar y atender problemas de carácter coyuntural y de esta manera puedan acceder a beneficios directos de políticas sociales y entre ellos precisamente se encuentra la salud subsidiada de la que podrá gozar aquella población desprotegida y vulnerable.

En este orden de ideas la encuesta SISBEN será aplicada a todas las personas y familias quienes serán calificadas con iguales parámetros y con un determinado puntaje reciben los beneficios del programa social que lo requiere de acuerdo con sus objetivos particulares. Es equitativa porque dada la identificación y el ordenamiento que el instrumento hace de los individuos y familias de mayor a menor pobreza, permite que los beneficios de los programas lleguen primero a los más pobres entre los pobres, conforme al monto de recursos disponibles puede elegir hasta qué puntaje quiere atender con preferencia.

En conclusión, tenemos que El SISBEN es una herramienta básica para facilitar el diagnóstico socioeconómico preciso de porcentajes elevados de la población, de apoyo para la elaboración de los planes de desarrollo social del municipio, de programas y proyectos sensoriales concretos orientados a las familias y personas de menores recursos y la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales, de acuerdo con su condición socioeconómica particular, medida por un indicador resumen de calidad de vida.

En este contexto lo primero que debe hacer el Municipio como responsabilidad suya, es la identificación de los posibles beneficiarios de programas sociales en salud mediante la aplicación de la encuesta SISBEN en los sectores de su población que considere más vulnerable de acuerdo a estudios de calidad de vida

y satisfacción de necesidades que tenga la oficina de planeación correspondiente. Para identificar los beneficiarios del sistema o régimen subsidiado de salud se deben tener en cuenta la capacidad económica de las personas medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia, situación sanitaria y geográfica de su vivienda, así como características socio-demográficas importantes tales como mujer cabeza de familia, mujer embarazada, en puerperio y/o lactancia, niños menores de un año, discapacitados, campesinos, indígenas, etc. es decir, población vulnerable.

2.1.3.11. MECANISMOS JURIDICOS PARA LA PROTECCION DEL DERECHO A LA SALUD.

El derecho a la salud se encuentra desde el punto de vista teórico, ubicado en el conglomerado denominado de derechos de segunda generación o derechos económicos, sociales y culturales y tiene como condición indispensable para hacerlo operativo, la existencia de un Estado que garantice el desarrollo de una serie de instituciones, normas y procedimientos que los hagan posible, en consecuencia, se han dispuesto diversos mecanismos Jurídicos de los que puede hacer uso la ciudadanía en orden a presentar las reclamaciones de sus derechos vulnerados en materia de salud, en aras a que el Estado reconozca, proteja y garantice este derecho en sus distintas acepciones.

Con el fin de examinar las acciones disponibles para la protección del derecho a la salud en sus diferentes enfoques, como derecho fundamental, como derecho asistencial y como derecho colectivo, existen variados tipos de mecanismos.

En este orden de ideas, es conveniente establecer de manera somera las acciones que permitan activar el pleno reconocimiento del conjunto de derechos fundamentales desde lo económico, social y cultural, entre ellas tenemos: la Acción Pública de Inexequibilidad. Art. 241 C.N. cuyo fin es excluir del ordenamiento Jurídico una norma determinada, dictada bajo ciertos parámetros excepcionales, por encontrarse incompatible con la Constitución Política; Acción Pública de Nulidad. Art 84 C.C.A. mediante la cual se excluye los actos administrativos contrarios al orden jurídico; Acción de Tutela Art. 86 C.N, mecanismo de protección Judicial de carácter subsidiario mediante el cual se protegen derechos constitucionales contra acciones u omisiones de las autoridades o de particulares. Aun cuando en principio solo procede para la protección de derechos fundamentales, la Jurisprudencia de la Corte Constitucional la ha extendido para proteger ciertos derechos sociales en conexidad con derechos fundamentales; Derecho de Petición, Art. 23 C.N., garantiza el derecho de toda persona a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución; Acción de Cumplimiento Art. 87 C.N, permite que una persona acuda ante juez administrativo con el fin de hacer efectivo el cumplimiento de una ley o

acto administrativo, cuando un funcionario renuente se niegue a acatarlo; Acción Popular Art. 88 C.N. Mecanismo Judicial Previsto para la protección de derechos colectivos mediante el cual se puede evitar un riesgo o daño contingente o eventual a un derecho colectivo , hacer cesar un peligro o hacer restituir las cosas a un estado anterior.

2.1.3.12 ANALISIS DE LA SEGURIDAD SOCIAL DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONOMICO Y JURIDICO.

El derecho comparado nos enseña, que la seguridad social nace de las cenizas de la Segunda Guerra Mundial (1945), cuando el General Ingles WINSTON CHURCHILL, al ver el sacrificio a que fue sometido su pueblo piensa que se lo debe recompensar de alguna manera, entonces propone que debe existir un Estado Benefactor que otorgue entre otras cosas la salud desde la cuna hasta la tumba, es el nacimiento del Estado Social de Derecho que inicia en Inglaterra, y luego se acoge en Alemania y en los demás países de Europa, y solo es adoptado por Colombia con la promulgación de la Constitución de 1991. En esta Constitución se contemplan como derechos fundamentales los previstos en el capitulo primero sin ser taxativos, y luego con el desarrollo de la Jurisprudencia Constitucional algunos derechos llamados de segunda generación son considerados como fundamentales por conexidad, tal es el caso del derecho a la salud, cuyo reconocimiento por el Juez constitucional implica otros gastos para el Estado, que según el criterio de analistas económicos como son los representantes del Banco de la República, el reconocimiento de derechos individuales genera inequidad para amplios sectores necesitados de la población colombiana provocando receso en la generación de empleo y de inversión social.³

Para nosotros desde la perspectiva de la realidad jurídica y dada la existencia de un Estado Social de Derecho, la salud implica necesariamente mayores gastos para el Estado, gastos que en aras de la responsabilidad legal deben preverse y calcularse oportunamente, pues la efectividad de todo derecho fundamental tiene un precio, máxime cuando la esencia del Estado Social de Derecho, son los derechos fundamentales, y solo en su cumplimiento estricto, se desarrolla y manifiesta el Estado Social de Derecho, de tal manera que no queda otra opción ni perspectiva, o es un Estado Social de Derecho o simplemente es un Estado de Derecho, en el segundo caso, se contemplan las doctrinas económicas en leyes y proyectos pero no se cumplen, ó se cumplen solo parcialmente para unos sectores con mayor presencia política y poder de decisión, tal como ha ocurrido en años anteriores en Colombia, y aún ahora dada la deficiencia del Estado, que se manifiesta en la polarización del desarrollo infraestructural, económica y social solo en algunas regiones y en el grado de marginamiento de inmensos sectores de la población Colombiana. A eso se debe la concentración de riqueza en unos

³ WIESNER, Eduardo. Congreso de Derecho Tributario. Cartagena. 2003.

pocos ricos frente al empobrecimiento e incluso la miseria de la mayoría de los colombianos, pues según la CEPAL, Colombia es el Séptimo país del mundo que más permite la concentración de la riqueza.

El problema planteado por algunos economistas como EDUARDO WIESNER, SERGIO CLAVIJO, JUAN FELIPE GOYENECHÉ entre otros, es de la siguiente manera: La proliferación de sentencias de la Corte Constitucional con contenido económico son tantas que ha puesto contra la pared al programa de disciplina fiscal que ha obligado al gobierno a hacer cuantiosos recortes en la inversión y en las fuerzas militares. Para ellos el problema inicia cuando el país adoptó en 1991 un ordenamiento constitucional que cambia sustancialmente la forma de hacer las cosas. Es una Constitución que buscó ampliar los derechos sociales frente a una población ansiosa de ejercerlos y que puso a la Corte Constitucional como guardián para interpretar el difícil equilibrio entre derechos, instrumentos legales y recursos económicos.

En un país en el que, a pesar de su tradición legalista, las leyes no se cumplían, la transición constitucional ha generado enormes dificultades. La falta de desarrollo de las leyes estatutarias para precisar el alcance de los derechos fundamentales, el descuido por parte del gobierno y del Congreso en los procedimientos seguidos en la aprobación de las leyes, y las difusas definiciones sobre el espacio de la Corte frente a los poderes legislativo y ejecutivo han abierto un gran campo de acción discrecional a la Corte Constitucional, donde los miembros de la Corte han ejercido sus funciones, cada vez con más activismo y entusiasmo, llegando hasta los excesos.

Pero obsérvese, como los economistas en sus críticas olvidan, que si la población acude a la Acción de Tutela es por que estamos frente a un Estado que pese a llamarse Social de Derecho, pero que debido a su situación de estado ineficiente, aún en formación, viola sistemáticamente los derechos fundamentales de los asociados, situación que no ocurre en un Estado bien constituido como los estados Europeos o Estados Unidos, por tanto su comparación resulta falaz.

Resulta pertinente analizar estos factores de gasto, toda vez que guardan relación con el tema de los gastos en salud, y en este orden de ideas, se pregunta el sector económico del país, ¿dónde quedan entonces los principios de equidad que pregonan la Corte, cuando los incrementos salariales de un sector se hacen a costa de otros servidores públicos? ó ¿dónde los incrementos del sector público a costa de los trabajadores del sector privado? ó ¿dónde los incrementos de los empleados públicos y privados a costa de no generar nuevos empleos para cerca de 3 millones de colombianos que lo buscan afanosamente?.

Consideran los economistas que dada la complejidad de las decisiones económicas, con efectos intertemporales difíciles de anticipar, la Corte Constitucional, como ocurre en muchas economías desarrolladas, debe abstenerse de intervenir en decisiones que le corresponden al Congreso de la República.

Por otra parte los juristas y en especial los de la escuela del nuevo derecho, afirman que hay algo que verdaderamente alarma, desde una perspectiva académica. Se trata de la simultaneidad de dos discursos que parecen irreconciliables: por ejemplo, para José Manuel Cepeda: ha mejorado la confianza de los agentes económicos porque sus sentencias dan confianza y seguridad jurídica y aumentan la inversión extranjera, al garantizar, en aras de la seguridad jurídica, que las reglas básicas del juego que están en la Constitución se cumplan así ello implique que reglas inferiores a la Constitución sean invalidadas.

Nos recuerda este tratadista, que no se puede olvidar que la controversia en torno a las decisiones judiciales con implicaciones económicas no es un fenómeno que surja en Colombia a raíz de la Constitución de 1991 y de la creación de la Corte Constitucional, con esta Constitución lo realmente nuevo, es la protección efectiva de los derechos constitucionales ya sea por acción de tutela, acción popular, acción de cumplimiento o acción de grupo, pues las acciones de inconstitucionalidad existen entre nosotros desde 1910 y fue introducida en un contexto de reformas encaminadas a darle garantía a las minorías políticas. Y el control automático de los decretos legislativos dictados en uso de los estados de excepción se remonta, en su forma actual, al año de 1968.

Estamos de acuerdo que la protección de determinados principios constitucionales cuesta dinero, es el precio del Estado Social de Derecho y entonces en su vigencia el juez constitucional no tiene otra opción que evitar la vulneración de un derecho fundamental o de otro derecho incluso de segunda generación.

Y no deja de ser preocupante que algunas voces en especial del sector económico, le pidan a la Corte, que si defender la Constitución llega a tener un costo económico, cierre los ojos y deje pasar la violación. Se pregunta el autor ya citado, que si en algún lugar del mundo una Corte Constitucional ha sostenido que los derechos sólo serán garantizados si su protección no cuesta nada. Una cosa es reconocer que obviamente los recursos son escasos y existen restricciones presupuestales, y otra cosa bien distinta es admitir que los derechos sean violados para ahorrar recursos económicos.

Y que no se diga que el problema reside en los derechos sociales y económicos, debido a que éstos son los que generan mayor gasto. Sin duda, el derecho a la seguridad social sólo puede ser garantizado mediante gasto público de conformidad con las decisiones que haya tomado el Congreso y el Ejecutivo y, por lo tanto, una sentencia de la Corte o de un juez en instancia constitucional, puede

tener costos económicos. Pero también las libertades básicas tienen una dimensión prestacional que exige gasto público. El ejemplo obvio, en Colombia, es la protección militar de las carreteras para que las personas puedan viajar por Colombia. La libertad de movimiento no consiste solamente en que las autoridades se abstengan de obstaculizar la circulación de las personas. El goce efectivo de la libertad de movimiento requiere de un Estado capaz de crear y mantener las condiciones mínimas de infraestructura. Por todo ello se afirma: "Todos los derechos son positivos", o sea, todos los derechos cuestan y su goce efectivo depende en alguna medida del gasto público.

¿Cuánto cuesta, en Colombia, proteger el derecho a la vida? ¿Cuánto vale garantizar la libertad física?, mucha plata, que impide reducir el déficit fiscal. La solución no puede ser la de derogar todos los Derechos. Resultaría la peor solución, no sólo en el plano de los principios, sino de la práctica. ¿Será que si el derecho a la libertad física o el derecho a la vida al no figurar en la Constitución, no es necesario el gasto público para proteger a los habitantes de un país de los peligros de la violencia o de los riesgos provenientes de las enfermedades, los accidentes y el envejecimiento? Por esta razón para juristas como CARLOS GAVIRIA DIAZ se transgredió desde sus inicios el derecho a la salud que debió contemplarse como derecho fundamental autónomo.

La Constitución de la República sería inoperante cuando señala los derechos humanos y las garantías que da el Estado al pueblo, a cada ciudadano, y al mismo tiempo no vincula este derecho con ningún mecanismo operativo, sobre todo con un capital. La soberanía popular no encontraría protección cuando depende de la buena voluntad de las personas en un mundo donde todo se mueve con dinero. Tampoco es cierto, por lo menos en los casos en los cuales los jueces han protegido derechos como el de la salud. Por ejemplo, ¿Cuándo se ha debatido democráticamente qué medicamentos y tratamientos están cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud y cuáles no lo están?. Si ese debate fuera democrático cambiará significativamente la composición del POS, y las tutelas en materia de derecho a la salud serán muy pocas y de bajo impacto, pero bien sabemos que el POS lo adopta en forma unilateral el Gobierno mediante el Consejo de Seguridad Social en Salud.

¿Cómo avanzar de manera constructiva en este debate presentado entre abogados y economistas?. Cómo entre quienes diseñan y miden cuanto cuestan las políticas públicas y entre quienes hacen la calificación jurídica sobre la compatibilidad de las restricciones constitucionales y las restricciones económicas?

Ya hemos señalado, para el efecto, que la esencia del Estado social de Derecho es la protección efectiva de los derechos fundamentales y que esa protección efectiva tiene un precio. Por tanto quienes diseñan las políticas públicas deben proyectar hacia el futuro en forma macroeconómica los gastos microeconómicos

que conllevan las decisiones judiciales proferidas en instancia constitucional, discutir el POS en forma democrática para que se incluyan en él los medicamentos necesarios para atender las enfermedades más comunes de la población, así sean de un mayor costo, y partir de una visión global de la evolución de la jurisprudencia, dejar atrás el mito de que sólo en Colombia los jueces constitucionales adoptan decisiones en estos campos.

Los jueces al resolver asuntos de tutela miran el caso en el presente, no por miopía, sino porque parten de la base de que las reglas básicas de juego plasmadas en una Constitución deben aplicarse inmediatamente y que su misión es impedir que sean violadas precisamente para preservar el proyecto constitucional de largo plazo plasmado en la Carta. En tanto que los economistas, miran las consecuencias futuras de las decisiones presentes y los efectos perversos de las buenas acciones inmediatas. Pero podría un juez admitir la violación actual de un derecho fundamental para no alterar los beneficios que para el goce de ese mismo derecho por parte de otras personas se derivarían en el futuro? y, de otro lado, ¿cómo incorporar en la protección inmediata de un derecho las variables que permitan hacer sostenible todo el sistema del cual depende que ese derecho pueda seguir siendo garantizado efectivamente en el futuro?

Quizás estas reflexiones no son sólo relevantes para el derecho y la economía, sino quizás también, para la ética, la ciencia política y otras disciplinas donde cada una tiene herramientas conceptuales distintas para identificar problemas, analizarlos y solucionarlos.

En conclusión la discusión sobre el efecto económico de la sentencias, (tutelas en Salud) como se viene planteando no encuentra un punto de convergencia, pues las partes basan sus argumentos y conclusiones en disciplinas y escuelas diferentes, por tanto para que haya un acuerdo, previamente debe partirse de un diálogo genuino, donde los interlocutores en cada discusión se ubiquen en el lugar del otro, y bajo las mismas premisas hacer el análisis del asunto planteado, de no ser así cada sector defenderá sus argumentos sin que se llegue a ningún acuerdo por sustracción de materia. Sin que ello signifique que sus argumentos y premisas sean falaces, pues sus argumentos, análisis y conclusiones pueden ser acertadas y razonables, pero no aceptadas por el otro sector del pensamiento, tal como lo hemos observado en el presente capítulo.

2.1.3.13. REFORMAS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Han sido múltiples las iniciativas parlamentarias tendientes a reformar el esquema de seguridad social en salud que no han tenido éxito por cuanto han chocado con intereses de variada índole tanto de congresistas como de los gobiernos de turno y por las presiones de los sectores privadas que manejan la salud y que no han permitido el desmonte de privilegios consolidados a través de más de 10 años de

vigilancia. Una de las reformas se trató del proyecto de ley 052 con el que se pretendía reformar la Ley 100 de 1993 con el que se buscaba, entre otras cosas, limitar la intermediación financiera en la salud que es donde se queda el grueso de los recursos y en torno del cual se han montado toda suerte de negocios en desmedro de la calidad del servicio y en perjuicio notorio de los usuarios.

Buscaba además reordenar el sistema de salud con el criterio de que cumpla su misión de servicio público esencial de carácter obligatorio prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado en lugar de ser manejado como un negocio por los particulares, con el fin de propiciar un equilibrio entre las aseguradoras y las prestadoras del servicio, financiadores y vigiladores, y fortalecer las funciones del Ministerio de la Protección Social y del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud con el fin de lograr optimizar el servicio, siempre y cuando el Estado no delegue las funciones de vigilancia y control para que los mismos tiendan a mejorar en beneficio de la sociedad.

Una de las disposiciones del proyecto limitaba la llamada integración vertical, fenómeno que permite a las EPS y a las ARS crear sus propias IPS o Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud. Dicha integración aumenta el poder dominante del sector asegurador en perjuicio de los Hospitales y –clínicas independientes tanto públicos como privados, por lo cual se proponía limitarla al 30% de los servicios.

A juicio de la Academia Nacional de Medicina que tomó parte activa en la discusión del mencionado proyecto de ley, éste no corrige algunos defectos de la ley 100 que ha señalado el cuerpo médico como el de generar la pérdida de la autonomía en la toma de decisiones clínicas y la carencia de programas de capacitación a investigación para los profesionales de la salud. Sin embargo la Academia consideró que el texto sometido al Senado representaba un paso en el camino de mejorar la eficiencia del sistema y el uso adecuado de los recursos que se manejan.

Finalmente se considera que el proyecto 052 no era lo óptimo pero si mejoraba el sistema en varios aspectos particularmente en el regulatorio, pues contiene una serie de irregularidades que más que aliviar o propender hacia un mejoramiento del sistema de salud conlleva a intrincar los mecanismos tanto de manejo de recursos como de control de ejecución de los mismos.

Es evidente la crisis que ha sufrido el sistema de salud en Colombia a raíz de la implementación de la Ley 100 que ha permitido generar un sinnúmero de dificultades que se han venido detectando desde su aplicación, siendo necesaria la presentación de proyectos de reforma, destacándose entre ellos en No.33, 31, 52 y 19. El Gobierno Nacional presentó el proyecto 052 sin atender las causas esenciales del conflicto, al contrario tienen la tendencia de profundizar el mismo en la pretensión de reorganizar el régimen subsidiado mediante un esquema

financiero centralista, en desconocimiento del papel del Estado en todos sus niveles, nacional, departamental y municipal.

El proyecto 052 propone disminuir competencias de los Departamentos, Distritos y Municipios, creando un nuevo fondo financiero a nivel Nacional que se llamaría FONDO TERRITORIAL COLOMBIA PARA LA SALUD "FOCOS" que contrataría directamente con las Empresas Promotoras de Salud la administración del régimen subsidiado, incluyendo las acciones de promoción y prevención.

Así las entidades territoriales se convertirían en centros de información, ya que la función de los Departamentos se limitaría a organizar y administrar el registro especial de redes de servicio, o sea limitadamente a manejar la información concerniente a los organismos bajo su jurisdicción, promocionándola a los interesados.

Por su parte los Municipios y Distritos se encargarían con la reforma de presupuestar y ejecutar sin situación de fondos los recursos que les corresponde para asegurar la población bajo su jurisdicción al nuevo régimen subsidiado, seleccionarla, publicar la información y remitir los listados oportunamente al nuevo fondo financiero que termina siendo el poderoso centro mentor del nuevo esquema en una concentración de poder y recursos.

Con la creación de este Fondo FOCOS que administraría mediante Fiducia los recursos destinados a la financiación del nuevo régimen subsidiado se pretendía crear otro fondo adicional al de Solidaridad y Garantía. Este fondo no tendría ingerencia en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, instancia orientadora del sistema, ni de las entidades territoriales, lo que terminaría en un divorcio absoluto del manejo de los recursos y las definiciones de política pública; se advierte entonces que por un lado van los propósitos y por otro los recursos económicos, situación que en la práctica se traduce en que la política pública queda desarmada. El FOCOS recaudaría la totalidad de los recursos destinados al régimen subsidiado, celebrararía los contratos con las EPS y además efectuaría los pagos correspondientes.

Al restarle a los Municipios la administración de los recursos del régimen subsidiado, se le quita la responsabilidad que le compete al Estado en la atención de la población más pobre y vulnerable, dejándolo en manos del nuevo fondo financiero y una fiducia. Todo ello en detrimento de la función básica de planeación, implementación y regulación de los programas públicos, privando al Estado de su compromiso de garantía del derecho a la salud a través del debilitamiento absoluto de la institucionalidad pública que hacia el futuro se tornaría irre recuperable.

En este aspecto, conviene resaltar que el margen de actuación del Municipio para implementar políticas públicas adecuadas a su realidad local y a las necesidades

de sus habitantes que en nuestro país son múltiples y variadas gracias a la diversidad étnico cultural que nos caracteriza será totalmente restringida, impidiéndoles a estos entes organizar y controlar a los prestadores del servicio de salud bajo su jurisdicción.

2.1.3.13.1. LEY 1122 DE 2007

Las reformas básicas que la Ley 1122 de 2007 estableció a la Ley 100 de 1993 son: Desde el 1 de Enero de 2007 la cotización al régimen contributivo de salud es del 12.5% del salario base de cotización, correspondiendo al empleador el 8.5% y al trabajador el 4%. Se eliminaron los periodos mínimos de cotización superiores a 26 semanas en el régimen contributivo y de los copagos y cuotas moderadoras para los afiliados al régimen subsidiado en salud clasificados en el nivel 1 del Sisbén. Se dispuso la atención inicial de urgencias en cualquier institución prestadora de servicios (IPS). Por lo tanto las empresas promotoras de salud (EPS) o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda no pueden negar la prestación del servicio ni el pago a las IPS que atiendan a sus afiliados, aunque no exista contrato. Se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que cumplirá las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, convirtiéndose ése último en órgano consultor y asesor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación.

Con la entrada en vigencia de la reforma al sistema General de Seguridad Social en Salud, se introdujeron las siguientes reglas adicionales para su operación:

1. Las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del Sisbén serán beneficiadas del subsidio total en el régimen subsidiado.
2. El tiempo de afiliación en el régimen subsidiado o en cualquier EPS del régimen contributivo será contabilizado para calcular periodos de carencia.
3. Las EPS deben llevar a consideración del Comité Técnico Científico los requerimientos de medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo para atender enfermedades de alto costo. Si la EPS no estudia a tiempo la solicitud ni la tramita y se le obliga a la prestación del servicio mediante tutela, los costos se cubren por partes iguales entre la EPS y el FOSYGA.
4. El Gobierno promoverá la afiliación al régimen contributivo, o el acceso a los beneficios plenos del régimen subsidiado para la población del nivel III del Sisbén.
5. La CRES buscará el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes.

6. La afiliación inicial de desplazados y desmovilizados cuya financiación total está a cargo del FOSYGA queda a cargo de una Entidad Promotora de Salud Pública del orden Nacional.

7. Los aseguradores deben implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad enmarcados en las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública.

8. El gobierno debe dividir los mecanismos para mejorar el acceso a los servicios de salud de la población dispersa.

9. La población reclusa será afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.1.3.14 MOVIMIENTO FINANCIERO DEL SISTEMA

2.1.3.14.1 FLUJO DE RECURSOS

El Estado Social de Derecho que prescribe la Constitución Política de Colombia coloca al ser humano en el centro del orden jurídico y tiene como fin primordial preservar y asegurar factores como la vida, la integridad personal y la igualdad dentro de un sistema económico y social Justo. Su estructura se erige sobre bases de solidaridad, de igualdad y equidad. Dentro de ese contexto toman forma la Ley de Salud (Ley 100 de 1993 y su reforma, la Ley 1122 de 2007) y el Sistema de Seguridad Social Integral definido éste como un instrumento institucional y normativo como presupuesto para que la comunidad pueda gozar de una real calidad de vida, con base en planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para brindar cobertura integral a las necesidades de salud de los habitantes del territorio nacional.

Dentro de la anterior concepción, la ley previó un mecanismo de financiación del esquema de salud y seguridad social en Colombia, con la orientación programática de brindar cubrimiento total a la población.

La anterior medición financiera y de cobertura requiere de un soporte financiero sólido que facilite su extensión a sectores que nunca antes habían tenido acceso al régimen de salud como fórmula permanente de aseguramiento. En consecuencia, se implementaron instrumentos dispuestos para suplir la carencia de capacidad de pago de la población más pobre y vulnerable incapaz de pagar por la atención de los servicios de salud. Para superar las necesidades anotadas se hizo uso del subsidio, como expresión niveladora, para equilibrar desigualdades y lograr así una medida general de dignidad humana. El subsidio, en esencia, es una manifestación real y objetiva de la acción afirmativa del Estado.

Las fuentes de recursos que hacen posible el otorgamiento del subsidio, como elemento consolidador del equilibrio social están consignadas en normas de orden

público económico que les imprimen una destinación específica y prioritaria para impedir su desviación. En estas materias el ordenamiento asume un tenor sancionatorio, al señalar consecuencias, incluso de índole penal, a toda conducta encaminada a liderar la incorrecta asignación y transferencia de los recursos del Régimen Subsidiado de Salud, puesto que su desvío o inmovilización contribuye a la desarticulación de uno de los cometidos principales del Estado y, específicamente, del Sistema de Seguridad Social Integral en su vertiente de la Salud.

Los entes territoriales, y de manera muy especial los municipios, pese a su papel protagónico dentro del Sistema de Seguridad Social son señalados por las Administradoras del Régimen Subsidiado, como los principales responsables del desvío de los recursos económicos que se les trasladan para su financiación, poniendo en grave riesgo la vida y la salud de la comunidad, señalándola como la falencia más notoria que tiene el sistema.

En conclusión, la estructura financiera del Régimen subsidiado supone que los participantes del mismo cumplan oportunamente la tarea que les corresponde en materia de disposición y entrega de recursos a los niveles complementarios de gestión, pero, además, que lo hagan en los montos preestablecidos y con la destinación específica de cada caso.

En este orden de ideas, es necesario analizar la proveniencia y dinámica de los recursos de los cuales se nutre y se financia el régimen subsidiado en salud.

Siguiendo ese derrotero, la constitución de 1991 modificada por el Acto Legislativo 01 de 2001, en sus artículos 356 y 357 al hablar de la distribución de los recursos de la nación, señala que estos se destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, dándole prioridad al servicio de la salud y de la educación, garantizando la prestación de los servicios y la ampliación de cobertura.

De esa manera, teniendo en cuenta los principios de solidaridad, complementariedad y subsidiariedad, la nación podrá concurrir a la financiación de los gastos en los servicios que sean de competencia de los entes territoriales. Los criterios de distribución que deben tenerse en cuenta al asignarse recursos para la salud priorizan la población atendida y por atender, reparto entre población urbana y rural, eficiencia administrativa y fiscal, y equidad.

Así los recursos provienen de las siguientes fuentes de financiación:

1. SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP): Creado por la ley 715 de 2001 el cual entró a reemplazar lo que antes se llamaba situado fiscal e ingresos corrientes de la nación, contenidos en la ley 60 de 1993; está constituido por los montos que la Nación transfiere a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios especificados en la misma y que son de competencia

de los entes. Estos servicios son:

- a) Una participación con designación específica para educación, correspondiente al 58.5%.
- b) Una participación con destinación específica para salud correspondiente al 24.5 %, y
- c) Una participación de propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico correspondiente al 17.0%.

El Sistema General de Participaciones, en el agregado para salud se destina a financiar los gastos del servicio en los siguientes componentes: REGIMEN SUBSIDIADO (continuidad del régimen y ampliación de cobertura), VINCULADOS y PLAN DE ATENCIÓN BASICA.

a) Régimen subsidiado

- Subsidios de continuidad a la demanda. Los recursos para este componente son aquellos que gira el Estado para vincular a las personas más pobres y vulnerables del país al sistema de seguridad social en salud mediante el pago por cada una de ellas de una Unidad de Pago por capitación subsidiada (UPC.s), que para el año (2006) está en 215.712 pesos.

- Ampliación para subsidio a la demanda. Los recursos con que cuenta el Estado para acercarse cada vez más a la universalidad que inspira todo el sistema, es decir, para ampliación de subsidios a la demanda para los más pobres del país, son producto del crecimiento adicional a la inflación del Sistema General de Participaciones en Salud, aplicando el criterio de equidad, entendido como un indicador que pondera el déficit de cobertura de la entidad territorial y su proporción de población por atender a nivel nacional.

La ampliación de cobertura de la población pobre mediante subsidios a la demanda se financia también con recursos propios de las entidades territoriales de libre destinación, específica para salud o de capital, cuando en este último caso, se garantice su continuidad como mínimo por cinco (5) años.

b) Subsidios a la oferta o a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda (vinculados al sistema). Este componente se destina a los entes territoriales para que financien mediante las instituciones prestadoras la cobertura de riesgos en salud directamente a las personas pobres según el SISBEN que no alcanzaron a ser cubiertas mediante subsidios a la demanda.

Para el cálculo de estos recursos, se tomará el total de los recursos del Sistema

General de Participaciones para salud en la respectiva vigencia y se le restarán los recursos liquidados para garantizar la financiación a la población pobre mediante subsidios a la demanda y los recursos destinados a financiar acciones de salud pública definidas como prioritarias por el Ministerio de la Protección Social.

c) El plan de atención básica (PAB): A partir de la reforma de la Ley 1122 de 2007 se llamará Plan de Salud Pública y se constituye en el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad. El responsable en cada municipio de las acciones del Plan de Atención Básica PAB es el Alcalde, determinándose sus componentes en:

1. Promoción de la Salud: Se concibe como un conjunto de acciones eminentemente intersectoriales y de movilización social para alcanzar más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de vida de las comunidades.
2. Prevención de la enfermedad: Actividades e intervenciones y procedimientos que se realizan para evitar que las enfermedades aparezcan, se prologuen, ocasionen daños o generen secuelas evitables.
3. Vigilancia en Salud Pública: actividades orientadas a la identificación, seguimiento y control de los riesgos biológicos de comportamiento y del ambiente, así como la observación y análisis de los eventos de salud que ellos ocasionan.
4. Gestión: Es la responsabilidad que tienen los municipios y sus representantes en la ejecución de actividades y recursos del Plan de Atención Básica, busca una administración eficiente de los recursos financieros, técnicos, tecnológicos y de talento humano. Así como también ejercer vigilancia, control y evaluación de las actividades propuestas en los Planes Operativos Anuales.

En la actualidad las metas anuales en salud pública son fijadas por la CRES y el Ministerio de la Protección social, quienes a su vez definen cuales son prioritarias.

2. FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA (FOSYGA): Es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, fue creado por la Ley 100 de 1993 y manejado mediante encargo fiduciario, para la administración de los recursos en el sistema general de seguridad social en salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. La estructura del FOSYGA, tiene las siguientes subcuentas:

- De compensación interna para el régimen contributivo
- De solidaridad entre el régimen contributivo y subsidiado
- De promoción de la salud
- De seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

Los recursos del Fosyga se manejan de manera independiente dentro de cada sub-cuenta y se destinaran exclusivamente a las finalidades consagradas en la ley. Los intereses y rendimientos financieros que produzca cada una de ellas se incorporarán a la respectiva sub-cuenta.

Las asignaciones que se hacen por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), subcuenta de solidaridad, al régimen subsidiado, se destinan a financiar continuidad y cofinanciar con los entes territoriales ampliación de cobertura. Es importante resaltar en este punto, que la distribución de recursos en éste aspecto la hace el Ministerio de la Protección Social mediante Resoluciones que se sujetan a las directrices del Consejo Nacional de seguridad Social en Salud.

- Subcuenta de solidaridad: Los recursos de esa Subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la Cofinanciación de los Subsidios correspondientes.

- Cofinanciación régimen subsidiado: Concurrencia de los recursos de la subcuenta de Solidaridad del Fosyga, una vez las entidades Territoriales (Municipios, Departamentos y Distritos) han aplicado los recursos de ley, en la financiación de la afiliación al Régimen Subsidiado.

3. RECURSOS PROVENIENTES DE LA EMPRESA TERRITORIAL PARA LA SALUD (ETESA): Señalados en la Ley 643 de 2001, sobre rentas de juegos de suerte y azar, se giran también a cada Departamento para salud. La distribución para los Departamentos se hace con base en el nivel de participación de rifas, juegos y espectáculos.

4. RECURSOS PROVENIENTES DE LA LOTERÍA DE LA NUEVE MILLONARIA: Estos recursos se giran por los Departamentos socios de la lotería, los cuales son aquellos que al entrar en vigencia la Constitución de 1991 se erigen como Intendencias y Comisarías, es decir. Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, San Andrés, Vaupés y Vichada.

5. RECURSOS PROPIOS DE LOS ENTES TERRITORIALES: Son para cofinanciar junto con la Nación ampliación de cobertura, atención de población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y Plan de Atención Básica en salud. Son recursos que los entes destinan para salud y pueden ser de libre destinación, de capital o de destinación específica para salud.

La ley exige que para el giro de los recursos mencionados, los montos asignados a los entes territoriales por intermedio de las donaciones seccionales, distritales y

locales de salud al régimen de subsidios en salud se manejarán como una cuenta especial aparte del resto de recursos dentro del respectivo fondo seccional, distrital y local de salud y nunca harán unidad de caja con estos últimos, o lo que es lo mismo con los recursos de salud no se podrá cancelar nada diferente a lo señalado por la ley para este sector.

3. RESEÑA HISTORICA DEL MUNICIPIO DE SAN PABLO

Los esposos Miguel Suárez de Bolaños e Isabel Burbano de Lara, donaron los terrenos donde hoy se encuentra la iglesia parroquial y el parque Bolívar a favor de la Virgen de Chiquinquirá, sobre este acontecimiento no hay documento o constancia alguna que oficialice el hecho. Esto, según esa versión tiene ocurrencia en 1763, por escritura del 1 de diciembre que se halla en el protocolo número 13 de la Notaría del Cantón de Almaguer (C), correspondiente a los años 1770 a 1779.

La Cámara Provincial de Popayán dividió en 1852 el Distrito Parroquial de la Cruz (así se llamaban los actuales municipios de San Pablo y La Cruz) creando el Distrito parroquial de San Pablo en el Cantón de Bolívar. En 1855 el poblado de

San Pablo fue constituido en cabecera del Municipio o Distrito Parroquial. En el año 1886 se le incorporó el corregimiento de Villanueva, el que fue segregado del distrito de Mercaderes. Para 1889 San Pablo era elevado a la categoría de Parroquia.

Al crearse en 1904 el Departamento de Nariño, el límite entre éste y el Departamento del Cauca fue la Cuchilla de Bateros, comenzando en el cerro de la Campana y terminando en el punto del Cajón (rivera del río Mayo), quedando en esta forma San Pablo perteneciendo al nuevo Departamento. Sin embargo en 1905 el límite entre estos dos departamentos pasó a ser el río Mayo, volviendo por lo tanto, San Pablo al Cauca con categoría de capital de la provincia de Angulo. En 1910 San Pablo vuelve a pertenecer al departamento de Nariño con los otros límites de la Cuchilla de Bateros.

3.1 FICHA GEOGRAFICA ⁴

Fundación	1763
Fundadores	Miguel Suárez de Bolaños e Isabel Burbano de Lara
Altura	1.750 m. s. n. m.
Temperatura media	18° C
Precipitación anual	1.000 a 2.000 m. m.
Límites municipales	Norte: Municipio Bolívar (Cauca) Sur: Municipios de Colón y La Cruz (N) Oriente: Municipio de La Cruz (N) Occidente: Municipios de Florencia (C) y La Unión (N)
Pisos térmicos	Medio: 3.099 hectáreas Frío: 7.231 hectáreas
Predios	Rurales: 8.703 Urbanos: 1.537 Total predios: 10.330
Población	27.335 (Censo DANE 2006)
Cuenca	Cuenca río Patía
Subcuencas	Sub cuenca río Mayo
Microcuencas	Quebrada Bateros, Las Palmas, La Chorrera, El Purgatorio, El Almorzadero, El Alto, Los Molinos.
Orografía	Cerro de la Campana, Cerro del Baile y Pulpito, montaña de Potreros, Páramo de Achupallas, Cuchilla de Bateros.

⁴ Alcaldía Municipal. San Pablo (N). Plan de Desarrollo Municipal. 2004. Pág. 4 y 5

Distancia Pasto	121 kilómetros vía alterna La Cruz y La Unión 170 kilómetros vía panamericana
Producción Agrícola	Maíz, café, plátano, frijol, yuca, arveja, tomate de mesa, caña panelera, achira.
Producción pecuaria	Bovinos de leche y carne, porcinos, cuyes y aves.
Entidades oficiales	ICBF, CEDENAR, Federación de Cafeteros, Juzgado, Registraduría del estado civil, Notaría.
Entidades de Prevención	Policía nacional, cuerpo de bomberos voluntarios, Hospital San Carlos.
Entidades culturales	Banda municipal, biblioteca pública, casa de la cultura.
CORREGIMIENTOS	VEREDAS
San Pablo (Especial)	Achupallas, Bateros, Bohío, Brisa, Cañada, Playa Baja, Vega Quito, Llanos Chiquitos, Las Laderas.
Briceño	Aguadas, Altamira, Araditas, Betania, Briceño, Dantas, El Mesón, Escubillal, El Tablón, Robles, Florida.
La Chorrera	Alto Llano, Campo Bello, Cantarrano, Diamante, El Alto, La Cuchilla, La Chorrera, La Elvira, Lindero, Los Llanos, Nueva Florida, Playa Alta.
El Chilcal	Ramal Alto, Ramal Bajo, Chilcal Alto, Chilcal Bajo, Derrumbes, Las Juntas, Palmas, Lucitania, Praditos, Yunguilla, Lagunitas, Francia, El Agrado, El Diviso.

San Pablo (N), es un población ubicada al noreste del Departamento de Nariño, su territorio es montañoso, en gran parte, sin embargo, cuenta con algunos sectores planos entre los que merecen destacarse, las llanuras de: Derrumbes, Los Llanos, El Tablón, El Chilcal y la meseta donde se encuentra situada la cabecera Municipal. Presenta un clima templado y una economía basada especialmente en la producción agrícola.

4. PRESENTACION, EVALUACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. ASPECTOS MUESTRALES

La preocupación por la salud del ser humano y por amplio desarrollo físico e intelectual debe constituir la tarea humanitaria fundamental de la sociedad e igualmente velar por ella debe ser tarea del Estado.

El Municipio de San Pablo (N) cuenta con una población total de 27.335 habitantes de los cuales el 63,8% presentan necesidades básicas insatisfechas y de estos el 29,4% se encuentran en situación de miseria.

Lo anterior se ve agudizado cuando del total de la población con necesidades básicas insatisfechas (16.957), únicamente el 60% (12.125 habitantes) están afiliados al régimen subsidiado en salud.

San Pablo, únicamente cuenta con la EPS “Hospital San Carlos” que es una institución hospitalaria de nivel uno, por lo cual la población que requiere tratamiento médico más complejo debe ser trasladada a centros hospitalarios de nivel dos, ubicados en los Municipios de la Unión y Pasto. El corregimiento de Briceño, es el único sector rural que cuenta con un centro de salud, moderadamente equipado; el sector rural restante carece de puestos de salud.

El Municipio de San Pablo cuenta con una cobertura en el sistema de seguridad social en salud de un 60% que se traduce en un número aproximado 12.125 beneficiarios del régimen subsidiado. Quedando un porcentaje de 40% de la población por fuera del sistema.

Al ser interrogada la población usuaria de la ESE Hospital San Carlos sobre el servicio subsidiado de salud, la mayoría (68.8%) contestó que era bueno, sin embargo existe un rango de población del 26.90% que considera que el servicio es regular y el 4.30% lo calificó como malo (Cuadro 1).

En lo que corresponde al servicio prestado por las ARS, existe una mayoría del 84.4% que considera que es bueno, en tanto que el 14.8% lo considera como regular y el 0.8% lo considera malo (Cuadro 1).

De los 372 usuarios encuestados al ser interrogados acerca de las dificultades que se presentan cuando acceden a este servicio, el 72,3% manifestó que no ha tenido dificultades, el 17.20% aduce que existe falencia en la atención oportuna de los pacientes, el 8.9% se exige demasiada tramitología para obtener una consulta médica o para que se le autorice un determinado procedimiento, y el 1.6% manifiesta que no se suministra la droga solicitada (Cuadro 2).

Se podría concluir que aunque existe mayoría en la aceptación del servicio como bueno, y siendo que el servicio de salud es de beneficio integral existe parte de población que no está de acuerdo con los beneficios que recibe por lo cual se lo califica como regular. Pese a que más de la mitad de la población respondió que no ha tenido dificultades es necesario considerar que un buen porcentaje (27.7%) ha tenido dificultades, lo que ubicaría a la salud del Municipio de San Pablo por debajo de los rangos de un BUEN servicio.

En lo que respecta a las alternativas para mejorar la calidad del servicio de salud en el Municipio de San Pablo (N), la mayoría de encuestados (62,1%) manifestaron que sería mejor que los recursos se trasladen directamente de la Nación al Hospital con el fin de evitar intermediarios e inconvenientes en la atención por el no pago oportuno de los servicios (Cuadro 3).

El 5.90% votaron porque los recursos del sistema los contrate directamente el Municipio con el Hospital, no con las ARS y un total del 32% opinó que una alternativa para mejorar la calidad del servicio de salud es que el Hospital San Carlos preste los servicios de II nivel de atención.

Igualmente, con las encuestas se pudo constatar que la mayoría de encuestados (57%) preferirían que los recursos de salud se manejen a través de los Hospitales y no de las ARS ni de la Alcaldía (GRAFICO 1).

CUADRO 1: SERVICIO MEDICO HOSPITAL SAN CARLOS Y ARS

TAMAÑO DE LA MUESTRA

2006

NUMERO DE BENEFICIARIOS

CALIFICACION	HOSPITAL		ARS	
	NRO.	%	NRO.	%
BUENO	256	68,80	314	84,40
REGULAR	100	26,90	55	14,80
MALO	16	4,30	3	0,80
TOTALES	372	100,00	372	100,00

Fuente: Esta investigación

CUADRO 2: DIFICULTADES HOSPITAL SAN CARLOS Y/O ARS

TAMAÑO DE LA MUESTRA

2006

DIFICULTADES	No. DE RESPUESTAS	PORCENTAJE (%)
Falta de atención oportuna	64	17,20
Demasiada tramitología	33	8,90
No suministro de medicamentos	06	1,60
No ha tenido dificultades	269	72,30
TOTALES	372	100,00

Fuente: Esta investigación

CUADRO 3: ALTERNATIVAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD EN SAN PABLO (N)

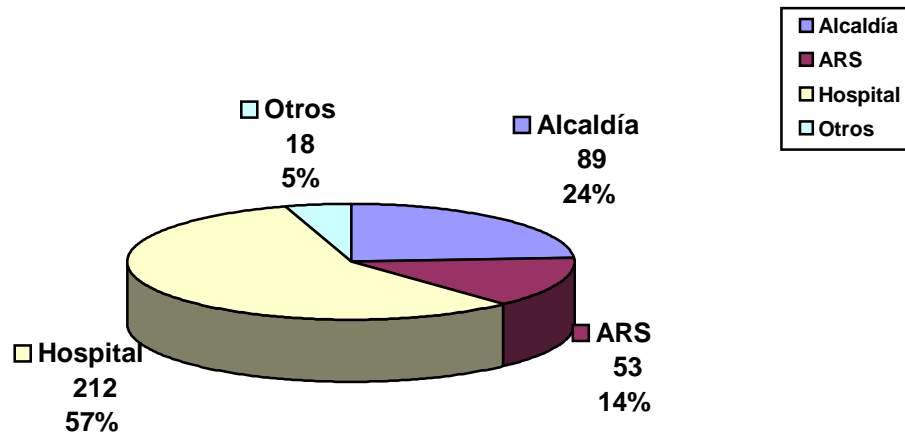
TAMAÑO DE LA MUESTRA

2006

ALTERNATIVA	No. DE RESPUESTAS	PORCENTAJE (%)
Que los recursos se trasladen directamente de la nación al Hospital	231	62,10
Que el Municipio contrate la atención del régimen subsidiado con el Hospital (No con las ARS)	22	5,90
Que el Hospital pase al nivel II de atención	119	32,00
TOTALES	372	100,00

Fuente: Esta investigación

GRAFICO 1: INDICES DE ACEPTACION DEL MANEJO DE RECURSOS



Fuente: Esta investigación

4.2. CONTRATACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE SAN PABLO

4.2.1. INVERSIÓN DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES –SECTOR SALUD- EN EL MUNICIPIO DE SAN PABLO.

De acuerdo a las visitas practicadas a las dependencias municipales de Tesorería y Dirección Local de Salud, la inversión de recursos del SGP arrojó los siguientes resultados, para el período 1 octubre/05 a 30 de septiembre/06.

SGP % SALUD REGIMEN SUBSIDIADO			
COMPONENTE	PRESUPUESTADO	RECAUDADO	EJECUTADO
SUBSIDIADO:			
CONTINUIDAD	1.611.159.843	1.611.159.847	1.611.159.843
AMPLIACION	34.551.543	34.551.539	33.651.072
VINCULADO	461.898.813	461.900.426	461.898.813
TOTALES	2.107.610.199	2.107.611.812	2.106.709.728
DIFERENCIA			900.467

FUENTE: Tesorería Municipal de San Pablo – Presupuesto 2005 y 2006

El objetivo general de esta investigación es determinar si los recursos del SGP, transferidos al Municipio para la atención de la salud durante el 1 de octubre de 2005 y el 30 de septiembre de 2006 fueron invertidos para este propósito. Realizada la investigación y cumplido el objetivo se observa que \$900.467.00, que corresponden al 2.67%, de los recursos del sistema cuya destinación es específica para salud no fueron invertidos en este sector. Si bien se trata de una cifra que por su monto no tiene mucha relevancia y que en principio demostraría que los propósitos de la Nación en materia de salud se cumplieron en el Municipio de San Pablo, la no inversión de un porcentaje de estos recursos, así sea mínimo, pone en evidencia, solo en un periodo de un (1) año, la falta de compromiso por parte de los entes territoriales y las autoridades de salud para prever una adecuada ejecución de dineros que tienen una destinación específica.

Otros de los objetivos ha desarrollar a lo largo de este trabajo es el de constatar si con los recursos transferidos al Municipio para atención de la salud en el régimen subsidiado se brindó una atención eficiente y oportuna a los afiliados, concluyendo con la realización de esta investigación que si bien existen falencias en el sistema como es la falta de inversión de recursos para salud, falta de atención oportuna, etc. los resultados de las encuestas nos señalan que en general el servicio de salud en el Municipio (ESE y EPS's) es bueno (CUADRO 1) gracias a la inversión de gran parte de los dineros del sector salud distribuidos no solo en contratación con las ARS sino también con el Hospital para la atención de la población vinculada y para acciones de salud pública.

4.2.1. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO CONTRATADAS POR EL MUNICIPIO DE SAN PABLO.

La Ley 715 de 2001 en su artículo 44 le otorgó a los Municipios la competencia de “dirigir y controlar el sector salud y el sistema general de seguridad social en salud en el ámbito de su jurisdicción”, y le definió un conjunto de funciones relacionadas con la dirección del sistema, la prestación de servicios y acciones de vigilancia en salud pública, en concordancia con el modelo general de sistema de seguridad social en salud.

De igual forma y de acuerdo con lo establecido en la ley, el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud definió el modelo de procesos y operaciones en el nivel local que deben realizarse para contribuir al logro de los objetivos y productos del sistema en su conjunto.

La asignación de competencias y el modelo de sus procesos le da al Municipio un papel preponderante en la conducción del desarrollo territorial en el campo de la salud, constituyéndolo en el integrador del conjunto de instancias y actores del orden municipal que se interrelacionan de manera coordinada en su territorio.

De acuerdo a la normatividad que rige el Sistema de Seguridad Social en Salud, al Municipio de San Pablo, mediante la Dirección Municipal de Salud, le corresponde garantizar la salud a la población más pobre y desprotegida sin capacidad de pago, prestándole servicios de salud, eficientes, oportunos y adecuados para lograr el mejoramiento de la calidad de vida.

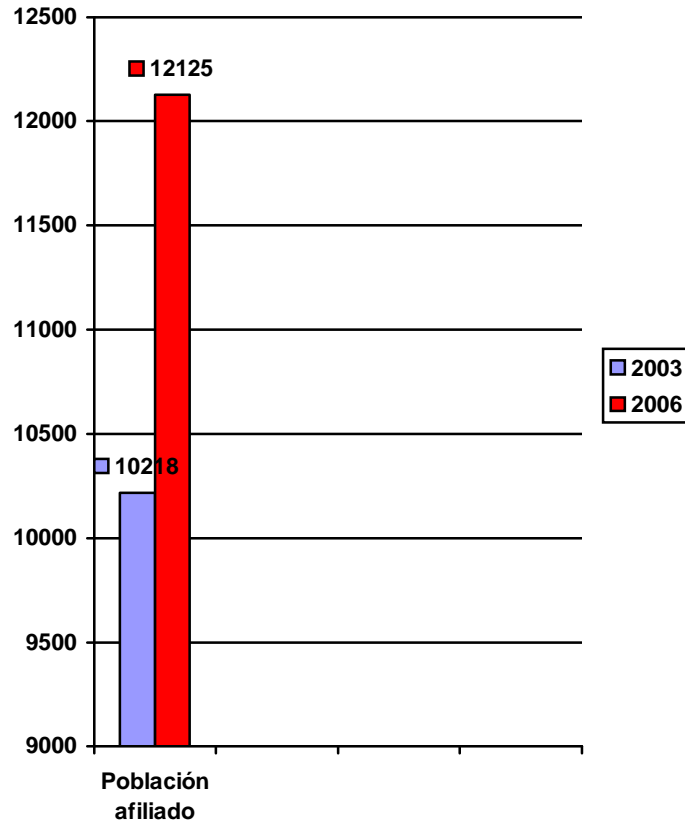
Siguiendo estos lineamientos vemos como la cobertura en afiliación al Sistema Subsidiado en Salud de la población más desamparada de este Municipio ha ido en constante crecimiento y ello se puede deducir de las cifras de aseguramiento con las que finalizó el anterior Alcalde (2001-2003), quien al culminar su mandato consolidó un total de 10.218 personas afiliadas al régimen subsidiado en salud, equivalente al 50.57%. En el año 2006, la cobertura asciende a 12.125 afiliados que corresponde a un 60%, resultados que sin duda demuestran el desarrollo de la política Nacional de ampliación gradual de cobertura, se incrementaron las cifras de aseguramiento en 9.43%, pero no se alcanza las metas de cobertura propuestas y esperadas con la ley 100. (GRAFICO 2).

En relación con los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado mediante los cuales se ampara la afiliación y se da continuidad al servicio, están suscritos con cuatro empresas administradoras del régimen subsidiado (ARS), a saber: EPS SALUD CONDOR S.A, EMSSANAR E.S.S., CAJA SALUD y ASMET SALUD E.S.S. Con las anteriores entidades se han prorrogado los contratos para garantizar la continuidad y la ampliación de la cobertura, advirtiéndose que a la ejecución de los mismos se deberá hacer un control, un monitoreo y una evaluación de sistema, así mismo se debe velar

porque la asignación de los recursos destinados al aseguramiento lleguen a su fin y de esa manera optimizar la administración y ejecución de la prestación del servicio de salud, esto se logra a través de la interventoría a los contratos realizados con cada una de las administradoras del régimen subsidiado.

De otro lado se considera que las actuales condiciones de vida del Municipio de San Pablo, hacen que el gobierno municipal asuma responsabilidades de acogimiento de la población flotante, por cuanto los efectos del conflicto armado que afronta el Municipio de San Pablo, con el fenómeno del narcotráfico y por convertirse esta zona en un corredor estratégico de grupos armados ilegales, hace que este Municipio sea receptor de personas desplazadas que solicitan con urgencia el servicio de salud.

GRAFICO 2: CIFRAS DE ASEGURAMIENTO

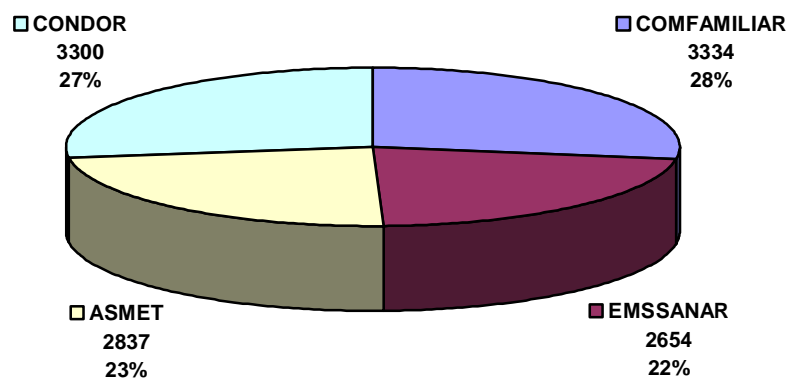


Fuente: Dirección Local de Salud

Ahora bien, teniendo en cuenta que en este Municipio actúan cuatro administradoras del régimen subsidiado, miremos cual es la cobertura que al respecto maneja cada una de ellas así: EPS SALUD CONDOR con un total de 3.300 afiliados, EMSSANAR con un total de 2.654, COMFAMILIAR con 3.334 y ASMET SALUD con 2.837 afiliados, para un total de población afiliada en el Municipio de San Pablo (N) de 12.125.

Es deber ineludible de cualquier gobierno que acoja las riendas del Municipio lograr la focalización individual de acuerdo a los niveles de pobreza como una de las estrategias adoptadas por la Constitución y la Ley para la asignación del gasto social, que permita abrir amplios espacios para que mediante la acción decidida del gobierno local y del Estado se concrete la solidaridad de aquellos con menores carencias hacia la población más pobre del país. Todo ello exige consecuentes y sistemáticos esfuerzos para lograr mayores niveles de eficiencia, calidad, oportunidad y suficiencia en la prestación del servicio.

GRAFICA 3: USUARIOS POR ARS



FUENTE: EPS's DE SAN PABLO (CONDOR, EMSSANAR, ASMET Y COMFAMILIAR)

Finalmente al gobierno municipal tiene la obligación de afiliar al sistema subsidiado de salud a las personas llamadas “vinculadas”, es decir aquellas personas que cumpliendo los requisitos para acceder al sistema subsidiado se encuentran excluidos del mismo por no contar el Municipio con los recursos necesarios para ello, pero siendo de imperiosa necesidad que se realicen inversiones adicionales al sistema de salud para alivianar las desigualdades y la precariedad de condiciones de la población y de esta manera mejorar la calidad de vida de sus habitantes, especialmente en su salud.

Mediante entrevistas a los agentes locales de las EPS's del Municipio se constató que cada una de ellas fija metas anuales sobre promoción y prevención de la salud como campañas de salud oral, de citologías, programas para hipertensos discapacitados, mujeres embarazadas, adulto mayor, niños, orientaciones sobre deberes y derechos de los afiliados, etc. que se hacen tanto en el sector rural como urbano y que para el año 2006 fueron cumplidas en un promedio del 99.5%, así :

CONDOR: 99%

ASMET SALUD: 100%

EMSSANAR: 100%

COMFAMILIAR: 99.5%

Todo esto sin lugar a dudas repercute en la calidad de vida de los habitantes y demuestra que las ARS desarrollan también políticas en pro de la salud no limitándose únicamente a la administración de los recursos y a la afiliación y carnetización de los usuarios. Esta es también la apreciación de las personas encuestadas en este trabajo, pues lejos de manifestar que las ARS son ineficaces como pretendíamos demostrarlo con esta investigación, han dado su visto bueno y su voto de aceptación al papel que estas empresas promotoras de salud desarrollan. (ver CUADRO 1). Igualmente en el CUADRO 3 se observa que del total de encuestados solo 22 personas (5.90%) opinaron que sería mejor que el Municipio no contrate con las ARS, porcentaje que no representa la mayoría de la población.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de haber expuesto y analizado la situación del régimen subsidiado en salud, a continuación se sintetizan los aspectos más relevantes del estudio, con el fin de plantear algunas recomendaciones; pues el propósito es que esta investigación sirva de referencia a quienes están interesados en profundizar en este tema o gestionar ante el gobierno central, en la solución de algunos problemas a través de la formulación de planes o proyectos de impacto sectorial o global.

5.1 CRITICAS AL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DEL REGIMEN SUBSIDIADO.

- El sistema de seguridad Social en Salud, régimen subsidiado, en el Municipio de San Pablo (N) adolece de mecanismos deficientes de control y vigilancia que tiene que ir desde los entes de control competentes hacia los usuarios y desde estos hacia la administración. Ello se concluye de la observación directa que hacemos en el devenir diario. Es así como factores que se originan desde la base impiden el ejercicio de un verdadero control. La legislación misma en torno al sistema de seguridad social, por su complejidad, dificulta el fácil entendimiento de personas de la base quienes son las llamadas a conformar los comités de vigilancia, de veeduría, liga de usuarios, etc. Igual sucede con la legislación referente a las veedurías ciudadanas cuya normatividad establece una serie de funciones y deberes para los veedores sin ningún tipo de retribución más que los rechazos, críticas y problemas que este tipo de actividad conlleva, máxime en una zona de difícil orden público como es el Municipio de San Pablo. Prueba de ello son las actas de constitución y registro público de veedurías que reposan en la Personería Municipal de San Pablo donde se observa que existen comités veedores conformados pero solo en el papel porque en la práctica se tornan inoperantes debido, como se dijo, a la falta de incentivos y la falta de compromiso de los ciudadanos en algunos casos.

- La creación de las Empresas Sociales de Estado -ESE-, por su naturaleza buscan la generación de utilidades lo que va en contravía con el derecho a la salud y la esencia del propio Estado Social de Derecho. Desde el mismo momento en que las IPS se organizaron como Empresas la prioridad dejó de ser la salud pasando a un primer plano el ánimo de lucro lo que va en detrimento de una eficiente prestación del servicio de salud, que riñe sobremanera con la calidad del mismo, pues se busca una mayor economía en los procedimientos y medicamentos a fin de alcanzar un mayor beneficio o utilidad. Ello se deduce de la naturaleza de las empresas sociales del estado que es la venta de servicios y lógicamente la generación de utilidades.

- Quizá una de las mayores críticas al sistema de salud se refiere a la intervención política y en ocasiones politiquera de los gobiernos locales que bajo el escudo de la encuesta SISBEN esconden sus intereses y cuotas políticas en perjuicio de la población más necesitada y vulnerable, escogiendo bajo este escudo a los beneficiarios del régimen subsidiado de salud, teniendo en cuenta para esta selección la medición que arrojan sus electores, dejando así desprotegidas a aquellas personas que no simpatizaron con sus ideas políticas o no los apoyaron en su campaña. Con propiedad podemos afirmar y gracias a la investigación que por este trabajo hemos realizado que EL SISBEN se ha convertido en un instrumento para lograr intereses particulares de los grupos políticos, procedimientos indebidos que se dan en muchos municipios de Colombia y que los hemos apreciado por experiencia propia u observación directa y por entrevistas de personas que han vivido o presenciado este fenómeno.

5.2. CONCLUSIONES

5.2.1. GENERALES:

- El Sistema General de Seguridad Social en Salud en la actualidad presenta falencias de tipo estructural por lo que se hace necesaria una reforma legal en lo referente al sistema de selección de beneficiarios SISBEN. La ley 1122 de 2007 dejó abierta la posibilidad de cambiar este mecanismo de selección de beneficiarios.
- En materia de Salud pública la ley 100 se reduce a un enunciado que no incluye todo el sistema, ni lo atraviesa de manera transversal como debería ser, como una política pública masiva de acceso universal que está realmente preocupada por las condiciones de vida y bienestar de la población, poco o nada a cambiado en comparación con los esquemas anteriores a 1991 que si bien es cierto hicieron colapsar las instituciones de salud al menos se disponía la prospección de servicios a sectores importantes de la población que por su condición económica no tenía acceso a los servicios de salud, y si se compara con las estadísticas actuales los porcentajes aún siguen siendo elevados en la falta de cobertura y de proyección del sistema.

5.2.2. ESPECIFICAS

- En el Municipio de San Pablo existe aceptación de las ARS's
- La mayoría de usuarios del régimen subsidiado de salud del Municipio de San Pablo preferirían que los recursos del SGP sean girados directamente de la Nación al Hospital.

- El servicio de salud que se presta en el Municipio de San Pablo (N) es bueno.

De los resultados del trabajo de campo podemos concluir que la población encuestada confunde las orientaciones de las ARS con la calidad del servicio y de ello deriva la aceptación de estas empresas.

De la misma manera la población focalizada se inclina porque los recursos los maneje el hospital con la falsa creencia de que estando el dinero disponible en la IPS la atención será inmediata, sin tanta tramitología.

5.3 RECOMENDACIONES

5.3.1. PROPUESTA DE POLITICA PUBLICA

Nuestra propuesta de política pública para el actual sistema de salud colombiano se basa en dos puntos fundamentales:

- MODIFICACION DE LA ENCUESTA SISBEN Y ADOPCION DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA SU APLICACIÓN.

La realidad nos muestra que el diseño de la encuesta SISBEN no muestra las verdaderas condiciones de vida de las personas. Así por ejemplo mediante visita a las oficinas de las ARS que operan en el Municipio de San Pablo se constató en la base de datos que personas o trabajadores independientes con capacidad de pago son clasificados en nivel 1 del Sisbén y de esa misma manera tienen acceso al régimen subsidiado de salud, teniendo en cuenta para ello en algunas ocasiones solo las condiciones de sus viviendas y en el peor de los casos factores como la filiación política entre, otros. Por todo ello podemos decir que en la aplicación de la encuesta SISBEN es donde mayores favores políticos se pagan y donde las más grandes injusticias se cometen, se hace ver como pobres y vulnerables a los que no lo son y como personas con capacidad de pago a las que realmente no la tienen o simplemente se los priva de la posibilidad de acceder a los beneficios del Estado privándolos de la aplicación de esa encuesta.

Es por ello que proponemos que la sisbenización no se haga desde los entes territoriales sino que sea desde el nivel Central a través de un organismo adscrito al DNP o al Ministerio de la Protección Social y porque no a un organismo de Cooperación Internacional el cual realizará las encuestas con personal experto y vinculado a dicho organismo, desde donde se desplazarán a cada uno de los Municipios para garantizar la transparencia en este proceso, realizando una actualización y depuración del censo de forma mensual.

Creemos que con unas bases sólidas y justas en el proceso de sisbenización podría combatirse la corrupción y la desviación de recursos del Sistema General de Participaciones para atender la salud, pues es con este mecanismo con el que se pagan muchos favores o se vengán acciones.

Si bien con nuestra propuesta se estaría desconociendo un poco la descentralización y la autonomía de los entes territoriales, nos parece la mejor opción para el sector salud dada la complejidad del sistema y los resultados poco satisfactorios que la realidad nos ha demostrado. No estamos en contra de la descentralización sino en favor de una mejor aplicación del sistema.

Nuestra segunda propuesta tiene que ver con la INNECESARIEDAD DE LAS ARS DENTRO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Dentro de este punto y partiendo de que con la propuesta anterior se logre consolidar y edificar un sistema de sisbenización serio y justo, consideramos que son inoficiosas la ARS dentro del Sistema, pues en adelante la contratación se haría directamente entre el Ente Territorial, y la IPS sin este intermediario innecesario, siempre y cuando las Alcaldías tengan como limitante la encuesta SISBEN suministrada por un organismo independiente y ajeno a la administración.

Igualmente la experiencia nos ha demostrado que las ARS son intermediarias innecesarias que se quedan con importantes recursos sin que su labor sea fundamental dentro de este proceso, pues la Administración de los Recursos SISBEN puede hacerse a través de las Direcciones Locales de Salud, economizando de esta manera recursos que pueden ser invertidos en fines como la ampliación de cobertura.

Para efectos de la afiliación o carnetización proponemos la creación de una Entidad que trabaje conjuntamente con el mencionado organismo de sisbenización a través del cual se carnetice a los afiliados al régimen subsidiado.

BIBLIOGRAFIA

- CEPEDA ESPINOSA, Manuel José. Congreso de Derecho Económico. Cartagena 2004.
- Código Contencioso Administrativo, LEGIS Editores S.A.
- Constitución Nacional de 1991, LEGIS Editores S.A.
- CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-082-04 M.P. Clara Inés Vargas Fernández.
- CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-295-95 M.P. Antonio Barrera Carbonell.
- CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-487-00 M.P. Álvaro Tafúr Galviz.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, Orientaciones para la programación y ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones. Bogotá D.C. 2004. Imprenta Nacional.
- ESTRADA ALVAREZ, Jairo. Viejos y Nuevos Caminos hacia la Privatización de la Educación. Bogotá D. C. 2002
- GONZALEZ CHARRY, Guillermo. Derecho Laboral Colombiano. Volumen II. Doctrina y Ley, Santafé de Bogotá D. C. 1996. 6ª Edición
- GOYES MORENO, Isabel y USCATEGUI de JIMENEZ Mireya, Investigación y Pedagogía. Ediciones Unariño. San Juan de Pasto 1999. 1ª Edición
- GOYENECHÉ, Juan Felipe. Los gajes de la Corte.
- HOYOS ARISTIZABAL, Luís Alfonso, Descentralización Reto Nacional Congreso de la República. 1ª Edición 1996. Bogotá. Asesores Editores.
- Ley 100 de 1993, LEGIS Editores S. A.
- Ley 715 de 2001, LEGIS Editores S. A.

- PLAZAS G., Germán y PLAZAS M., Germán Alonso. La Nueva Seguridad Social. Linotipia Bolívar. Santafé de Bogotá D. C. 1998, 5 Edición.

- SECRETARIA DE PLANEACION DEPARTAMENTAL, GOBERNACION DE NARIÑO. Preguntas Frecuentes en Materia Financiera y Administración Municipal. Imprenta Departamental de Nariño. San Juan de Pasto. 2004.

ANEXO 1

ENCUESTA PARA USUARIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD REGIMEN SUBSIDIADO
MUNICIPIO DE SAN PABLO – NARIÑO

1. Cómo califica el servicio médico en el Hospital San Carlos y / o en las ARS?.

E. S. E. BUENO _____ REGULAR _____ MALO _____

A. R. S. BUENO _____ REGULAR _____ MALO _____

EXPLIQUE _____

2. Qué dificultades se le han presentado con mayor frecuencia en la ESE (Hospital) y / o en la ARS?.

_____ Falta de atención oportuna

_____ Demasiada tramitología

_____ No suministro de medicamentos

_____ No ha tenido dificultades

EXPLIQUE _____

3. Qué alternativas propone Usted para mejorar la calidad del servicio de salud en el Municipio de San Pablo (Nariño)?.

_____ Que los recursos se trasladen directamente de la Nación a la ESE (Hospital).

_____ Que el Municipio contrate la atención del Régimen subsidiado directamente con el Hospital (No con la ARS).

_____ Que el Hospital pase al II nivel de atención.

4. Los recursos de salud deben ser manejados por ? :

_____ La Alcaldía Municipal

_____ El Hospital

_____ Las ARS

_____ Otros

OBSERVACIONES _____

REVISADO _____ ENCUESTADOR _____ FECHA _____

ANEXO 2

SAN PABLO (NARIÑO): DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA POR AREAS (URBANO Y RURAL)

2006

AREA	NRO. USUARIOS	PROPORCION (p)	TAMAÑO (np)
URBANA	2.386	19,68	73
RURAL	9.739	80,32	299
TOTALES	12.125	100,00	372

FUENTE: Esta investigación, en base a los datos suministrados por la Dirección Local de Salud Municipal, San Pablo (N), 2006.

ANEXO 3

SAN PABLO (N): DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA CADA UNA DE LAS VEREDAS DEL AREA RURAL

2006

VEREDA	NRO. USUARIOS	PROPORCION (p)	TAMAÑO (np)
Vega Quito	237	2.43	7
Yunguilla	254	2.61	8
Aguadas	203	2.08	6
Altamira	149	1.53	5
El Alto	255	2.62	8
Alto Llano	272	2.79	8
Araditas	194	1.99	6
Bateros	216	2.22	7
Bellavista	199	2.04	6
Betania	169	1.74	5
El Bohío	145	1.49	4
Briceño	388	3.98	12
La Brisa	129	1.32	4
Campobello	219	2.25	7
Cantarrano	153	1.57	5
Achupallas	178	1.83	5
Chilcal Alto	350	3.59	11
Francia	278	2.85	9
La Cuchilla	174	1.79	5
La Elvira	138	1.42	4
La Florida	168	1.73	5
La Cañada	229	2.36	7
Chilcal Bajo	235	2.41	7
La Chorrera	318	3.27	10
Dantas	146	1.50	4
Derrumbes	214	2.20	6
Diamante	184	1.89	6
Diviso	154	1.58	5
El Lindero	190	1.96	6
El Mesón	298	3.06	9
El Tablón	179	1.84	5

Escubillal	143	1.47	4
Agrado	259	2.66	8
Ramal Bajo	226	2.32	7
Laderas	149	1.53	5
Lagunitas	158	1.62	5
Las Juntas	252	2.58	8
Las Palmas	217	2.22	7
Los Llanos	167	1.71	5
Los Robles	207	2.12	6
Lucitania	178	1.83	5
Llanos Chiquitos	158	1.62	5
Nueva Florida	214	2.20	7
Playa Alta	186	1.90	6
Playa Baja	161	1.65	5
Praditos	190	1.95	6
Ramal Alto	259	2.66	8
TOTALES	9.739	100.00	299

FUENTE: Esta investigación con base en la base de datos de la Dirección Local de Salud Municipal, 2006.